

مقایسه عزت نفس و سلامت روان مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال

## Investigating the relationship between attachment style and parenting style of parents with social adjustment and daring behavior in first and second high school students

Jalal Hajzadeh

Literature and Humanities, Ramhormoz, Ahvaz, Khuzestan, Iran.

Email: [psychology.research.institute@gmail.com](mailto:psychology.research.institute@gmail.com)

جلال حاج زاده\*

ادبیات و علوم انسانی، رامهرمز، اهواز، خوزستان، ایران.

### Abstract

The presence of a child with a disability puts pressure on the mother and disrupts the peace and balance of the family. The aim of the present study is to determine the difference in self-esteem and mental health of mothers with normal and exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city. The research method was a comparative causal analysis and the statistical population was all mothers with exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city. The sample included 80 mothers with exceptional children and 80 mothers with normal children aged 7 to 10 years, who were selected using cluster random sampling. The Cooper Smith Self-Esteem Questionnaire (1967) and Goldberg and Hiller Mental Health Questionnaire (1979) were used to collect data, and the data were analyzed using the independent t-test. The results of the study showed that there was a significant difference between the self-esteem of mothers with normal and exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city ( $P < 0.05$ ). There is a significant difference between the physical symptoms of mothers with normal and exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city ( $P < 0.05$ ). There is a significant difference between the anxiety symptoms of mothers with normal and exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city ( $P < 0.05$ ). There is a significant difference between the social functioning of mothers with normal and exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city ( $P < 0.05$ ). There is a significant difference between the depression of mothers with normal and

### چکیده

وجود یک کودک مشکل دار معلولیت های کودک، مادر را زیر فشارهای خود می گیرد و موجب بر هم خوردن آرامش و تعادل خانواده می شود. هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت عزت نفس و سلامت روان مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان می باشد. روش تحقیق علی مقایسه ای بوده است و جامعه آماری تمام مادران دارای فرزند استثنایی بین ۷ تا ۱۰ سال شهرستان سیرجان می باشد. نمونه شامل ۸۰ مادر دارای فرزند استثنایی و ۸۰ مادر دارای کودک عادی بین ۷ تا ۱۰ بوده است که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) و سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شد و داده ها با استفاده از فرمول  $t$  مستقل تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد بین عزت نفس مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ). بین علائم جسمانی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ). بین علائم اضطرابی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ). بین کارکرد اجتماعی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ). بین افسردگی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ).

واژه های کلیدی: سلامت روان، عزت نفس، کودک استثنایی.

exceptional children aged 7 to 10 years in Sirjan city  
( $P < 0.05$ ).

**Keywords:** Mental health, self-esteem, exceptional child.

پذیرش: اسفند ۱۴۰۳

دریافت: دی ۱۴۰۳

نوع مقاله: پژوهشی

## مقدمه

خانواده در حیات اجتماعی کودک نقش و تأثیر فوق العاده‌ای دارد. وظیفه‌ی خانواده، مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباط سالم با اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک استثنایی داشته باشد (بدیا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). با وجود یک کودک مشکل دار معلولیت‌های کودک، کندی رشد و امکانات ویژه‌ای که برای مراقبت جسمی و روانی لازم است به همراه سرخوردگی و رویاهای بر باد رفته والدین را زیر فشارهای خود می‌گیرد و موجب برهم خوردن آرامش و تعادل خانواده می‌شود (ابراهیم زاده و همکاران، ۱۴۰۲). به همین دلیل بسیاری از محققانی که با افراد معلول و ناتوان ذهنی کار می‌کنند، به اهمیت خانواده واقف‌اند و اثر یک کودک معلول را بر پویایی خانواده درک نموده و بر آن تأکید می‌کنند (صافی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین تحقیقات نشان دهنده تأثیر منفی وجود کودک معلول در خانواده است (اولسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). تولد کودک ناتوان ذهنی، مستلزم بازبینی نقش، فعالیت‌ها، وظایف زن و شوهر، تخصیص منابع مالی و دامنه وسیعی از رفتارهای جدید برای برآورده کردن نیازهای آن‌ها است (بلاچر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). والدین کودکان ناتوان، بیشتر از والدین کودکان عادی در معرض استرس و حالات افسردگی قرار دارند (مادران واکنش‌های شدیدی در نتیجه تولد کودک نارس شامل ترس از مواجهه با مرگ یا ناتوانی فرزند احساس عدم کفایت و ناراحتی بروز می‌دهند (لوپس<sup>۴</sup> و آبدت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). این موضوع و موضوعاتی از این دست می‌تواند سلامت روان مادران را تحت تأثیر قرار دهد. والدین کودکان استثنایی، بیشتر از والدین کودکان عادی استرس افراطی، روابط اجتماعی محدود و افسردگی دارند (هاسال<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بین سلامت روان مادران کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، مادران کودکان استثنایی، دارای سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند. همچنین می‌تواند تأثیرگذار بر عزت نفس مادران باشد (زورمند بناب و همکاران، ۱۴۰۲).

عزت نفس بالا از عوامل مثبت و موثر در بهداشت روانی و عزت نفس پایین از عوامل مستعد کننده ناراحتی‌های روانی می‌باشد (موسوی خطاط و همکاران، ۱۳۹۰). عزت نفس، اعتماد به توانایی خود در اندیشیدن و کنار آمدن با چالش‌ها، اعتماد به حق خود برای موفقیت و شاد زیستن، احساس ارزشمندی و شایسته بودن، داشتن حق ابراز نیازها و خواسته‌ها و برخوردار شدن از ثمره تلاش‌های خویشتن است. عزت نفس نگرش فرد درباره خود است که شخصیت (هویت) و تصور از خود را شکل می‌دهد (زندلی و همکاران، ۱۳۹۶). با وجود اینکه این مادران مشکلات روان شناختی بیشتری را در زمینه شکایت جسمانی، حساسیت بین فردی، افسردگی و پرخاشگری و روان پریشی و حالات وسواسی تجربه می‌کنند (خلیل ارجمندی و همکاران، ۱۳۹۲)، می‌توانند بر میزان عزت نفس مادران دارای فرزند استثنایی تأثیر گذار باشد، لذا در این پژوهش به این سوال پاسخ می‌دهیم آیا

<sup>1</sup> Bedia

<sup>2</sup> Olson

<sup>3</sup> Blacher

<sup>4</sup> Luis

<sup>5</sup> Abbeduto

<sup>6</sup> Hassall

بین عزت نفس و سلامت روان مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد؟

## روش<sup>۷</sup>

روش تحقیق بر اساس هدف مقایسه عزت نفس و سلامت روان مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان روش تحقیق علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه کودکان ۷ تا ۱۰ سال عادی که تعداد آنها برابر ۳۱۵۰۰ نفر بوده است و تمام کودکان استثنایی که تعداد آنها برابر با ۳۵۰ نفر می‌باشد. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به اهداف پژوهش تعداد آن برابر با ۸۰ آزمودنی برای مادران دارای کودک استثنایی و ۸۰ آزمودنی برای مادران دارای فرزند عادی می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش با استفاده از تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. به این صورت که از ۴ مدرسه استثنایی ۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها بین آنها پخش شد و برای دانش آموزان عادی نیز به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب کردیم به این صورت که از دو منطقه آموزشی شهر سیرجان از هر منطقه ۴ مدرسه انتخاب شد و در هر مدرسه به ده نفر از دانش آموزان پرسشنامه پخش شد و نتایج برای داده‌ها برای تحلیل جمع آوری شد.

**پرسشنامه سلامت روان:** پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاسه‌ای مذکور عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی؛ مقیاس علائم اضطراب؛ مقیاس کارکرد اجتماعی؛ مقیاس علائم افسردگی از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. نمرات برش در هر یک از خرده مقیاسه‌ای پرسشنامه سلامت روان خرده مقیاس‌ها هیچ یا کمترین حد ۰-۶، ۰-۲۲، خفیف: ۷-۱۱، ۲۳-۴۰، متوسط: ۱۶-۱۲، ۴۱-۶۰، شدید: ۲۱-۱۷، ۸۴-۶۱. این پرسشنامه به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد. در نسخه‌ی اصلی طیف پاسخ‌ها (خیلی کمتر از همیشه) (کمتر از همیشه)، (مثل همیشه) و (بیشتر از همیشه) می‌باشد. ولی در فرم ارائه شده اکثر سوالات به صورت «خیر، کمی، زیاد، خیلی زیاد» نوشته شده است. این پرسشنامه از ۴ مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سوال می‌باشد. سوال‌های مربوط به ۵ مقیاس پشت سر هم آمده است: به گونه‌ای که سوالات ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس کارکرد اجتماعی (S) سوالات ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب (A)، سوالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس کارکرد اجتماعی (S) و سوالات ۲۲ تا ۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی (D) می‌باشند. بهترین شاخص اعتبار پرسشنامه‌های غربال‌گری دو شاخص حساسیت و ویژگی می‌باشند. ویژگی یک آزمون غربال‌گری عبارت است از نسبت افراد سالمی که درست شناسایی شده‌اند یا منفی‌های واقعی که به عنوان درصد تخمین بیماران بیان می‌شود. حساسیت آزمون غربال‌گری نیز عبارت است از نسبت بیماران درست شناسایی شده یا مثبت‌های واقعی که به عنوان درصد بیماری، بیان می‌شود. ویلیامز، گلدبرگ و ماری مطالعات فراتحلیل کرده‌اند. نتایج نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه سلامت روان برابر ۸۳٪ و متوسط ویژگی آن برابر ۸۱/۵ می‌باشد. چونگ در مطالعه بر روی ۲۲۳ تن از افراد بزرگسال به این نتیجه رسید که ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه برابر ۵۵ درصد و ضریب اعتبار با روش بازآزمایی برای هر یک از مقیاس‌ها ۵۰٪، ۵۳٪، ۵۵٪ و ۵۷٪ بوده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه سلامت روان با روش آلفای کرونباخ برابر ۸۲٪ بدست آمد.

**پرسشنامه عزت نفس:** پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) ۵۸ سوال دارد که ۴ بعد عزت نفس تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی و عمومی را مورد سنجش قرار می دهد و ۸ سوال نیز دروغ سنج می باشد. جواب سوالات به صورت بله و خیر بوده که نمره صفر و یک دریافت می کند. دامنه امتیازات بعد عزت نفس تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی ۰ تا ۸۰ و عمومی ۰ تا ۲۶ می باشد و برای عزت نفس کل که مجموعه امتیازات کسب شده ۴ حیطه می باشد به صورت ۰ تا ۵۰ امتیازدهی می گردد. البته تمام امتیازات جهت امکان مقایسه بهتر و یکسان سازی به درصد محاسبه گردید و در صورتی که واحدهای مورد پژوهش، از نمره کل عزت نفس کمتر از ۵۰ درصد را کسب کرده بودند به صورت نامطلوب، ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و ۷۵ تا ۱۰۰ درصد به صورت مطلوب در نظر گرفته شد. بررسی ها در ایران و خارج از ایران بیانگر آن است که این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است. هرز و گولنپ (۱۹۹۹) ضریب آلفای ۰/۸۸ را برای نمره کلی آزمون گزارش کرده اند. همچنین جهت سنجش روایی بین نمره کل آزمون با خرده مقیاس روان آزرده گرایی در آزمون شخصیت آیسنک، روایی واگرایی منفی و معنادار و با خرده مقیاس برون گرایی روایی همگرایی مثبت معنادار به دست آمده است. ادموندسون و همکاران (۲۰۰۶) نیز ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۰۹ را برای آزمون عزت نفس کوپر اسمیت گزارش کرده اند. کوپر اسمیت و دیگران (۱۹۹۰) ضریب بازآزمایی را بعد از پنج هفته ۰/۸۸ و بعد از سال ۰/۷۰ گزارش کرده اند. با روش بازآزمایی ضریب پایایی این آزمون در ایران با فاصله چهار هفته و دوازده روز به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۰۸ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی گزارش شده بین ۰/۸۹ تا ۰/۸۳ در مطالعات مختلف متغیر بوده است. پور شافعی (۱۳۷۰) با روش دو نیمه کردن ضریب ۰/۸۷ را گزارش کرده است. در بررسی روایی آزمون کوپر اسمیت، ثابت (۱۳۷۵) و ناییبی فرد (۱۳۸۲) روایی همگرایی مثبت بین آزمون کوپر اسمیت و آزمون عزت نفس آیسنک به دست آوردند. این میزان در پژوهش ثابت ۰/۰۸ و در پژوهش ناییبی فرد ۰/۷۸ بوده است. همچنین ضرایب اعتبار این آزمون با روش بازآزمایی برای دختران و پسران به ترتیب ۰/۰۹ و ۰/۹۲ گزارش شده است (بابایی و همکاران، ۲۰۱۵).

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات بعد از جمع آوری داده ها آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی با فرمول  $t$  مستقل مورد بررسی شد.

### یافته‌ها

با توجه به مقادیر میانگین های مشاهده شده در جدول ۱، مشاهده می شود که میانگین ابعاد سلامت روان در مادران دارای فرزند استثنایی به مراتب بالاتر از مادران دارای فرزند عادی می باشند. برای عزت نفس نیز برای مادران دارای فرزند استثنایی از عزت نفس پایینتری نسبت به مادران فرزندان عادی هستند.

جدول ۱- جدول فراوانی متغیر جنسیت فرزندان

فرزند	جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
استثنایی	دختر	۴۵	۵۶/۲۵
	پسر	۳۵	۴۳/۷۵
عادی	دختر	۳۷	۴۶/۲۵
	پسر	۴۳	۵۳/۷۵

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، ۵۶/۲۵ درصد از فرزندان استثنایی دختر و ۴۳/۷۵ درصد آنها پسر می باشند و ۴۶/۲۵ درصد از فرزندان عادی دختر و ۵۳/۷۵ درصد آنها پسر هستند.

جدول ۲- جدول فراوانی متغیر سن فرزندان

فرزند	سن	فراوانی	درصد فراوانی
استثنایی	۷	۱۶	۲۰
	۸	۲۴	۳۰
	۹	۲۷	۳۳/۷۵
	۱۰	۱۳	۱۶/۲۵
عادی	۷	۲۲	۲۷/۵
	۸	۱۸	۲۲/۵
	۹	۲۵	۳۱/۲۵
	۱۰	۱۵	۱۸/۷۵

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بیشترین فرزندان استثنایی در نمونه دارای سن ۹ سال با ۳۳/۷۵ درصد و کمترین آنها دارای سن ۱۰ سال با ۱۶/۲۵ درصد هستند. همچنین بیشترین فرزندان عادی در نمونه دارای سن ۹ سال با ۳۱/۲۵ درصد و کمترین آنها دارای سن ۱۰ سال با ۱۸/۷۵ درصد هستند.

### بررسی فرض نرمال

برای بررسی فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف یک نمونه‌ای استفاده شده است. نتایج نشان دهنده آن است که فرض نرمال بودن برای این متغیرها را نمی‌توان رد کرد ( $P > 0/05$ ). نتایج این آزمون در جدول ۳ آورده شده است. به دلیل برقراری فرض نرمال برای متغیرهای مورد مطالعه برای بررسی روابط از آزمون t مستقل استفاده می‌شود.

جدول ۳ نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (K-S) برای بررسی پذیره نرمال بودن

متغیر	حجم نمونه	آماره آزمون	p
افسردگی	۱۶۰	۱/۲	۰/۱۱
اجتماعی	۱۶۰	۱/۳۴	۰/۰۵۳
اضطراب	۱۶۰	۱/۲۰۳	۰/۱۱۱
علائم جسمانی	۱۶۰	۱/۲۱۱	۰/۱۰۷
عزت نفس	۱۶۰	۱/۰۳	۰/۲۳۸

### بررسی فرضیات تحقیق

فرضیه ۱: بین عزت نفس مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد.

برای بررسی تفاوت بین عزت نفس در مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی شهرستان سیرجان از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد (متغیرهای کمی نرمال). بدین منظور میانگین نمرات میزان عزت نفس را در هر گروه مقایسه کردیم. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۴ و ۵ آمده است.

مقایسه عزت نفس و سلامت روان مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال

جدول ۴ نتایج توصیفی میزان عزت نفس

گروه		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
میزان عزت نفس	فرزندان استثنایی	۸۰	۱/۸۳	۱/۴۱
	فرزندان عادی	۸۰	۵/۹۷	۱/۰۵۵

جدول ۵ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل

آزمون t برای برابری میانگین ها						آزمون لون		متغیر	
فاصله اطمینان ۹۵٪		خطای استاندارد اختلاف	اختلاف میانگین	مقدار معناداری	درجه آزادی	آماره t	مقدار معناداری	آماره F	
کران بالا	کران پایین								
-۳/۷۴	-۴/۵۲	۰/۱۹	-۴/۱۴	۰/۰۰	۱۴۵/۹۴	-۱۰/۸۱	۰/۰۰	۱۹/۱۲	عزت نفس

با توجه به نتیجه جدول بالا ابتدا آزمون لون برای همگنی واریانس ها مشاهده می شود که طبق این آزمون مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و از اینرو فرض همگنی واریانس های دو گروه رد می شود. حال با توجه به نتیجه بدست آمده از آزمون t مشاهده می شود که مقدار معناداری برابر با ۰/۰۰ است که کمتر از ۰/۰۵ می باشد. از اینرو فرض صفر رد می شود یعنی بین میزان عزت نفس در مادران دارای فرزند استثنایی و فرزند عادی شهرستان سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۳ مشاهده می شود که میانگین عزت نفس در گروه مادران دارای فرزند استثنایی برابر با ۱/۸۳ و کمتر از میانگین عزت نفس در گروه مادران دارای فرزند عادی (۵/۹۷) می باشد. بنابراین می توان گفت میزان عزت نفس در گروه مادران دارای فرزند استثنایی بطور معناداری کمتر از میزان عزت نفس در گروه مادران دارای فرزند عادی بین ۷ تا ۱۰ سال شهرستان سیرجان می باشد.

فرضیه ۲: بین علائم جسمانی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد.

برای بررسی تفاوت بین علائم جسمانی در مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی شهرستان سیرجان از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد (متغیرهای کمی نرمال). بدین منظور میانگین نمرات میزان علائم جسمانی را در هر گروه مقایسه کردیم. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۶ و ۷ آمده است.

جدول ۶ نتایج توصیفی میزان علائم جسمانی

گروه		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
میزان علائم جسمانی	فرزندان استثنایی	۸۰	۸/۲۵	۳/۲۹
	فرزندان عادی	۸۰	۳/۹۱	۱/۸

جدول ۷ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل

آزمون t برای برابری میانگین ها					آزمون لون		متغیر	
فاصله اطمینان ۹۵٪	خطای استاندارد	اختلاف	مقدار	درجه	آماره t	مقدار		
کران بالا	کران پایین	اختلاف	میانگین	معناداری	آزادی	معناداری	F	
۵/۱۶	۳/۵	۰/۴۲	۴/۳۳	۰/۰۰	۱۲۲/۳	۱۰/۳۲	۰/۰۰	۲۹/۲۸

با توجه به نتیجه جدول ۷ ابتدا آزمون لون برای همگنی واریانس ها مشاهده می‌شود که طبق این آزمون مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و از اینرو فرض همگنی واریانس های دو گروه رد می‌شود. حال با توجه به نتیجه بدست آمده از آزمون t مشاهده می‌شود که مقدار معناداری برابر با ۰/۰۰ است که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. از اینرو فرض صفر رد می‌شود یعنی بین میزان علائم جسمانی در مادران دارای فرزند استثنایی و فرزند عادی شهرستان سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۴-۷ مشاهده می‌شود که میانگین علائم جسمانی در گروه مادران دارای فرزندان استثنایی برابر با ۸/۲۵ و بیشتر از میانگین علائم جسمانی در گروه مادران دارای فرزند عادی (۳/۹۱) می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت میزان علائم جسمانی در گروه مادران دارای فرزند استثنایی بطور معناداری بیشتر از میزان عزت نفس در گروه مادران دارای فرزند عادی بین ۷ تا ۱۰ سال شهرستان سیرجان می‌باشد.

**فرضیه ۳: بین علائم اضطرابی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد.**

برای بررسی تفاوت بین علائم اضطرابی در مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی شهرستان سیرجان از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد (متغیرهای کمی نرمال). بدین منظور میانگین نمرات میزان علائم اضطرابی را در هر گروه مقایسه کردیم. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۸ و ۹ آمده است.

جدول ۸ نتایج توصیفی میزان علائم اضطرابی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
فرزندان استثنایی	۸۰	۸/۵	۳/۷
فرزندان عادی	۸۰	۴/۰۵	۲/۲۲

جدول ۹ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل

آزمون t برای برابری میانگین ها					آزمون لون		متغیر	
فاصله اطمینان ۹۵٪	خطای استاندارد	اختلاف	مقدار	درجه	آماره t	مقدار		
کران بالا	کران پایین	اختلاف	میانگین	معناداری	آزادی	معناداری	F	
۵/۴	۳/۴۹	۰/۴۸	۴/۴۵	۰/۰۰	۱۲۹/۲۳	۹/۲	۰/۰۰	۱۳/۴۶

با توجه به نتیجه جدول ۹ ابتدا آزمون لون برای همگنی واریانس ها مشاهده می‌شود که طبق این آزمون مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و از اینرو فرض همگنی واریانس های دو گروه رد می‌شود. حال با توجه به نتیجه بدست آمده از آزمون t مشاهده می‌شود که مقدار معناداری برابر با ۰/۰۰ است که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. از اینرو فرض صفر رد می‌شود یعنی بین میزان علائم اضطرابی در مادران دارای فرزند استثنایی و فرزند عادی شهرستان سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۸ مشاهده

مقایسه عزت نفس و سلامت روان مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال

می‌شود که میانگین علائم اضطرابی در گروه مادران دارای فرزندان استثنایی برابر با ۸/۵ و بیشتر از میانگین علائم اضطرابی در گروه مادران دارای فرزند عادی (۴/۰۵) می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت میزان علائم اضطرابی در گروه مادران دارای فرزند استثنایی بطور معناداری بیشتر از میزان علائم اضطرابی در گروه مادران دارای فرزند عادی بین ۷ تا ۱۰ سال شهرستان سیرجان می‌باشد.

**فرضیه ۴: بین کارکرد اجتماعی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد.**

برای بررسی تفاوت بین کارکرد اجتماعی در مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی شهرستان سیرجان از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد (متغیرهای کمی نرمال). بدین منظور میانگین نمرات میزان کارکرد اجتماعی را در هر گروه مقایسه کردیم. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۱۰ و ۱۱ آمده است.

**جدول ۱۰ نتایج توصیفی میزان کارکرد اجتماعی**

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
فرزندان استثنایی	۸۰	۸/۳۶	۳/۱۸
فرزندان عادی	۸۰	۳/۹۵	۱/۱

**جدول ۱۱ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل**

متغیر		آزمون لون					آزمون t برای برابری میانگین ها	
کارکرد اجتماعی	F	آماره	مقدار معناداری	آماره t	درجه آزادی	مقدار معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد
								اختلاف
	۶۳/۳۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۱/۷۰۴	۹۷/۵۹	۰/۰۰	۴/۴۱	۰/۳۷
								فاصله اطمینان ۹۵٪
								کران پایین
								کران بالا
								۵/۱۶
								۳/۶۶

با توجه به نتیجه جدول ۱۱، ابتدا آزمون لون برای همگنی واریانس ها مشاهده می‌شود که طبق این آزمون مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و از اینرو فرض همگنی واریانس های دو گروه رد می‌شود. حال با توجه به نتیجه بدست آمده از آزمون t مشاهده می‌شود که مقدار معناداری برابر با ۰/۰۰ است که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. از اینرو فرض صفر رد می‌شود یعنی بین میزان کارکرد اجتماعی در مادران دارای فرزند استثنایی و فرزند عادی شهرستان سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود که میانگین کارکرد اجتماعی در گروه مادران دارای فرزندان استثنایی برابر با ۸/۳۶ و بیشتر از میانگین کارکرد اجتماعی در گروه مادران دارای فرزند عادی (۳/۹۵) می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت میزان کارکرد اجتماعی در گروه مادران دارای فرزند استثنایی بطور معناداری بیشتر از میزان کارکرد اجتماعی در گروه مادران دارای فرزند عادی بین ۷ تا ۱۰ سال شهرستان سیرجان می‌باشد.

**فرضیه ۵: بین افسردگی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد.**

برای بررسی تفاوت بین افسردگی در مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی شهرستان سیرجان از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد (متغیرهای کمی نرمال). بدین منظور میانگین نمرات میزان افسردگی را در هر گروه مقایسه کردیم. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۱۲ و ۱۳ آمده است.



## جدول ۱۲- نتایج توصیفی میزان افسردگی

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	
۴/۲۸	۱۴/۲۳	۸۰	فرزندان استثنایی	میزان افسردگی
۱/۷۲	۴/۹۷	۸۰	فرزندان عادی	

## جدول ۱۳ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل

آزمون t برای برابری میانگین ها						آزمون لون		متغیر	
فاصله اطمینان ۹۵٪		خطای استاندارد	اختلاف	مقدار	درجه	آماره t	مقدار	آماره	
کران بالا	کران پایین	اختلاف	میانگین	معناداری	آزادی		معناداری	F	
۱۰/۲۸	۸/۲۳	۰/۵۱	۹/۲۶	۰/۰۰	۱۰۴/۰۰۶	۱۷/۹۲	۰/۰۰	۸۲/۳۹	افسردگی

با توجه به نتیجه جدول ۱۳ ابتدا آزمون لون برای همگنی واریانس ها مشاهده می شود که طبق این آزمون مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و از اینرو فرض همگنی واریانس های دو گروه رد می شود. حال با توجه به نتیجه بدست آمده از آزمون t مشاهده می شود که مقدار معناداری برابر با ۰/۰۰ است که کمتر از ۰/۰۵ می باشد. از اینرو فرض صفر رد می شود یعنی بین میزان افسردگی در مادران دارای فرزند استثنایی و فرزند عادی شهرستان سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۱۲ مشاهده می شود که میانگین افسردگی در گروه مادران دارای فرزند استثنایی برابر با ۱۴/۲۳ و بیشتر از میانگین افسردگی در گروه مادران دارای فرزند عادی (۴/۹۷) می باشد. بنابراین می توان گفت میزان افسردگی در گروه مادران دارای فرزند استثنایی بطور معناداری بیشتر از میزان افسردگی در گروه مادران دارای فرزند عادی بین ۷ تا ۱۰ سال شهرستان سیرجان می باشد.

## بحث و نتیجه گیری

فرضیه ۱: بین عزت نفس مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش با رزازرحمتی و امیری مطلق (۱۳۹۹) و یوسفی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می باشد. در تبیین این نتایج می توان چنین گفت که خانواده را باید سنگ زیر بنای جامعه و کانون اصلی سنت، رسوم و ارزش های والا و مورد احترام و شالوده مستحکم مناسبات پایدار اجتماعی و روابط خویشاوندی، مبدا بروز و ظهور عواطف انسانی و کانون صمیمانه ترین روابط میان افراد و مهد پرورش فکر، اندیشه اخلاق و تعالی روح انسانی به حساب آورد. خانواده نه تنها محل تامین نیازهای عاطفی، مادی، تکاملی و معنوی اعضای خود است، بلکه مبدا بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه ترین روابط و تعاملات بین فردی نیز هست و از آنجا که سلامت و بالندگی جامعه در گرو رشد و سلامت خانواده است و مادر در میان اعضای خانواده بیشترین تاثیر را به عنوان مادر در خانواده و به عنوان پدر ایجاد می کند و در واقع خانه را مدیریت می کند اما با حضور کودک استثنایی نظام خانواده را دچار آسیب می کند و بیشترین آسیب را مادران در این بین می بینند و حضور این کودک می تواند باعث شود مادر به شدت نسبت به توانایی ها و باورهای خود تردید پیدا کند و توانایی های خود را زیر سوال ببرد و یا علت وجود کودک استثنایی را عدم توانایی های لازم خودش برای زندگی بداند و این امر به شدت عزت نفس مادران دارای فرزند استثنایی را تحت تاثیر قرار می دهد و همین امر می تواند بر مسائل دیگر حتی نحوه برخورد با دیگر اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار دهد و به دنبال آن مشکلاتی برای دیگر اعضای خانواده به وجود بیاید.

فرضیه ۲: بین علائم جسمانی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش با شمس و همکاران (۱۴۰۰) و استرایسند و همکاران (۲۰۰۸) همسو می باشد. در تحلیل

این فرضیه می‌توان گفت مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود، بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند. از طرفی چون آنها بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌نمایند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط دارند و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند. فشار روانی وارد بر این مادران به دلیل استمرار، علاوه بر سلامت روان، سلامت جسمی مادران را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. مادر در اثر فشارهای وارده و گاهی به صورت واقعی علائم جسمانی مختلفی را گزارش می‌دهد که رفته رفته به دلیل زیاد شدن این علائم خانواده نسبت به آن کم اهمیت می‌شوند و گاه خود مادر نیز نسبت به این علائم بی اهمیت می‌شود و در واقع خود را در درجه دوم اهمیت بعد از نیازهای کودک قرار می‌دهد و این مسئله بر تمام جنبه‌های زندگی تاثیر می‌گذارد و به مرور کیفیت زندگی مادر دارای فرزند استثنایی را پایین می‌آورد و گاه این مسئله زندگی زناشویی مادر را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.

### فرضیه ۳: بین علائم اضطرابی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت

**معنادار وجود دارد.** نتایج پژوهش با حبیبی و همکاران (۱۳۸۸) و خزانی (۱۳۹۴) همسو است. در تحلیل این فرضیه می‌توان گفت کودکان استثنایی با ورود خود به خانواده بسیاری از مسائل را تحت تاثیر قرار می‌دهند که از جمله آن می‌توان حتی مسائل اقتصادی را نیز در نظر گرفت تا مراقبت‌های همیشگی خانواده در برابر کودک استثنایی چرا که نمی‌تواند نیازهای خود را به خوبی برطرف نماید در این میان بیشترین فشار به مادر می‌آید کودک با ناتوانی‌های مختلف، سطوح متفاوتی از استرس و اضطراب را در مادرانشان ایجاد می‌کنند چرا که علاوه بر مسئولیت فرزند استثنایی مسئولیت دیگر فرزندان نیز به عهده‌ی او می‌باشد و این کودک نیز با مادر رابطه‌ای عاطفی و عمیق برقرار می‌نماید. و دارا بودن فرزند استثنایی با افزایش تنش و استرس همراه خواهد بود چرا که مادر نگرانی دائمی برای رفع نیازهای کودک را در خود می‌بیند و می‌خواهد نیازهای او را به بهترین حالت ممکن رفع بنماید و همزمان نگرانی از نرسیدن به دیگر حوزه‌های خانواده مانند همسر داری و وظایف مادری برای دیگر فرزندان و مادر به طور مرتب باید با این مسئولیت‌ها کنار بیاید و کم گذاشتن در یکی از این امور به خصوصاً مربوط به کودک استثنایی باشد برای مادر همراه با تنش و اضطراب شدید همراه است و اضطراب عادی او را افزایش می‌دهد و این اضطراب خود می‌تواند باعث به وجود آمدن مسائل دیگری نیز گردد.

### فرضیه ۴: بین کارکرد اجتماعی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت

**معنادار وجود دارد.** نتایج پژوهش با انصاری اردلی و همکاران (۱۴۰۰) و اسیورت<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشند. در تحلیل این فرضیه می‌توان گفت حضور کودک استثنایی و نقصی که کودک دارد موجب می‌شود خانواده نتواند کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب تداوم بخشد. از جمله فراهم کردن شرایط رشد و پرورش فرزندان، تأمین محیطی دلپذیر برای اعضا و ایجاد پایگاهی مناسب برای برقراری روابط اجتماعی موثر با دیگران است. و با توجه به اینکه عزت نفس مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد مادر توانایی اینکه در محیط‌های شلوغ و پر ازدحام حضور پیدا کند می‌ترسد و یا اینکه با توجه به اینکه افسردگی در این مادران بالا می‌رود دیگر تمایلی برای رفتن در میان جامعه و جمع‌ها نداشته باشد و یا اینکه مادر به دلیل اینکه می‌خواهد همیشه مراقب کودک باشد تمام وقت خود را به کودک اختصاص دهد و از باقی مانده وقت وظایف دیگر را انجام دهد و این چنین است که کارکردهای اجتماعی این مادران روز به روز کمتر می‌شوند و به دنبال آن نمی‌تواند انتظار داشت فرزند استثنایی آنها نیز روابط اجتماعی و کارکرد اجتماعی مناسبی داشته باشد و حتی مادر در موقعیت‌های اجتماعی مختلف نتواند عکس العمل مناسب با محیط داشته باشد.

### فرضیه ۵: بین افسردگی مادران دارای فرزند عادی و فرزند استثنایی سن ۷ تا ۱۰ سال شهر سیرجان تفاوت معنادار

**وجود دارد.** نتایج پژوهش با منبعی (۱۴۰۱) و کاکابرایی (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. در تحلیل این فرضیه می‌توان گفت تولد و

حضور کودک با کم توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. مادران به دلیل نقش سنتی مراقب که از فرزندان دارد بیشترین مشکلات را در این زمینه دارد و معمولاً اولین مشکلی که مادر در این مورد برایش به وجود می‌آید، مشکل افسردگی است و گاهی این افسردگی بسیار شدید می‌شود که مادر حتی نمی‌تواند نیازهای خود را برطرف نماید، اما در اغلب موارد مادر همراه با این احساس نومییدی زندگی می‌کند و باعث می‌شود که در برابر دیگر مشکلات توان و تاب آوری کمتری داشته باشد و نتواند به خوبی مشکلات و اتفاقات به وجود آمده در فرایند زندگی را مدیریت کند و خود این مساله باعث افزایش احساسات سرخوردگی در مادران می‌شود. علاوه بر این که این احساس سرخوردگی یاس و ناامیدی می‌تواند به کودک منتقل شود و کودک برای مستقل شدن و کسب توانایی‌هایش و یا کارهایی که می‌تواند به صورت مستقل انجام دهد دچار تردید شود و یا دیرتر بیاموزد و یا احساس کند که هرگز نمی‌تواند به صورت مستقل کاری را انجام دهد و باز هم بیشترین فشار از این مساله بر مادر فرود می‌آید.

## منابع

- [۱] ابراهیم زاده، نجمه، اصغری نکاح، سیدمحسن و سلطانی کوهبنانی، سکینه. (۱۴۰۲). تأثیر آموزش گروهی افزایش صبر بر خودکارآمدی و نگرش مادران دارای کودک استثنایی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳ (۵۱)، ۱۰۵-۱۴۳.
- [۲] انصاری اردلی، لیلا، مکوندی، بهنام، عسگری، پرویز، و حیدری، علیرضا. (۱۴۰۰). پیش بینی عملکرد خانواده بر اساس هوش معنوی و بهزیستی روانی در مادران کودکان استثنایی. کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- [۳] حبیبی عسگرآبادی، مجتبی، رشیدی، ابوالفضل، و متولی پور، عباس. (۱۳۸۸). مقایسه تنیدگی فرزندپروری مادران کودکان پسر عادی و استثنایی. تحقیقات علوم رفتاری، ۷ (۲ پی در پی ۱۴)، ۱۷۵-۱۸۱.
- [۴] خزایی، سارا. (۱۳۹۴). تحلیل مقایسه ای بین سلامت روانی مادران کودکان استثنایی باسلامت روانی مادران کودکان عادی. سومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی. مطالعات اجتماعی و فرهنگی. تهران. تحقیقات اسلامی سروش مرتضوی. مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
- [۵] خلیل ارجمنندی فاطمه، کاشانی وحید لیلا، وکیلی سمیرا. (۱۴۰۳). تدوین مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک با کم توانی هوشی بر اساس هسته ارزشیابی خود با میانجی‌گری دلدزگی زناشویی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۴۰۳؛ ۲۴ (۴): ۱۵۳-۱۶۵.
- [۶] رزازرحمتی، مریم و امیری مطلق، یلدا، ۱۳۹۹، مقایسه عزت نفس و سلامت روان والدین کودکان عادی و عقب مانده مرزی، سومین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، همدان،
- [۷] زورمند بناب، شهلا، حسین ثابت، فریده و عیسی مراد، ابوالقاسم. (۱۴۰۲). تعیین نقش صبر و هوش اخلاقی در پیش‌بینی کنترل عمل (جهت‌گیری پویا و ایستا) مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳ (۵۰)، ۴۲-۴۱.
- [۸] زندی هوشنگ، لواسانی مسعود غلامعلی، افروز غلامعلی، مردوخ محمد سعید. (۱۳۹۶). مقایسه مادران دارای دو کودک استثنایی (چند معلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) با مادران کودکان عادی در مؤلفه‌های سلامت عمومی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۷ (۴): ۱۰۱-۱۱۲.
- [۹] شمس، نعمت اله، افروز، غلامعلی، و ارجمندنی، علی اکبر. (۱۴۰۰). مقایسه مولفه های زیستی، عاطفی، روانی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی در مقایسه با مادران کودکان عادی شهرستان یزد. مطالعات ناتوانی، ۱۱ (۱ پیاپی ۱۹)، ۵۶-۶۱.
- [۱۰] صافی، محمد هادی، مالدار حسن آبادی، حسن، رضاپور میرصالح، یاسر و خاکباز، حمید. (۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای انگیزش پیشرفت در رابطه خوش‌بینی و تاب‌آوری با خودکارآمدی در مبتلایان به معلولیت‌های جسمی-حرکتی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۴ (۵۴)، ۲۳۱-۲۶۰.
- [۱۱] منیعی، حسین. (۱۴۰۱). مقایسه باور به دنیای عادلانه در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی شهر ورامین. مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری سال چهارم زمستان ۱۴۰۱ شماره ۱۳: ۱۳۲-۱۴۲.
- [۱۲] کاکابرابی، کیوان. ارجمندنی، علی اکبر. افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی های زیستی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. مرداد. دوره ۲۱. شماره ۳: ۷۲-۸۲.
- [۱۳] موسوی خطاط، سیدمحمد. سلیمانی، مهران. عبدی، کیانوش. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی های شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی. توانبخشی. پاییز. دوره ۱۲. شماره ۳ (مسلسل ۴۸): ۵۳-۶۴.
- [۱۴] یوسفی، فیروزه، بختیارپور، سعید، مکوندی، بهنام، و نادری، فرح. (۱۴۰۰). مقایسه استحکام روانی، انعطاف پذیری شناختی و سلامت روانی در مادران کودکان استثنایی با استرس والدگری بالا و پایین. مطالعات ناتوانی، ۱۱ (۱ پیاپی ۱۹): ۲۱-۳۲.
- [15] Bedia DM, Gulendam D, Aydan B, Ayse K, Bora D, Nuray B, et al. (2021). Molecular detection of cytomegalovirus, herpes simplex virus 2, human papillomavirus 16-18 in Turkish pregnant. *Brazil J Infect Dis*; 14:569-74.
- [16] Blacher, Jane. Baker, Bruce L. (2020). Positive Impact of Intellectual Defficiency on families. *American Journal of Mental Retardation*. Vol.112.No5.p330-348.sep 2007.
- [17] Streisand R, Mackey ER, Elliot BM, Mednick L, Slaughter IM, Turek J, et al. Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: opportunities for education and counseling. *Patient Educ Couns*. 2008;73 (2):333-8.

- [18] Hassall,R.;Rose,J.; Mcdonald,J. (2019).Parenting Stress in Mothers of children with an Intellectual Disability :The Effects of parental Cognition in Relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*.v49 n6 p405-418.
- [19] Louis, Abbedutol, Marvin, Richmonol and Gilsen (2019). Psychological well being mothers of youth with fragil X Syndrome: specify and within syndrome variability. *Exceptional Children* V50. pp:894-904
- [20] Olson,Malin B.;Larsman,Pernitla;H wang ,Philip c. (2018).Relationship among Risk ,Sense of Coherence ,and Well-Being in parents of children with and without Intellectual Disabilities. *Journal of policy and practice in Intellectual Disabilities*. v5 n4 p227-236 Dec2008
- [21] Stewart, Chris and Rapp, Lisa. (2017). The Relationship of Spirituality and Family Functioning to Recidivism: An Investigation with Incarcerated Adolescent Males. *Residential Treatment for Children & Youth*. 34 (3-4), 292-310
- [22] Turner, M. J., & Barker, J. B. (2015). Examining the effects of rational emotive behavior therapy (REBT) on the irrational beliefs of blue-chip professionals. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33 (1), 17-36.
- [23] Wallis D, Musselman C, MacKay S. Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescence. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2004;9 (1):2-14.