مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۱؛۴(۴): ۵۷۱-۵۸۳

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter 2012;4(4): 571-583

مقاله پژوهشی

مقایسه اختلالات روانی و تاب آوری زوجین دارای اولین فرزند عادی و استثنایی در شهر فاروج

مسعود خاکپور[۱*]، معصومه مهر آفرید[۲]

[۱]دانشجوی دکتری روانشناسی و مشاور در آموزش و پرورش استان خراسان شمالی
[۲]کارشناس ارشد مشاوره و مشاور در آموزش و پرورش استان خراسان رضوی
*** نویسنده مسئول:** آموزش و پرورش استان خراسان شمالی
پست الکترونیک: Msd_khakpour@yahoo.com

وصول: ۱۳۹۱/۴/۱۸ اصلاح: ۱۳۹۱/۵/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۷

چکیده

زمینه و هدف: *هدف این پژوهش مطالعه وضعیت اختلالات روانی و تاب آوری و ارتباط این دو متغیر در والدین دارای فرزند اول عادی و استثنایی بود.*

مواد و روش کار: *این پژوهش از نوع مقطعی است و از بین زوجین شهر فاروج که دارای فرزند اول عادی و استثنایی ۷ تا ۱۲ ساله بودند، به صورت تصادفی ساده، نمونه ای شامل ۴۲۶ نفر انتخاب و به آزمونهای SCL-90 و تاب آوری کانر- دیویدسون پاسخ دادند. تحلیل داده ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و آزمون های کروسکال والیس، تی مستقل و ضریب همبستگی انجام شد.*

یافته ها: *بین میزان اختلالات روانی والدین، بر حسب ابعاد ۹ گانه روانی و تاب آوری، تفاوت معنی داری در سطح (P < ۰/۰۵) وجود داشت. بین میزان اختلالات روانی و تاب آوری والدین با توجه به متغیرهای مختلف در سطح (P < ۰/۰۵) تفاوت معنی داری وجود داشت. بین میانگین کلیت ابعاد روانی(GSI) و تاب آوری در والدین کودکان استثنایی و عادی در سطح (P ۰/۰۵ >) تفاوت معنی داری وجود داشت. بین کلیت ابعاد روانی (GSI) و تاب آوری کل آزمودنی ها، در سطح (P < ۰/۰۱) همبستگی معنی داری (r = ۰/۶۱) وجود داشت. ۲۰ درصد والدین دارای اختلال روانی بودند.*

نتیجه گیری: *بین والدین عادی و استثنایی در میزان اختلالات روانی و تاب آوری با توجه به متغیرهای مختلف تفاوت وجود داشت. میزان اختلالات روانی زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود و میزان تاب آوری مردان در مقایسه با زنان نیز بیشتر بود که نیازمند توجه جدی تر و برنامه ریزی بیشتر از سوی مسئولا ن است.*

واژه های کلیدی: *اختلالات روانی، تاب آوری، والدین، کودکان عادی، کودکان استثنایی*

مقدمه

از زمانی که بشر پا به عرصه زندگی اجتماعی گذاشته است، بیماری روانی وجود داشته و در حال افزایش است. به خصوص در جامعه مدرن و صنعتی امروز، سلامت از مقوله های مهم محسوب می شود.

درخصوص تعریف سلامت و سلامت روان دیدگاه های گوناگونی وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سلامت را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری تعریف می کند [۱].

والدین از تولد فرزند، انتظارات زیادی دارند و وقتی یک بچه با ناتوانی متولد می شود، همه انتظارات والدین افت می کند و مشکل است که والدین بتوانند با شرایط جدید سازگار شوند. در خلال سال های رشد یک کودک، ممکن است نقیصه های جسمی و ذهنی او برای والدین آشکار شود و شرایط سلامتی روانی این والدین را تحت تأثیر قرار

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

دهد [۲]. بنابراین یکی از گروه های مورد توجه در مبحث سلامت روانی، وضعیت والدین و خانواده کودکان استثنایی است. کودک استثنایی و والدین نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند، بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می دهند. وجود کودک استثنایی (عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا، دارای اختلالات یادگیری) گاهی برهم زننده سلامت روانی خانواده است و می تواند اعضای خانواده و به خصوص والدین را دچار آسیب جدی نماید [۳]. کوهن[۱]، معتقد است که میزان آسیب پذیری والدین در ارتباط با تولد فرزند، زمانی شدیدتر خواهد بود که فرزند اول آنها دچار یکی از ناتوانی های جسمی و روانی باشد [۴].

لاجوردی، میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر را بیشتر از مادران کودکان عادی گزارش نمود [۵]. خواجه پور نیز در پژوهشی نشان داد که واکنش های نوروتیک، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری مادران کودکان کم توان ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی است و همچنین ایجاد کننده مشکلات اقتصادی و اجتماعی در خانواده است [۶]. مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی گزارش کردند که سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی کمتر از والدین کودکان عادی است [۷] و نریمانی، آقامحمدیان و رجبی نیز دریافتند که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین تری برخوردار بودند و از میان سه گروه مادران کودکان کم توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، مادران کودکان کم توان ذهنی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند [۸]. در مطالعه کیمیایی، مهرابی و میرزایی، گزارش شد که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، مشکلات جدی در سلامت روانی داشتند و پدران و مادران تفاوتی در میزان اختلالات با هم نداشتند [۹]. بیکر[۲]، کوهن، کترال[۳] و ویلیامز[۴]، در مطالعات جداگانه دریافتند که وجود کودکان استثنایی در خانواده، عامل ایجاد کننده اختلالات روانی و به خصوص استرس در والدین و سایر افراد خانواده است [۴،۲،۱۰،۱۱].

همچنین در مطالعاتی نظیر گریف[۵]، ونستن ونگن[۶] و کانر[۷]، وجود رابطه معنادار بین اختلالات روانی و تاب آوری تأیید گردید. در این مطالعات، افراد دارای اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی، اختلال استرس پس از سانحه) و افسردگی دارای تاب آوری کمتری بودند [۱۲،۱۳]. بونانو[۸]، کارلی و چیسون[۹] ، تاب آوری (Resiliency) را میزان توانایی فرد در تطابق با شرایط ناگوار و مقاومت در برابر استرس تعریف کرده اند و با رشد مثبت، انطباق پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می کند [۱۴،۱۵]. بونانو، همچنین مدلهایی از تاب آوری را تحت شرایط فقدان، مصیبت، افسردگی و درد بررسی کرده اند. نتایج هماهنگ این پژوهش ها موید تاثیرات مثبت، سازنده و محافظت کنندۀ تاب آوری در مقاومت و مقابلۀ موفق و انطباق رشدیافته با شرایط خطیر و استرس زا است. برعکس، سطوح پایین و ضعیف تاب آوری با آسیب پذیری و اختلالهای روانشناختی مرتبط است [۱۴]. از نظر ماسن و کوهورنن[۱۰]، افراد می توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب آوری خود را به وسیله آموختن برخی مهارتها افزایش دهند و می توانند عکس العمل افراد در مقابل استرس، رویدادهای نا خوشایند و دشواری ها را تغییر داد، به طوری که بتوانند بر مشکلات منفی محیطی غلبه کنند [۱۶]. باومن[۱۱]، گاردنر[۱۲]، لی[۱۳] و همکاران، در مطالعات جداگانه، تاب آوری والدین کودکان استثنایی را کمتر از والدین عادی یافتند و در مطالعه آنان، تاب آوری کمتر منجر به بروز بیشتر اختلالات روانی در والدین می شود [۱۷،۱۸،۱۹]. مویر، تودبال و رابینسون[۱۴]، گزارش کردند که میزان تاب آوری در خانواده های استرالیایی که کودک معلول در آن وجود دارد، پائین تر از سایر خانواده هاست

1 - Cohen
2 - Baker
3 - Catherall
4 - Williams

5 - Greeff
6 - Vansteenwengen
7 - Kaner
8 - Bonanno
9 - Carle & chassion
10 - Masten & Cohornen
11- Bauman
12 - Gardner
13 - Lee
14 - Muir, Tudball & Robinson

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

[۲۰]. بیتسیکا، شارپلی و پیترز[1]، بین اضطراب و افسردگی با تاب آوری رابطه معنی داری وجود دارد، یعنی هرچه تاب آوری فردی بالاتر باشد، اضطراب و افسردگی در آنها پائین تر است [۲۱].

جمع بندی ادبیات پژوهشی، بیان کننده تفاوت اختلالات روانی و تاب آوری والدین عادی و استثنایی و همچنین میزان زیاد اختلالات روانی و تاب آوری کمتر والدین استثنایی می باشد. در خصوص مقایسه اختلالات روانی والدین استثنایی و متغیری نظیر تاب آوری و همچنین مقایسه دو گروه والدین دارای کودک عادی و استثنایی و به ویژه در ارتباط با وضعیت فرزند اول، بر اساس دانش نویسنده، مطالعه ای صورت نگرفته است. در مطالعه حاضر به بررسی اختلالات روانی و تاب آوری والدین دارای فرزند اول عادی و استثنایی با توجه به متغیرهای مختلف پرداخته شده است. لزوم انجام این پژوهش، شناخت هرچه بیشتر ابعاد روانی والدین به خصوص والدین دارای فرزند اول استثنایی است. سئوال اصلی این پژوهش این است که آیا بین اختلالات روانی و تاب آوری والدین با توجه به متغیرها مختلف، تفاوتی وجود دارد؟

روش کار

در این پژوهش که از نوع مقطعی (Cross-Sectional) می باشد، از بین جامعه آماری زوجین شهر فاروج که دارای فرزند اول عادی و استثنایی ۷ تا ۱۲ ساله شاغل به تحصیل در مدارس ابتدایی در سال تحصیلی ۹۱- ۹۰ بوده اند، نمونه آماری انتخاب گردید. جهت انتخاب نمونه مورد نیاز، ابتدا به صورت تصادفی۱۰ آموزشگاه (۴ آموزگاه شهری دخترانه و پسرانه و ۴ آموزشگاه روستایی دخترانه و پسرانه، ۱ آموزشگاه استثنایی (مختلط) و مرکز اختلالات یادگیری)، نمونه ای مشتمل بر ۴۲۶ نفر (۲۱۳ زوج) که شامل والدین کودکان عادی (۳۶۰ نفر) و والدین کودکان استثنایی (۶۶ نفر) که دارای فرزند اول دانش آموز در این آموزشگاه ها بودند، با استفاده از فرمول انتخاب حجم نمونه کوکران انتخاب شدند (بر اساس درصد کودکان استثنایی به کودکان عادی در شهر فاروج، این تعداد نمونه برای والدین کودکان استثنایی متناسب با درصد آنها به کل جامعه آماری می باشد). به لحاظ رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، گروه نمونه مذکور با رضایت خودشان در پژوهش شرکت کردند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده گردید:

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی شامل (جنسیت، سن ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی، تفاوت سنی با همسر، اعتیاد، تحصیلات، سابقه جدایی، پایه تحصیلی فرزندان، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه جدایی در والدین و وضعیت کودک) که بدون نام در اختیار والدین قرار گرفت.

۲- آزمون نشانه های بیماری روانی (SCL-90) ۹۰ سئوالی که با استفاده از این آزمون می توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. این آزمون توسط دارگوتیس[2] و همکارانش مورد تجدید نظر قرار گرفت. ضریب اعتبار این پرسشنامه در اغلب پژوهش ها، بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ در خارج کشور و بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ در ایران گزارش شده است که این ضرایب رضایت بخش می باشد. ضریب روایی آن نیز در خارج کشور بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ و در داخل کشور ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۰ می باشد. سئوالات آزمون از یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از نمره صفر (هیچ) تا چهار (به شدت) تشکیل شده است. سوالات آزمون، ۹ بعد مختلف (شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی) را در بر می گیرد. هرچه میانگین نمره کلی (GSI) افراد بالاتر باشد نشانه های اختلالات روانی در آنها بیشتر است. طبق دستورالعمل آزمون، نمرات بالاتر از ۲ برای تعیین افراد آسیب پذیر، نمره بالاتر از ۲/۵ بیانگر اختلال روانی و نمره بالاتر از ۳ بیانگر مشکل جدی روانی در فرد در نظر گرفته می شود [۲۳،۲۲].

۳- مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون[3] (CD-RISC) که یک مقیاس ۲۵ سئوالی در مقیاس پنج درجه ای لیکرت (صفر تا چهار) است. حداقل نمره در این مقیاس، صفر و حداکثر صد است. کانر- دیویدسون، پایایی و روایی آن را

1 - Bitsika, Sharply , Peters

2 - Drogatis

3- Conner, Davidson

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

تایید کرده اند. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب آوری تایید کرده است، چون پایایی و روایی زیرمقیاسها هنوز به طور قطع تایید نشده اند، در حال حاضر فقط نمرهٔ کلی تاب آوری برای هدفهای پژوهشی معتبر محسوب می شود. پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است [۲۴]. میزان شاخص آلفای کرونباخ در این پژوهش به میزان ۰/۸۶ بیان کننده پایایی پرسش نامه می باشد. اعتبار این سازه در ایران توسط بشارت، تأیید شده است. همچنین مشعل پور از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان شناسی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴، نشان داده که این سازه از اعتبار نسبتا بالایی در سطح معنی داری ۰/۰۰۰۱ می باشد [۲۶،۲۵].

پس از انتخاب گروه نمونه (والدین دارای کودک اول عادی و استثنایی) و دعوت والدین جهت حضور در آموزشگاه و بیان اهداف پژوهش، پرسشنامه ها با رعایت اصول اخلاقی پژوهش (آزادی کامل شرکت در پژوهش، محرمانه بودن پرسشنامه ها و بدون نام) در اختیار والدین قرار گرفت. پرسشنامه ها برای هر فرد در ۲ جلسه مجزا در نمازخانه آموزشگاه ها و با رعایت فاصله مناسب بین والدین، اجرا گردید و قبل از شروع هر پرسشنامه توضیحات کافی برای آنان داده شد. لازم به ذکر است که برای کلیه والدین شرکت کننده در هر آموزشگاه، با توافق آموزش و پرورش شهرستان، دو جلسه آموزشی در خصوص روان شناسی رشد کودک، روشهای تربیت کودک و اصلاح رفتارهای نامناسب، پس از پاسخدهی به پرسشنامه ها اجرا گردید.

تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS16 انجام شد. جهت تفسیر نتایج از آزمون آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون های استنباطی شامل کروسکال والیس و آزمون t تفاوت میانگین ها و ضریب همبستگی استفاده شد.

یافته ها

والدین دانش آموزان استثنایی دارای میانگین بالاتری در کلیت ابعاد روانی (GSI) در مقایسه با والدین کودکان عادی بودند ($P <۰/۰۵$). این بدان معنی است که والدین استثنایی در این پژوهش بر اساس نقطه برش (عدد ۲)، بالاتر از مرز تشخیصی اختلال و دارای بیماری های روانی می باشند. همچنین والدین دانش آموزان استثنایی دارای میانگین بالاتری در مقایسه با والدین کودکان عادی، در همه انواع اختلالات روانی (شکایات جسمی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی) هستند ($P <۰/۰۵$). همچنین والدین دانش آموزان استثنایی، بیشترین میانگین اختلال روانی را در بعد افسردگی، افکار پارانوئیدی و حساسیت در روابط بین فردی داشتند که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ($P <۰/۰۵$) معنی دار است (جدول ۱). والدین دانش آموزان استثنایی، میانگین نمرات پائین تری در مقیاس تاب آوری در مقایسه با والدین کودکان عادی داشتند. این بدان معنی است که هم پدران و هم مادران کودکان استثنایی، نمره کمتری در مقیاس تاب آوری در مقایسه با والدین کودکان عادی نشان دادند که t تفاوت میانگین های دو گروه مردان و زنان، از نظر آماری در سطح ($P <۰/۰۵$) معنی دار است (جدول ۲).

بین کلیت ابعاد روانی(GSI) و تاب آوری در کل آزمودنی ها همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد ($r = ۰/۶۱$ و $P <۰/۰۱$). افزون بر این بین کلیت ابعاد روانی(GSI) و تاب آوری در مردان دارای فرزند استثنایی ($r = ۰/۶۵$ و $P <۰/۰۱$)، در مردان دارای فرزند عادی ($r = ۰/۴۸$ و $P <۰/۰۱$)، زنان دارای فرزند استثنایی ($r = ۰/۷۳$ و $P <۰/۰۱$) و در زنان دارای فرزند عادی ($r = ۰/۵۵$ و $P <۰/۰۱$) همبستگی مشاهده شد که در کلیه بررسی ها در سطح معنی داری بیان شده ($P <۰/۰۱$) معنی دار است (جدول ۳).

میانگین GSI کل (مردان و زنان) ۱/۹۹ بدست آمد که در هر دو گروه (مردان و زنان)، افسردگی، افکار پارانوئیدی، اضطراب و حساسیت بین فردی به ترتیب میانگین بالاتری داشتند. میانگین GSI مردان ۱/۸۱ و میانگین GSI در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

زنان ۲/۱۷ بدست آمد که تفاوت بین جنسیت و سلامت روانی از لحاظ آماری معنی دار است (P <۰/۰۵). بین تمامی ابعاد ۹ گانه روانی، تفاوت بین مردان و زنان اختلاف معنی داری وجود دارد (P <۰/۰۵). یعنی در همه متغیرها به غیر از پرخاشگری، زنان نمرات بیشتری داشتند. همچنین میزان اختلال روانی در گروه مطالعه (مردان و زنان) بر اساس کلیت ابعاد روانی ۲۰ درصد بود (جدول ۴).

نمره میانگین ابعاد روانی (GSI)، با متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، تحصیلات، تفاوت سنی، اعتیاد، سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی، در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار بود. یعنی بیشترین اختلالات روانی در والدین گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال دیده شد و با افزایش سن، از میزان بیماری های روانی کاسته می شد. اختلالات روانی با وضعیت اقتصادی در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و با بهبود وضعیت اقتصادی، میزان اختلالات روانی کاسته می شد.

اختلالات روانی با تعداد فرزندان در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و با افزایش تعداد فرزندان، میزان اختلالات روانی افزوده می شد. اختلالات روانی با تحصیلات در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و با افزایش سطح تحصیلی، میزان اختلالات روانی کاسته می شد. اختلالات روانی با تفاوت سنی بین والدین در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و هرچه تفاوت سنی بیشتر می شد، میزان اختلالات روانی نیز بیشتر می شد. اختلالات روانی با اعتیاد والدین در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدین معتاد دارای اختلالات روانی بیشتری هستند. اختلالات روانی با سابقه بیماری روانی در خانواده، در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدینی که در خانواده آنها سابقه بیماری روانی وجود داشت، اختلالات روانی بیشتری داشتند. اختلالات روانی با سابقه جدایی والدین در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدینی که سابقه جدایی از همسر داشته اند دارای اختلالات روانی بیشتری بودند.

جدول ۱: مقایسه میانگین ابعاد روانی والدین (گروه نمونه) بر اساس وضعیت کودک (فرزند اول عادی و استثنایی)

ابعاد روانی	دارای کودک استثنایی (n = ۶۶)	دارای کودک عادی (n = ۳۶۰)	P–value t-test
شکایات جسمی (SOM)	۲/۲۸	۱/۴۴	P <۰/۰۵
وسواس و اجبار (O-C)	۲/۳۷	۱/۸۴	P <۰/۰۵
حساسیت در روابط بین فردی (INT)	۲/۵۲	۱/۸۱	P <۰/۰۵
افسردگی (DEP)	۲/۶۸	۲/۳۴	P <۰/۰۵
اضطراب (ANX)	۲/۲۲	۱/۹۵	P <۰/۰۵
پرخاشگری (HOS)	۲/۱۸	۱/۶۴	P <۰/۰۵
ترس مرضی (PHOB)	۱/۸۸	۱/۲۴	P <۰/۰۵
افکار پارانوئیدی (PAR)	۲/۵۸	۱/۸۶	P <۰/۰۵
روان پریشی (PYS)	۱/۹۲	۱/۲۳	P <۰/۰۵
کلیت ابعاد روانی (GSI)	۲/۲۹	۱/۷۱	P <۰/۰۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات تاب آوری والدین (گروه نمونه) بر اساس وضعیت کودک (فرزند اول عادی و استثنایی)

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معنی داری
مردان دارای فرزند استثنایی	۳۳	۳۵	۲۱/۷۲	۲/۵۷	P <۰/۰۵
مردان دارای فرزند عادی	۱۸۰	۶۰/۶۶	۳۴/۶۷		
زنان دارای فرزند استثنایی	۳۳	۳۲/۵۱	۲۶/۷۵	۱/۸۷	P <۰/۰۵
زنان دارای فرزند عادی	۱۸۰	۵۱/۰۶	۳۸/۱۴		

جدول ۳: ضریب همبستگی بین کلیت ابعاد روانی(GSI) و تاب آوری والدین (گروه نمونه) بر اساس وضعیت کودک (فرزند اول عادی و استثنایی)

گروه ها	تعداد نمونه	ضریب همبستگی بین کلیت ابعاد روانی(GSI) و تاب آوری
مردان دارای فرزند استثنایی	۳۳	*۰/۶۵
مردان دارای فرزند عادی	۱۸۰	*۰/۴۸
زنان دارای فرزند استثنایی	۳۳	*۰/۷۳
زنان دارای فرزند عادی	۱۸۰	*۰/۵۵
کل آزمودنی ها	۴۲۶	*۰/۶۱

* P <۰/۰۱

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90 بر حسب جنسیت والدین (در هر دو گروه دارای فرزند عادی و استثنایی)

ابعاد روانی	Mean ± SD		P–value t-test
	مرد n =۲۱۳	زن n =۲۱۳	
شکایات جسمی (SOM)	۱/۷۵ ±۰/۵۰	۲/۱۱ ±۰/۶۹	P <۰/۰۵
وسواس و اجبار (O-C)	۱/۹۲ ±۰/۸۱	۲/۳۵ ±۰/۷۷	P <۰/۰۵
حساسیت در روابط بین فردی (INT)	۱/۹۳ ±۰/۷۶	۲/۴۵ ±۰/۸۷	P <۰/۰۵
افسردگی (DEP)	۲/۳۸ ±۰/۶۹	۲/۶۹ ±۰/۷۵	P <۰/۰۵
اضطراب (ANX)	۱/۹۹ ±۰/۵۸	۲/۳۳ ±۰/۶۱	P <۰/۰۵
پرخاشگری (HOS)	۱/۹۷ ±۰/۵۴	۱/۶۳ ±۰/۶۴	P <۰/۰۵
ترس مرضی (PHOB)	۱/۱۹ ±۰/۵۰	۱/۸۷ ±۰/۶۰	P <۰/۰۵
افکار پارانوئیدی (PAR)	۲/۰۹ ±۰/۸۷	۲/۴۴ ±۰/۶۸	P <۰/۰۵
روان پریشی (PYS)	۱/۰۵ ±۰/۸۹	۱/۵۴ ±۰/۷۳	P <۰/۰۵
کلیت ابعاد روانی (GSI)	۱/۸۱ ±۰/۶۵	۲/۱۷ ±۰/۶۹	P <۰/۰۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار کلیت ابعاد روانی (GSI) بر حسب جنسیت و متغیرهای مختلف

کلیت ابعاد روانی (GSI)		Mean ± SD		P–value
		مرد n =۲۱۳	زن n =۲۱۳	t-test
سن	۲۰-۳۰ سال (n =۲۱۲)	۱/۹۴ ±۰/۶۶	۲/۱۲ ±۰/۶۹	P <۰/۰۵
	۳۰-۴۰سال (n =۱۳۴)	۱/۷۱ ±۰/۷۸	۱/۹۷ ±۰/۷۷	P <۰/۰۵
	۴۰ و بالاتر (n =۸۰)	۱/۴۱ ±۰/۸۴	۱/۶۹ ±۰/۸۵	P <۰/۰۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف (n =۱۲۹)	۱/۹۹ ±۰/۸۹	۲/۲۷ ±۰/۷۹	P <۰/۰۵
	متوسط (n =۲۳۸)	۱/۹۲ ±۰/۹۶	۱/۹۱ ±۰/۷۱	P <۰/۰۵
	قوی (n =۵۹)	۱/۱۵ ±۰/۵۰	۱/۵۸ ±۰/۸۲	P <۰/۰۵
تعداد فرزندان	تک فرزند (n =۳۱)	۱/۲۹ ±۰/۸۶	۱/۳۷ ±۰/۶۷	P <۰/۰۵
	دو فرزند (n =۲۱۳)	۱/۶۵ ±۰/۷۰	۱/۹۲ ±۰/۷۴	P <۰/۰۵
	سه فرزند و بیشتر (n =۱۸۲)	۱/۹۷ ±۰/۸۶	۲/۴۱ ±۰/۶۶	P <۰/۰۵
تحصیلات	ابتدایی (n =۱۵۴)	۱/۸۹ ±۰/۸۱	۲/۱۵ ±۰/۷۳	P <۰/۰۵
	سیکل (n =۱۵۲)	۱/۵۲ ±۰/۷۴	۲/۰۷ ±۰/۷۷	P <۰/۰۵
	دیپلم (n =۸۹)	۱/۳۵ ±۰/۹۱	۱/۹۸ ±۰/۸۸	P <۰/۰۵
	کاردانی (n =۱۸)	۱/۱۹ ±۰/۸۲	۱/۵۸ ±۰/۷۵	P <۰/۰۵
	لیسانس و بالاتر (n =۱۳)	۰/۹۲ ±۰/۷۵	۱/۱۶ ±۰/۷۲	P <۰/۰۵
تفاوت سنی	همسن (n =۳۶)	۰/۹۷ ±۰/۸۷	۱/۳۷ ±۰/۷۱	P <۰/۰۵
	کمتر از ۵ سال (n =۴۴)	۰/۸۹ ±۰/۷۸	۱/۹۳ ±۰/۶۵	P <۰/۰۵
	۵ تا ۱۰ سال (n =۱۵۸)	۱/۷۹ ±۰/۶۹	۲/۱۷ ±۰/۷۲	P <۰/۰۵
	بیشتر از ۱۰ سال (n =۱۸۸)	۱/۹۲ ±۰/۸۳	۲/۴۹ ±۰/۸۸	P <۰/۰۵
اعتیاد	معتاد (n =۸۷)	۱/۹۶ ±۰/۶۵	۲/۷۴ ±۰/۵۹	P <۰/۰۵
	سالم (n =۳۳۹)	۱/۱۹ ±۰/۸۹	۱/۵۷ ±۰/۶۵	P <۰/۰۵
سابقه بیماری روانی	دارد (n =۱۳۴)	۱/۸۷ ±۰/۶۲	۲/۵۵ ±۰/۶۴	P <۰/۰۵
	ندارد n =۲۹۲)	۱/۲۱ ±۰/۷۴	۱۱۸۸ ±۰/۷۱	P <۰/۰۵
سابقه جدایی	دارد (n =۱۳۸)	۱/۸۵ ±۰/۶۰	۲/۶۶ ±۰/۵۷	P <۰/۰۵
	ندارد (n =۲۸۸)	۱/۳۲ ±۰/۶۶	۱/۸۲ ±۰/۶۸	P <۰/۰۵
وضعیت کودک	کم توان ذهنی (n =۲۶)	۱/۸۷ ±۰/۸۲	۲/۲۱ ±۰/۷۷	P <۰/۰۵
	نابینا (n =۱۲)	۱/۹۴ ±۰/۷۴	۲/۲۸ ±۰/۶۸	P <۰/۰۵
	ناشنوا (n =۸)	۱/۶۹ ±۰/۶۵	۲/۱۵ ±۰/۷۷	P <۰/۰۵
	اختلال یادگیری (n =۲۰)	۱/۴۲ ±۰/۸۰	۱/۷۵ ±۰/۸۶	P <۰/۰۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار تاب آوری بر حسب جنسیت و متغیرهای مختلف

	تاب آوری	Mean ± SD مرد n =۲۱۳	Mean ± SD زن n =۲۱۳	P–value t-test
سن	۲۰-۳۰ سال (n =۲۱۲)	۴۱/۴۵ ±۲۶/۳۲	۳۴/۷۷ ±۲۸/۷۶	P <۰/۰۵
	۳۰-۴۰سال (n =۱۳۴)	۴۸/۷۱ ±۲۸/۴۵	۴۱/۵۴ ±۳۰/۳۱	P <۰/۰۵
	۴۰ و بالاتر (n =۸۰)	۵۴/۲۵ ±۳۱/۱۱	۴۷/۳۲ ±۳۴/۵۴	P <۰/۰۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف (n =۱۲۹)	۳۹/۶۰ ±۲۵/۴۴	۳۲/۴۹ ±۲۸/۴۳	P <۰/۰۵
	متوسط (n =۲۳۸)	۵۵/۷۵ ±۳۲/۴۱	۴۸/۵۶ ±۳۵/۵۲	P <۰/۰۵
	قوی (n =۵۹)	۴۷/۱۵ ±۲۶/۱۵	۴۱/۴۴ ±۲۸/۳۳	P <۰/۰۵
تعداد فرزندان	تک فرزند (n =۳۱)	۴۶/۳۵ ±۲۶/۳۴	۴۰/۳۲ ±۲۹/۱۲	P <۰/۰۵
	دو فرزند (n =۲۱۳)	۵۷/۲۱ ±۳۳/۲۵	۵۱/۷۸ ±۳۵/۶۱	P <۰/۰۵
	سه فرزند و بیشتر (n =۱۸۲)	۴۰/۷۵ ±۲۷/۱۵	۳۵/۶۷ ±۲۹/۹۰	P <۰/۰۵
تحصیلات	ابتدایی (n =۱۵۴)	۳۵/۳۱ ±۲۳/۸۵	۲۹/۶۷ ±۲۶/۲۲	P <۰/۰۵
	سیکل (n =۱۵۲)	۴۱/۲۴ ±۲۴/۷۸	۳۵/۸۵ ±۲۷/۶۶	P <۰/۰۵
	دیپلم (n =۸۹)	۴۳/۵۵ ±۲۷/۸۹	۳۷/۴۳ ±۲۹/۸۰	P <۰/۰۵
	کاردانی (n =۱۸)	۴۸/۳۴ ±۲۹/۶۷	۴۱/۹۸ ±۳۲/۴۵	P <۰/۰۵
	لیسانس و بالاتر (n =۱۳)	۵۵/۷۰ ±۳۲/۶۷	۴۸/۸۷ ±۳۶/۶۱	P <۰/۰۵
تفاوت سنی	همسن (n =۳۶)	۴۶/۶۵ ±۲۷/۹۱	۴۱/۵۹ ±۲۹/۴۰	P <۰/۰۵
	کمتر از ۵ سال (n =۴۴)	۵۳/۷۵ ±۳۴/۸۹	۴۷/۵۱ ±۳۷/۶۴	P <۰/۰۵
	۵ تا ۱۰ سال (n =۱۵۸)	۵۱/۷۴ ±۳۱/۶۸	۴۴/۹۴ ±۳۵/۰۱	P <۰/۰۵
	بیشتر از ۱۰ سال (n =۱۸۸)	۴۴/۹۲ ±۲۳/۸۵	۳۷/۹۸ ±۲۵/۴۵	P <۰/۰۵
اعتیاد	معتاد (n =۸۷)	۳۹/۲۲ ±۲۶/۴۵	۳۳/۶۷ ±۲۹/۴۳	P <۰/۰۵
	سالم (n =۳۳۹)	۵۷/۳۵ ±۳۶/۷۶	۵۰/۸۵ ±۳۹/۱۱	P <۰/۰۵
سابقه بیماری روانی	دارد (n =۱۳۴)	۳۶/۶۰ ±۲۵/۴۵	۳۰/۲۱ ±۲۸/۳۲	P <۰/۰۵
	ندارد (n =۲۹۲)	۵۸/۴۹ ±۳۲/۳۲	۵۱/۹۰ ±۳۶/۰۹	P <۰/۰۵
سابقه جدایی	دارد (n =۱۳۸)	۴۱/۴۵ ±۲۴/۶۶	۳۵/۷۸ ±۲۷/۳۵	P <۰/۰۵
	ندارد (n =۲۸۸)	۴۶/۵۵ ±۳۱/۱۷	۴۱/۱۵ ±۳۴/۴۰	P <۰/۰۵
وضعیت کودک	کم توان ذهنی (n =۲۶)	۳۳/۴۷ ±۲۲/۴۵	۲۸/۶۸ ±۲۳/۷۰	P <۰/۰۵
	نابینا (n =۱۲)	۳۱/۴۴ ±۳۱/۴۴	۲۶/۶۵ ±۳۲/۴۸	P <۰/۰۵
	ناشنوا (n =۸)	۳۶/۲۵ ±۲۱/۸۰	۳۱/۱۱ ±۲۲/۴۴	P <۰/۰۵
	اختلال یادگیری (n =۲۰)	۴۰/۳۵ ±۲۲/۳۷	۳۶/۴۵ ±۲۱/۳۶	P <۰/۰۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

همچنین تفاوت ابعاد اختلالات روانی مردان و زنان بر اساس وضعیت کودک (کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و دارای اختلال یادگیری) با هم تفاوت معنی داری در سطح (P <۰/۰۵) داشت. یعنی زنان دارای اختلالات روانی بیشتری نسبت به مردان در ارتباط با نوع معلولیت کودک داشتند. همچنین با توجه به نوع معلولیت، والدین کودکان نابینا دارای بیشترین میزان اختلال روانی و والدین دارای کودک با اختلالات ویژه یادگیری، دارای کمترین میزان اختلال روانی بودند (جدول ۵).

نمره تاب آوری در گروه نمونه والدین، با متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، تحصیلات، تفاوت سنی، اعتیاد، سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی، در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است. با افزایش سن، میزان تاب آوری والدین بیشتر می شد. تاب آوری با وضعیت اقتصادی در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و با بهبود وضعیت اقتصادی، میزان تاب آوری افزایش می یافت. تاب آوری با تعداد فرزندان در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و با افزایش تعداد فرزندان، از میزان تاب آوری کاسته می شود. تاب آوری با تحصیلات در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و با افزایش سطح تحصیلی، میزان تاب آوری افزوده می شود. تاب آوری با تفاوت سنی بین والدین در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و هرچه تفاوت سنی بیشتر باشد، میزان تاب آوری نیز کمتر است. تاب آوری با اعتیاد والدین در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدین معتاد دارای تاب آوری کمتری هستند. تاب آوری با سابقه بیماری روانی در خانواده، در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدینی که در خانواده آنها سابقه بیماری روانی وجود دارد، تاب آوری کمتری دارند. تاب آوری با سابقه جدایی والدین در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدینی که سابقه جدایی از همسر داشته اند دارای تاب آوری کمتری هستند. همچنین تاب آوری با وضعیت کودک (کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و دارای اختلال یادگیری) در دو گروه مردان و زنان در سطح (P <۰/۰۵) معنی دار است و والدینی که دارای کودک نابینا هستند کمترین میزان تاب آوری و والدین دارای کودک با اختلالات ویژه یادگیری بودند بیشترین میزان تاب آوری را داشتند (جدول ۶).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان اختلالات روانی در والدین کودکان استثنایی، بیشتر از والدین کودکان عادی است. وضعیت جسمی و روانی کودکان استثنایی و نیاز به مراقبت و توجه بیشتر، زمینه ساز نگرانی و بروز اختلالات روانی والدین می باشد. این یافته پژوهش حاضر با پژوهش های لاجوردی، خواجه پور، مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی، نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، کیمیایی، مهرابی و میرزایی، بیکر، کوهن، کترال و ویلیامز هماهنگ است.

همچنین والدین دانش آموزان استثنایی دارای میانگین بالاتری در مقایسه با والدین کودکان عادی، در همه انواع اختلالات روانی (شکایات جسمی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی) بودند. والدین کودکان استثنایی، با نگرانی ها و استرس هایی که از ناحیه فرزندشان بر آنها وارد می شود، در مجموعه ابعاد روانی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت، در وضعیت نگران کننده ای به سر می برند. همچنین والدین دانش آموزان استثنایی، بیشترین میانگین اختلال روانی را در ابعاد افسردگی، افکار پارانوئیدی و حساسیت در روابط بین فردی داشتند. وضعیت خاص جسمی و روانی کودکان استثنایی، در والدین شرایط مستعد کننده بیماری های روانی را تا اشکال شدید آن ایجاد نموده است و آنان را در پذیرش واقعیت و در ایجاد ارتباط با دیگران نیز دچار مشکل جدی نموده است.

والدین دانش آموزان استثنایی (هم پدران و هم مادران)، میانگین نمرات پائین تری در مقیاس تاب آوری در مقایسه با والدین کودکان عادی داشتند. والدین دارای کودک استثنایی، در تطابق با شرایط ناگوار، مقاومت در برابر استرس، رسیدن به سطح تعادل پس از تشخیص اختلال کودکشان دچار مشکل می شوند [۱۴]. این یافته پژوهش با یافته های باومن، گاردنر، لی و همکاران، مویر، تودبال و رابینسون، در خصوص تاب آوری والدین کودکان استثنایی که کمتر از والدین عادی است و اینکه در مطالعه

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

آنان، تاب آوری کمتر، منجر به بروز بیشتر اختلالات روانی در والدین می شود، هماهنگی دارد [۱۷، ۱۸،۱۹،۲۰].

بین کلیت ابعاد روانی(GSI) و تاب آوری در کل آزمودنی ها همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. این یافته با پژوهش های بیتسیکا، شارپلی و پیترز، هماهنگی دارد. در پژوهش آنها بین اضطراب و افسردگی با تاب آوری رابطه معنی داری وجود داشت، یعنی هرچه تاب آوری فردی بالاتر باشد، اضطراب و افسردگی در آنها پائین تر است [۲۱]. افزون بر این بین کلیت ابعاد روانی (GSI) و تاب آوری در مردان دارای فرزند استثنایی، در مردان دارای فرزند عادی، زنان دارای فرزند استثنایی و در زنان دارای فرزند عادی، همبستگی مشاهده شد.

میانگین GSI کل (مردان و زنان) ۱/۹۹ بدست آمد که در هر دو گروه (مردان و زنان)، افسردگی، افکار پارانوئیدی، اضطراب و حساسیت بین فردی به ترتیب میانگین بالاتری داشتند. میانگین GSI مردان ۱/۸۱ و میانگین GSI در زنان ۲/۱۷ بدست آمد که تفاوت بین جنسیت و سلامت روانی از لحاظ آماری معنی دار بود. به جرأت می توان گفت که وضعیت خاص کودکان استثنایی، بر مادران تأثیرگذارتر بوده است. از آنجا که زنان دارای مسئولیت های بیشتری در قبال تربیت و سایر امور مرتبط با فرزندان هستند، می توان گفت که فشار روانی بیشتری نیز بر آنها وارد می آید. این یافته را لاجوردی، خواجه پور، مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی، نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، کیمیایی، مهرابی و میرزایی، بیکر، کوهن، کترال و ویلیامز نیز تأیید کرده اند. همچنین بین تمامی ابعاد ۹ گانه روانی، تفاوت بین مردان و زنان اختلاف معنی داری وجود داشت، یعنی در همه متغیرها به غیر از پرخاشگری، زنان نمرات بیشتری داشتند. همچنین میزان اختلال روانی در گروه مطالعه (مردان و زنان) بر اساس کلیت ابعاد روانی ۲۰ درصد بود.

نمره میانگین ابعاد روانی (GSI)، با متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، تحصیلات، تفاوت سنی، اعتیاد، سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی، رابطه معنی داری داشت. یعنی با افزایش سن، بهبود وضعیت اقتصادی، تعداد کم فرزندان، با افزایش سطح تحصیلی از میزان بیماری های روانی کاسته می شود. والدین معتاد دارای اختلالات روانی بیشتری در مقایسه با والدین سالم هستند. والدینی که در خانواده آنها سابقه بیماری روانی وجود دارد و والدینی که سابقه جدایی از همسر داشته اند دارای اختلالات روانی بیشتری هستند. اما یافته پژوهش حاضر، با پژوهش سیف زاده در خصوص رابطه سن و سلامت روانی هماهنگی ندارد یعنی در این پژوهش، زوجین جوان تر دارای سلامت روانی کمتری بودند. در پژوهش سپهرمنش نیز بین سلامت روان و سن جوانان شهر کاشان، رابطه ای پیدا نشد [۲۷،۲۸]. اختلالات روانی با وضعیت اقتصادی رابطه دارد و هر چه وضعیت اقتصادی بهتر باشد میزان اختلالات روانی نیز بیشتر می شد. این یافته با پژوهش سیف زاده در خصوص رابطه اختلالات روانی و وضعیت اقتصادی هماهنگی ندارد. یعنی در این پژوهش، زوجینی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند دارای اختلالات روانی کمتری بودند [۲۷]. اختلالات روانی با تعداد فرزندان نیز رابطه دارد و هر چه تعداد فرزندان افزایش می یابد میزان اختلالات روانی نیز کاهش می یابد. این یافته با پژوهش سیف زاده و سپهرمنش هماهنگی دارد [۲۷،۲۸]. اختلالات روانی با میزان تحصیلات رابطه دارد و هر چه میزان تحصیلات افزایش می یابد میزان سلامت روانی نیز بیشتر می شد. این یافته با پژوهش سپهرمنش هماهنگی دارد [۲۲].

در ارتباط با اعتیاد والدین و رابطه آن با اختلالات روانی می توان گفت که میزان سلامت روانی در والدین معتاد کمتر از افراد سالم بود. یافته های پژوهش رئیسی، انیسی، یزدی و زمانی با یافته پژوهش حاضر مبنی بر سلامت روانی کمتر والدین معتاد هماهنگی دارد [۲۹].

در رابطه با تفاوت سنی والدین و رابطه آن با سلامت روانی نیز می توان گفت که کمترین میزان اختلالات روانی در زوجین همسن دیده می شود و هر چه فاصله سنی زوجین بیشتر می شد، به میزان اختلالات روانی آنان افزوده می شد. این یافته پژوهش حاضر که هرچه تفاوت سنی کمتر باشد، اختلالات روانی نیز کمتر خواهد بود با پژوهش نصیرزاده و طباطبایی هماهنگی دارد [۳۰].

همچنین تفاوت ابعاد اختلالات روانی مردان و زنان بر اساس وضعیت کودک (کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و دارای اختلال یادگیری) با هم تفاوت معنی داری داشت،

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

یعنی زنان دارای اختلالات روانی بیشتری نسبت به مردان در ارتباط با نوع معلولیت کودک بودند. همچنین با توجه به نوع معلولیت، والدین کودکان نابینا دارای بیشترین میزان اختلال روانی و والدین دارای کودک با اختلالات ویژه یادگیری، دارای کمترین میزان اختلال روانی بودند. پژوهش افروز و میرزایی در خصوص تأثیر نابینایی کودک و کم توانی ذهنی بر سلامت روانی والدین، با یافته این پژوهش هماهنگی دارد [۳۱].

نمره تاب آوری نیز در گروه نمونه والدین، با متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، تحصیلات، تفاوت سنی، اعتیاد، سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی، رابطه معنی داری داشت. با افزایش سن، با بهبود وضعیت اقتصادی، تعداد کم فرزندان، افزایش سطح تحصیلی، تفاوت سنی کمتر، میزان تاب آوری والدین بیشتر می شد. والدین معتاد دارای تاب آوری کمتری در مقایسه با والدین سالم بودند و والدینی که در خانواده آنها سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی وجود دارد، تاب آوری کمتری داشتند. همچنین بین تاب آوری و وضعیت کودک (کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و دارای اختلال یادگیری) در دو گروه مردان و زنان رابطه معنی داری وجود داشت و والدینی که دارای کودک نابینا بودند کمترین میزان تاب آوری و والدین دارای کودک با اختلالات ویژه یادگیری، بیشترین میزان تاب آوری را داشتند. این بدان معنی است که والدین کودکان نابینا و کم توان ذهنی دارای مقاومت و تطابق کمتری با وضعیت کودک بودند و نیازمند توجه بیشتر هستند.

در این پژوهش، متغیرهایی نظیر جنسیت کودکان، تفاوت اختلالات روانی و تاب آوری والدین ساکن در شهر و روستا، وجود فرزند دیگر با نقیصه های جسمی و روانی مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین پژوهشگر علاقمند بودکه متغیرهای اصلی پژوهش متمرکز بر والدینی باشد که فرزند اول آنها عادی و استثنایی است.

نتیجه گیری

نتیجه ای که از این پژوهش حاصل شد، تفاوت بین والدین عادی و استثنایی در میزان اختلالات روانی و تاب آوری با توجه به متغیرهای مختلف بود. همچنین بین اختلالات روانی و تاب آوری رابطه وجود داشت و میزان اختلالات روانی زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود و میزان تاب آوری مردان در مقایسه با زنان نیز بیشتر بود.

با توجه به محدودیت هایی که ذکر گردید، به پژوهشگران پیشنهاد می گردد که به متغیرهای دیگر مؤثر بر سلامت روانی والدین دارای کودک با بیماری های مختلف جسمی و روانی در کلیه فرزندان و در نقاط مختلف کشور در پژوهش های آتی توجه نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه والدین شرکت کننده در پژوهش و همکاران مدارس عادی و استثنایی تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Khodarahimi S, Definition of Mental Health, Mashhad: Javdan Kherad 1995[Persian]
2. Baker C, Living with Exceptional child, Family Life 2007, Available from: http://novia.net.
3. Hewison J, Family influences on health, Cambridge handbook of psychology, health and medicine, Cambridge: Cambridge university press 1997.
4. Cohen M, Impact of handicapped child on the family, Yale-New Haven Teachers Institusion 2007.
5. Lajvardi Z, Comparison of the rate of depression in mothers with educable & normal children, Thesis of psychology, Tehran University 1992[Persian]
6. Khajehpoor M, Comparison neurotic reaction in mothers with mentally retarded & normal children, Thesis of psychology, Ahwaz Azad Islamic University 1998[Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

with a chronically ill child, Journal of Clinical Nursing, 2004; 13: 636-645.
20. Muir K, Tudball J & Robinson S, Family resilience where families have a child (0-10 Years) with disability, Report prepared for the Disability Policy and Research Working Group, University of New South Wales, Sydney 2008.
21. Bitsika V, Sharply C. F, Peters K, How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample, The German Journal of Psychiatry 2010; 13: 9-16.
22. Drogatis KR, Lipman RS, Covil, SCL- 90-R outpatient psychiatric rating scale preliminary report, Psycho pathology Bull 1973; p:13-27.
23. Drogatis LR, Rickets K, Rock A, The Scl-90 and the MMPI: A validation of new self report scale, British, J. psychiatry 1976; 128: 280-289.
24. Conner K .M and Davidson j.R.T, Development of a new resilience scale: The conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC) 2003;18:76-82.
25. Besharat M, Validity and Reliability of Resilience Scale, Journal of Mental Health 2006; 16.
26. Besharat M, Validity and Reliability of Resilience Scale, Reports for Tehran University 2007.
27. Seyfzadeh A, Characteristics of economic, social, demographic and psychological health in Azarshahr 2006[Persian]
28. Sepehrmanesh Z, Mental Health in young men &women in Kashan, Akhavan Hospital 2009.
29. Raeesi F, Anisi J, Yazdi M, Zamani M, Comparison of mental health and parenting style between addicts and non addicts, Journal of behavior science, Spring 2008[Persian]
30. Nasirzadeh R, Rasolzadeh K, Physical criteria for mate selection in the University of Tehran, Journal of Fundamentals of Mental Health. No 41, Spring 2009[Persian]
31. Afrooz G, Mirzaee M, Kind of Disabilities on Parents Mental Health, Dissertation of M.A in Exceptional Psychology, Tehran University 2007[Persian]
7. Mehrabizadeh Honarmand M, Najarian, Masoudi M, Comparison of Mental Health in Parents with mentally retarded & normal children 7-12 years old, Journal of Exceptional children, No 2, 2001[Persian]
8. Narimani M, Aghamohammadian H, Rajabi S, Comparison of Mental Health in Mothers with Exceptional & normal children, Journal of Andeesheh va Raftar, Spring & summer 2007[Persian]
9.Kimiaee S, Mehrabi B, Mirzaee A, Comparison of Mental Health States in Parents with Educable children 2009[Persian]
10. Catherall DR, Family stressor: Intervention for stress and trauma in parents with exceptional children, East Sussex, UK: Brunner-Rutledge 2008.
11. Williams M, Raising a Mental Disorders in Parents with a Disability, Brigham Young University 2009.
12. Greeff A. P, Vansteenwengen A, Relationship between Resiliency and Psychological disorder in families, The American Journal of Family Therapy2006; 34: 285-300.
13. Connor K. M, Relationship between Mental Disorders and Resiliency in Parents with Disabilities, The American Journal of Family Therapy2010; 56: 231-246.
14. Bonanno, G. A, Human resilience, American psychologist 2004; 59: 20-28.
15. Carle A. C & chassion L, Resilience in a community sample of children: its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect, Journal of applied development psychology, 2004;25: 577-596.
16. Masten, A. S & Cohornen A, Ordinary majic: Resilience processes in development, American Psychology2001; 56: 227-238.
17. Bauman S, Parents of children with mental retardation: coping mechanisms and support needs, Unpublished doctoral dissertation, The Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, USA 2005.
18. Gardner J & Harmon T, Exploring resilience from a parent's perspective: A qualitative study of six resilient parents of children with an intellectual disability, Australian Social Work 2004; 55 (1): 60-68.
19. Lee I N, Lee E. O, Kim H. S, Park Y. S, Song M & Park Y. H, Concept development of family resilience: A stud-of Korean families

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Original Article

Comparison of Mental Disorders and Resiliency in Couples with Normal & Exceptional Children(First Child) in Faruj city

Khakpour M[1], Mehrafarid M[2]*

[1]P.hd Student in psychology, Counselor in Ministry of Education (North Khorasan Province)
[2]M.A in Counseling, Counselor in Ministry of Education

**** Corresponding Author:***
Education Office of North Khorasan Province
Email:Msd_khakpour@yahoo.com

Abstract

Background and Objectives: *This research aimed to study the mental disorders and resiliency in parents of normal and exceptional children.*

Material &Methods: *In this cross-sectional study is that, among all couples in which the first child 7 to 12 years old of normal and exceptional in Faruj studying in primary schools were selected by random sample of 426 subjects (213 couples) parents of normal and exceptional students after attending school, SCL-90 questionnaire and resiliency scale (CD-RISC) were performed. Data Analyze use by mean, standard deviation, Kruskal-Wallis, t-test and correlation.*

Results: *There are significant differences (P<0/05) in levels of subscales of mental disorders between two group of parents. There is a significant difference (P<0/05) between parents' mental disorders and resiliency with variables (age, socioeconomic status, number of children, education, age differences, addiction, mental disorders in family and a history of separation from his wife). There is a significant difference (P<0/05) between GSI in parents of normally and exceptional students. There is a significant difference (P<0/05) between resiliency among scores of parents (both normal and exceptional children). There is a significant correlation (P<0/01) between GSI and resiliency in the total subjects (r = 0/61). 20 percent of the sample group had a mental disorder.*

Conclusion: *Because the parents of exceptional children and women have higher scores in GSI and have lower scores in resiliency than men, more serious attention and is planned by the authorities.*

Keywords: *Mental Disorders, Resiliency, Parents, Normal Children, Exceptional Children*

Submitted:*8 Jul 2012*
Revised:*4 Aug 2012*
Accepted: *27 Nov 2012*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]