

# کتابخانه تخصصی فنون و صنایع



## دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد « M.A. »

گرایش: عمومی

عنوان:

مقایسه استرس والدینی و خودپنداشت -خداپنداشت در مادران دارای کودک

اتیسم، کم توان ذهنی و عادی

استاد راهنما:

دکتر شهناز نوحی

استاد مشاور:

دکتر علی رضوانی

نگارش:

معصومه ملک

تابستان ۱۳۹۷



معاونت پژوهش و فن آوری  
به نام خدا  
مشور اخلاق پژوهش

بیاری از خدایان و معتقدین این که عالم مضمحل است و بولر و نگر بر احوال انسان در مشور پس داشت تمام بند دانش پژوهش و نظر به ایت جایگاه دانشگاه و استقوی فرهنگ و تمدن بشری، با دانشمندان و اصحاب بیات علمی

و اصلاحی و دانشگاه آزاد اسلامی مشهد می گویم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از حرکت پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات و سایر صاحبان حق).
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تمهید به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه به کارکنان پژوهش.
- ۴- اصل منافع ملی: تمهید به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور و کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و انزات: تمهید به اجتناب از حرکت جانب داری غیر علمی و محافظت از اموال، تمیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تمهید به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تمهید به رعایت حریم با حرمت با انجام تحقیقات و رعایت جانب تعدد و خودداری از حرکت حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تمهید به رواج دانش و امانت نتایج تحقیقات و انتقال آن به به کارکنان علمی و دانشمندان به غیر از مولودی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برکت: التزام به برکت جویی از حرکت رفتن غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به سبب های غیر علمی می آلودند.



بسمه تعالی

### تعهدنامه اصالت رساله پایان نامه

اینجانب معصومه ملک دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی گرایش عمومی که در تاریخ از پایان نامه خود تحت عنوان مقایسه استرس والدینی و خودپنداشت -خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم توان ذهنی و عادی نمره ۱۸ و درجه ..... دفاع نموده ام بدین وسیله متعهد می شوم:

۱) این پایان نامه/رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

۲) این پایان نامه/رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را میپذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

معصومه ملک

امضاء و تاریخ

## سپاسگزاری

باتقدیر و تشکر شایسته از استاد فرهیخته و فرزانه ام سرکار خانم دکتر نوحی که با نکته‌های دلاویز و گفته‌های بلند، صحیفه‌های سخن را علم پرور نمود

و همواره راهنما و راه‌کشی بخارنده در اتمام و اکمال پایان نامه بوده است.

از استاد فاضل و اندیشمند جناب آقای دکتر رضوانی که به عنوان استاد مشاور که همواره بخارنده را مورد لطف و محبت خود قرار داده اند،

کمال تشکر را دارم.

معلمت ز عرش برتر باد همیشه توسن اندیشه ات مظرباد

چکیده:	۱
فصل اول: کلیات پژوهش	۲
۱-۱- مقدمه	۳
۱-۲- بیان مسئله	۴
۱-۳- اهمیت و ضرورت	۸
۱-۴- اهداف پژوهش	۱۰
۱-۴-۱- هدف اصلی:	۱۰
۱-۴-۲- اهداف فرعی:	۱۰
۱-۵- فرضیه‌های پژوهش	۱۰
۱-۵-۱- فرضیه اصلی:	۱۰
۱-۵-۲- فرضیه‌های فرعی:	۱۰
۱-۶- متغیرها:	۱۰
۱-۷- تعریف متغیرها	۱۱
۱-۷-۱- تعریف مفهومی:	۱۱
۱-۷-۲- تعریف عملیاتی:	۱۲
فصل دوم: مبانی نظری پژوهش	۱۳
۱-۲- مقدمه:	۱۴
۲-۲- معلولیت	۱۴
۱-۲-۲- انواع معلولیت ها:	۱۵
۲-۲-۲- علل معلولیت ها	۱۵
۳-۲-۲- راه‌های پیشگیری از معلولیت ها	۱۶
۴-۲-۲- علت معلولیت های جسمی و حرکتی	۱۶
۵-۲-۲- رویکردهای نظری به معلولیت	۱۸
۳-۲- اتیسم	۲۲
۱-۳-۲- مفهوم اتیسم	۲۲

- ۲-۳-۲- نشانه های عمومی بیماری اُتسم ..... ۲۴
- ۲-۳-۳- علل بروز اُتسم ..... ۲۵
- ۲-۴- کم توانیذهنی ..... ۲۶
- ۲-۴-۱- ملاک های تشخیصی DSM5 برای کم توانی ذهنی ..... ۲۶
- ۲-۴-۲- ویژگی های کم توانیذهنی ..... ۲۷
- ۲-۴-۳- کم توانیذهنی آموزش پذیر ..... ۲۸
- ۲-۴-۴- کم توانیذهنی تربیت پذیر ..... ۲۹
- ۲-۴-۵- نیازهای والدین کودکان کم توانیذهنی ..... ۳۰
- ۲-۵- استرس والدینی ..... ۳۱
- ۲-۵-۱- مفهوم استرس ..... ۳۱
- ۲-۵-۲- آسیب پذیری در مقابل استرس ..... ۳۲
- ۲-۵-۱- تاثیر مشکلات کودکان بر بهداشت روانی مادران ..... ۳۴
- ۲-۵-۴- عوامل موثر در استرس والدگری ..... ۳۷
- ۲-۶- خودپنداشت ..... ۴۰
- ۲-۶-۱- ادراک از خود در نوجوانی ..... ۴۲
- ۲-۶-۲- ابعاد وابسته به ادراک خود ..... ۴۳
- ۲-۶-۱- خودآگاهی ..... ۴۴
- ۲-۶-۲- خودپنداره ..... ۴۴
- ۲-۶-۳- عزت نفس ..... ۴۵
- ۲-۶-۴- هویت ..... ۴۵
- ۲-۶-۳- مبانی نظری ادراک خود ..... ۴۶
- ۲-۶-۳-۱- دیدگاه ویلیام جمیز ..... ۴۷
- ۲-۶-۳-۲- دیدگاه اریکسون ..... ۴۷
- ۲-۶-۳-۳- دیدگاه سوزان هارتر ..... ۴۸
- ۲-۶-۳-۴- دیدگاه پیازه ..... ۵۱
- ۲-۶-۳-۵- دیدگاه سلمن ..... ۵۲
- ۲-۶-۳-۶- دیدگاه تحولی دامون و هارت ..... ۵۴
- ۲-۷- خداپنداشت ..... ۵۸

۵۹.....	۲-۷-۱- ادراک از خدا از نظر علمای مسلمان
۵۹.....	۲-۷-۲- ادراک در لغت
۵۹.....	۲-۷-۳- رابطه علم وادراک
۶۰.....	۲-۷-۴- ادراک امور حسی
۶۰.....	۲-۷-۵- ادراک به معنای رویت
۶۰.....	۲-۷-۶- مدرک بودن خداوند
۶۱.....	۲-۷-۷- آیا ادراک از جمله صفاتی است که بتوان آن را به خدا نسبت داد؟
۶۲.....	۲-۷-۸- ادراک خدا از نظر فلاسفه
۶۴.....	۲-۷-۹- ادراک از خدا از نظر روان تحلیل گران
۶۹.....	۲-۷-۱۰- رابطه دلبستگی شکل گرفته دوران کودکی با ادراک از خدا
۷۳.....	۲-۸- ارتباط خودپنداشت با خداپنداشت و امور مرتبط با آن در منابع اسلامی
۷۵.....	۲-۸-۲- ارتباط خودپنداره با خداپنداره از دیدگاه روانشناسان
۷۷.....	۲-۹- پیشینه پژوهش
۸۳.....	فصل سوم: روش پژوهش
۸۴.....	۳-۱- مقدمه
۸۴.....	۳-۲- طرح پژوهش
۸۴.....	۳-۳- جامعه آماری
۸۴.....	۳-۴- نمونه و روش نمونه گیری
۸۵.....	۳-۵- معیار ورود و خروج:
۸۵.....	۳-۵- ابزار گردآوری دادهها
۸۶.....	۳-۶- روش تجزیه و تحلیل دادهها
۸۷.....	فصل چهارم: یافته های پژوهش
۸۸.....	۴-۱- مقدمه
۸۸.....	۴-۲- آمار توصیفی
۹۱.....	۴-۳- اطلاعات استنباطی
۹۸.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۹۹.....	۵-۱- مقدمه
۹۹.....	۵-۲- فرضیه اول: استرس والدینی در مادران دارای کودک اتیسم، کم توان ذهنی و عادی تفاوت دارد.



۳-۵- فرضیه دوم: خودپنداشت-خداپنداشت در مادران دارای کودک اوتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی

- تفاوت دارد..... ۱۰۰
- ۴-۵- محدودیت‌ها ..... ۱۰۲
- ۵-۵- پیشنهادها ..... ۱۰۲
- ۱-۵-۵- پیشنهادهای پژوهشی ..... ۱۰۲
- ۲-۵-۵- پیشنهادهای کاربردی ..... ۱۰۲
- ۶-۵- منابع: ..... ۱۰۳

## فهرست جداول :

- جدول ۴-۱: میانگین و انحراف استاندارد افراد گروه نمونه بر حسب سن ..... ۸۸
- جدول ۴-۲: ویژگیهای توصیفی میزان تحصیلات مادران ..... ۸۸
- جدول ۴-۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ..... ۸۹
- جدول ۴-۴: بررسی نرمال بودن توزیع دادهها ..... ۹۱
- جدول ۴-۵: تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمره استرس والدینی در سه گروه مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی ..... ۹۲
- جدول ۴-۶: نتایج تحلیل تعقیبی شفیه ..... ۹۳
- جدول ۴-۷: آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس نمرات زیر مقیاسهای استرس والدینی دو گروه ..... ۹۳
- جدول ۴-۸: آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری ..... ۹۴
- جدول ۴-۹: آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در زیر مقیاسهای استرس والدینی ..... ۹۵
- جدول ۴-۱۰: آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس نمرات زیر مقیاسهای خودپنداشت-خداپنداشت دو گروه ..... ۹۶
- جدول ۴-۱۱: آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری ..... ۹۶
- جدول ۴-۱۲: آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در زیر مقیاسهای خودپنداشت-خداپنداشت ..... ۹۷

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تبیین تفاوت استرس والدینی و خودپنداشت -خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری شامل مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی مراجعه‌کننده به اداره بهزیستی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۷ می‌باشند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که از بین مادران مراجعه‌کننده به اداره بهزیستی شهرستان شاهرود، ۵۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم، ۵۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و ۵۰ نفر از مادران دارای کودک عادی به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های استرس والدگری آبدین (۱۹۶۷) و خودپنداشت -خداپنداشت جان‌بزرگی (۱۳۹۵) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش آماری واریانس چندراهه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۴ تحلیل شدند. یافته‌های آماری نشان داد بین نمره کلی استرس والدینی و زیر مقیاس‌های آن (حواس‌پرتی، انطباق‌پذیری، پرتوقع بودن، پذیرش، قابلیت، انزوا، سلامت و محدودیت نقش) و همچنین بین زیر مقیاس‌های خودپنداشت -خداپنداشت (خداپنداره، خداپنداشت، خودپنداشت) در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت وجود دارد ( $P < 0/05$ ). در نتیجه می‌توان گفت وجود کودک با نیازهای ویژه در خانواده می‌تواند موجب افزایش سطح استرس والدگری و همچنین تغییر در ادراک از خود و همچنین درک از خدا شود.

**کلیدواژه:** استرس والدینی، اتیسم، خودپنداشت -خداپنداشت، کم‌توانی ذهنی

# فصل اول

## کلیات پژوهش

به دنیا آوردن فرزند، مهم‌ترین اتفاق در خانواده در نظر گرفته می‌شود. افراد پس از والد شدن، سبک زندگی، باورها، و حتی شخصیت‌شان را به خاطر دگرگونی شرایط یا به دلیل انگیزه درونی تغییر می‌دهند. این تغییرات، چه والدین از آن آگاه باشند و چه نباشند، استرس بسیار زیادی را برمی‌انگیزد (فولادوند، ۱۳۹۲). استرس<sup>۱</sup> یا فشار روانی، مجموع واکنش‌های جسمی، عاطفی و ذهنی است که موجود زنده در برابر محرک‌های خارجی یا داخلی که بر هم زنده ثبات و اوضاع فیزیولوژیک بدن هستند از خود نشان می‌دهد (قربانی، ۱۳۹۱). یکی از عوامل به وجود آورنده استرس والدینی<sup>۲</sup> تولد فرزند با نیازهای ویژه است. بر اساس برخی پژوهش‌ها استرس از جمله مسائلی است که گریبان گیر مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و کم‌توانی ذهنی می‌شود و شواهد قابل توجهی وجود دارد که سطح بالای استرس با تکلیف مراقبت از این کودکان همراه است (اوسبورن و رید<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). استرس واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی است که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می‌شود. همچنین استرس به‌عنوان یک پدیده روان‌شناختی از عوامل مهم در و استمرار بسیاری از مشکلات روانی است (سولاس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). استرس والدینی می‌تواند منجر به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین شود (دمسی، کین و پنل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده است یکی از عواملی که در سلامت روان نقش دارد درک از خود یا خودپنداشت<sup>۶</sup> است. زیرا این فکر، اندیشه ما در مورد خود ما است که می‌گوید دنیای اطراف خود و محیطمان را چگونه بنگریم و چگونه زندگی کنیم. بنابراین افرادی که خودپنداشت مثبت دارند به نحو بهتر و مؤثرتری با وقایع زندگی کنار می‌آیند، بهتر می‌توانند در برابر مشکلات بایستند و تصمیمات معقول و منطقی در برابر پیشامدهای

---

<sup>1</sup> Stress

<sup>2</sup> Parental stress

<sup>3</sup> Osborn & Reed

<sup>4</sup> Sulas

<sup>5</sup> Dempsey I, Keen D, Pennel

<sup>6</sup> Self-Concept

غیرقابل انتظار بگیرند. در نتیجه زندگی موفقیت آمیزتری را سپری خواهند کرد و دارای سلامت روانی مناسبی خواهند بود و این در مورد مادران کودکان با نیازهای ویژه بیشتر صدق می کند زیرا در زندگی شان وقایع غیرقابل پیش بینی و مشکلات بیشتری را تجربه می کنند (شو، لو و لیسم<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). متغیر دیگری که نقش اساسی و تأثیرگذار در سلامت روان والدین دارد درک از خدا است. والدین کودکان استثنایی، با ادراک مثبت از خدا، از مقابله های روان شناختی مؤثرتری برخوردارند و در برابر فشارهای روانی، مقاوم ترند. این افراد موقعیت ها را به صورت مثبت تری ارزیابی می کنند و باور دارند که خداوند، آنان را در سختی ها تنها نخواهد گذاشت (نیوتون و مکین تاش<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

#### ۱-۲- بیان مسئله

در عصر حاضر مشکلات ناشی از بیماری ها و معلولیت ها از جمله کم توانی ذهنی<sup>۹</sup> و اتیسم<sup>۱۰</sup> از حادترین مسائل جوامع بشری است (شقایق، ۱۳۹۰). این اختلالات تأثیر فوق العاده ای روی افراد، خانواده و جامعه دارد (جاشی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). والدینی که منتظر تولد یک فرزند سالم و طبیعی بودند، با تولد کودک و پی بردن به معلولیت کودک، به اشکال مختلف واکنش نشان می دهند. مثل احساس گناه، انکار، احساسات متضاد، ناکامی، اندوه، تنهایی، از دست دادن امید به زندگی، حمایت افراطی و فرافکنی. علاوه بر عکس العمل های عاطفی اولیه والدین نسبت به معلولیت فرزند، وجود کودک معلول می تواند اثرات طولانی مدتی شامل اثرات عاطفی، اجتماعی و اقتصادی بر خانواده داشته باشد (نامجویان شیرازی و کشاورز، ۱۳۹۲). والدین کودکان معلول در مقایسه با والدین دارای کودک عادی بیشتر احساس بی کفایتی در ایفای نقش والدگری دارند. این احساس بی کفایتی می تواند مشکل ساز باشد، زیرا والدینی که دچار این احساس می شوند تلاش کمتری

<sup>7</sup> Shu BC, Luh WM, Li SM

<sup>8</sup> Newton

<sup>9</sup> Mental retardation

<sup>10</sup> Otism

<sup>11</sup> Joshi

برای پذیرش مسئولیت‌های فرزندشان می‌کنند و این می‌تواند باعث افزایش مشکلات رفتاری کودکان شود. همچنین این احساس می‌تواند در کنار نگرش‌های اجتماعی نسبت به کودک معلول و خانواده آن، فشار روانی را بر والدین دوچندان نماید (گرانکوویست، کریکپاتریک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱). در دهه‌های اخیر حمایت از خانواده‌هایی که کودک دارای نیازهای ویژه دارند، اهمیت حیاتی پیدا کرده است، چراکه تحقیقات نشان داده که حمایت از این خانواده‌ها روی خانواده و کودک نتایج مثبتی داشته است (دمسی، کین، پنل، اریلی و نیلند<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸). خانواده‌های بسیاری به دلیل داشتن چنین فرزندانی بار عاطفی سنگینی را بر دوش می‌کشند. هزینه‌های سنگین پزشکی، آموزشی، تربیتی، تشدید اختلافات زناشویی، ترس از بچه‌دار شدن مجدد، احساس گناه و انزوای طلبی، مشکلات جسمی، عاطفی، استرس و اختلالات روانی از جمله مسائلی است که والدین با آن‌ها روبرو هستند (سومیت<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۵). وجود این کودکان در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است (تاجری، ۲۰۰۸). شواهد نشان می‌دهد که والدین کودکان با نیازهای ویژه، از سلامت جسمی و روانی ضعیف‌تری برخوردار هستند و فشار روانی یا استرس بیشتری را تجربه می‌کنند که این استرس با هنجارهای رفتاری و افسردگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، شغل و درآمد، سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی مرتبط است (گلیان، ۱۳۹۳). مادران کودکان کم‌توان ذهنی به‌عنوان مراقبین اولیه، به سهولت دچار استرس بیش‌ازحد ناشی از درخواست‌های کودک و نگهداری از وی می‌گردند (اسمیت<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲). بدیهی است استرس باعث تغییرات روان‌شناختی مانند افزایش تحریک‌پذیری، اضطراب، تنش، عصبانیت و ناتوانی در مهار خود و ایفای نقش مادری می‌شود (مک کانکی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸). استرس در والدین کودکان با نیازهای ویژه شامل چهار جزء عوامل استرس‌زا، حمایت، منابع و نتایج است. حمایت و منابع

<sup>12</sup> Granqvist, P & Kirkpatrick

<sup>13</sup> Dempsey I, Keen D, Pennell D, O'Reilly J, Neilands J

<sup>14</sup> Sumit DK

<sup>15</sup> Smith LE

<sup>16</sup> MCKancy

به‌عنوان تعدیل‌کننده رابطه بین عوامل استرس‌زا و نتایج والدین عمل می‌کنند. عوامل استرس‌زا به‌صورت ویژگی‌های عینی و ذهنی کودک (مانند سطح شناختی یا رشد و نمو، فراوانی و شدت رفتار ناسازگارانه) و دیگر عوامل استرس‌زای زندگی (مانند اشتغال، فشار مالی) تعریف شده است. «منابع» شامل منابع منحصربه‌فرد (به‌عنوان مثال راهبردهای مقابله‌ای) و منابع نظام خانواده (به‌عنوان مثال کارکرد خانواده، رضایت زناشویی) می‌شود. «حمایت» شامل حمایت واقعی یا غیررسمی اجتماعی (به‌عنوان مثال، خانواده، دوستان، سازمان‌های اجتماعی) و حمایت رسمی و غیررسمی خدمات (به‌عنوان مثال مداخلات تخصصی و حرفه‌ای) و عامل «نتایج» در این مدل به‌صورت مثبت (به‌عنوان مثال، رشد شخصی) یا منفی (مثلاً افسردگی) تعریف شده است (آلتر و کلاک<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۹). از سوی دیگر در بسیاری از مادران این کودکان، نوعی احساس خود ارزشمندی منفی یا خودپنداره<sup>۱۸</sup> ضعیف ایجاد می‌شود. منظور از خودپنداره، حرمت خود و قضاوت افراد درباره توانایی‌ها یا ارزش خود (خواه کلی و عمومی، خواه در حوزه‌های ویژه) است (البالوم<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱). خودپنداره بیشتر به تصور دیگران از خود مربوط است. این برداشت آن‌قدر درونی شده که به باورهای عمیق و یکپارچه فرد تبدیل شده است و متفاوت از «خودپنداشت<sup>۲۰</sup>» که به شناخت فرد از خودش آن‌گونه که خود تجربه کرده و می‌کند، مربوط است (انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵). این مفاهیم ممکن است بر هم منطبق نباشند، این مفهوم را راجرز با اصطلاح ناهمگونی توضیح داده است (فراگر و فادیمان، ۱۹۹۸؛ به نقل از جان بزرگی و نوری، ۱۳۹۴). از طرفی با برتری خودپنداره بر خودپنداشت، حرمت نفس فرد را پایین می‌آورند و فرد را از خود واقعی و سلامت روانی دور می‌کنند (فراگر و فادیمان، ۱۹۹۸؛ به نقل از جان بزرگی و نوری، ۱۳۹۴). خودپنداشت نقش بسیار مهمی در سلامت روان دارد، زیرا این فکر، اندیشه ما در مورد خود ما است که می‌گوید دنیای اطراف خود و محیطمان را چگونه بنگریم و

<sup>17</sup> Altieri & Kluge

<sup>18</sup> Self-Image

<sup>19</sup> Lbalum

<sup>20</sup> Self-Concept



چگونه زندگی کنیم. بنابراین افرادی که خودپنداشت مثبت دارند به نحو بهتر و مؤثرتری با وقایع زندگی کنار می‌آیند، بهتر می‌توانند در برابر مشکلات بایستند و تصمیمات معقول و منطقی در برابر پیشامدهای غیر قابل انتظار بگیرند. در نتیجه زندگی موفقیت‌آمیزتری را سپری خواهند کرد و دارای سلامت روانی مناسبی خواهند بود و این در مورد مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر صدق می‌کند، زیرا در زندگی‌شان وقایع غیرقابل‌پیش‌بینی و مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند، بنابراین داشتن خودپنداره مثبت باعث شادی و استحکام بیشتر خانواده‌شان خواهد شد (استوی، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درک از خود فردی، نقش عمده‌ای در بروز رفتار و کسب تجارب در افراد دارد. خودپنداره منفی با سازگاری اجتماعی و شخصیتی ضعیف مرتبط است (شو<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۷). خودآگاهی در روایات بسیاری مقدمه مهمی برای شناخت صحیح خداوند بیان‌شده است. از راه توجه به خود و خودشناسی است که افراد به عیوب نفسانی خود (روان‌بنه‌های منفی ناسازگار و...) آگاه می‌شوند و به دنبال درمان آن‌ها می‌روند (انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵). گرینوی<sup>۲۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش فرد از خودش و دوست داشتن خودش با احساس اینکه خداوند از انسان‌ها مراقبت می‌کند و نسبت به نیازهای آنان آگاه است، همبستگی دارد. افزون بر آن، تحقیق پژوهشگران فوق نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی منفی توأم با عدم شایستگی فرد و افسردگی، با تصور منفی از خداوند در ارتباط است. افرادی با اعتمادبه‌نفس پایین و آنان که شایستگی‌های خود را پایین می‌دیدند، خداوند را تنبیه‌کننده تصور می‌کردند (به نقل از نورعلیزاده میانجی و همکاران، ۱۳۹۱). بنسون و اسپیلکا<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۷) گزارش کردند بین تصور از خود (به‌ویژه حرمت خود) و تصور از خدا ارتباطی مثبت برقرار است. هرچه حرمت خود و تصور از خود مثبت‌تر باشد؛ خدا مثبت‌تر، حامی‌تر، مهربان‌تر و قدرتمندتر احساس می‌شود.

---

<sup>21</sup> Shue

<sup>22</sup> Granqvist

<sup>23</sup> Benson & Spelica

لاورنس<sup>۲۴</sup> (۱۹۹۷) بیان می‌کند که فردی با حرمت خود خیلی پایین، تصور خدایی که او را می‌پذیرد و دوستش دارد، برایش مشکل است؛ بنابراین، برای بررسی خدا پنداره باید حوزه‌های مهم ارتباط خدا پنداره با خودپنداره بررسی شود.

از این رو با توجه به ارتباط خودپنداره و خدا پنداره و همچنین خودپنداشت و خداپنداشت با یکدیگر و تأثیر خودپنداره منفی در مادران دارای کودک با نیازهای ویژه و همچنین استرس ناشی از داشتن چنین فرزندان برای والدین، به بررسی این موضوع می‌پردازیم که آیا استرس والدینی و خودپنداشت -خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت دارد؟

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت

همان‌گونه که والدین روی رشد کودک تأثیر دارند، رشد کودک و ویژگی‌های او نیز بر والدین مؤثر است. در گذشته مطالعات در زمینه‌ی کودکان با نیازهای ویژه، در خصوص رابطه والد- کودک بیشتر به اثراتی معطوف بود که والدین بر کودک داشتند، اما اخیراً تحقیقات روی مشکلاتی که کودکان بر والدین خود تحمیل می‌کنند، متمرکز شده‌اند (محتشمی و ابراهیمی، ۱۳۹۵). یافته‌های پژوهشی همچنین نشان می‌دهد که رفتار والدین به خصوص مادر از جنبه‌های مختلف تحت کودک معلول قرار می‌گیرد و داشتن کودک معلول علاوه بر به وجود آمدن نگرانی، استرس، مشکل در تقسیم نقش‌ها در خانواده و فرایندهای ارتباطی صریح و آگاهی از مسائل سایر اعضای خانواده، مشکلات روانی مادران را دامن می‌زند (صادقیان، محمدی و شمسایی، ۱۳۹۶). از سوی دیگر درصد بالای استرس و تنش که در میان والدین کودکان مبتلابه ناتوانی و معلولیت وجود دارد، باعث می‌شود که والدین با مطالبات و درخواست‌های بیشتری نسبت به دیگر والدین روبه‌رو باشند، که این افزایش مسئولیت‌ها در زمینه‌هایی همچون نیازهای مراقبتی این کودکان

<sup>24</sup> Lawrence, R. T

و فعالیت والدین برای سروسامان دادن و منظم کردن کارهای کودک در موقعیت‌هایی همچون مدرسه و خانواده خود را نشان دهد (کینگ<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۳). این افزایش مسئولیت سبب می‌شود تا مادران این کودکان احساس بی‌ارزشی، بی‌علاقگی یا حتی تنفر از خود کنند. آن‌ها ممکن است احساس ناراحتی یا ناامیدی و درجاتی از فقدان انرژی حتی برای انجام کارهای بسیار ساده را داشته باشند و در درک از خود (خودپنداره) احساس ضعف و ناتوانی داشته باشند (استوی، حسین‌خان زاده، محجوب، ۱۳۹۵). از سوی دیگر به علت تفاوت‌هایی که والدین کودکان استثنایی از نظر وجود استرس‌های مزمن در نگهداری از کودک استثنایی تحمل می‌کنند، احتمال دارد که تصور آنان از خدا، متفاوت با دیگر افراد باشد (غباری بناب، ۱۳۹۱). در فرهنگ ایران‌زمین، مادران کودکان با نیازهای ویژه در تبیین علت‌شناسی کم‌توانی فرزند خود و رنج ناشی از آن، نقش عمده‌ای را به خداوند نسبت می‌دهند (نعمتی و غباری بناب، ۱۳۹۴). در نتیجه، انتظار می‌رود که تأثیر کیفیت تصور فرد از خدا در والدین کودکان استثنایی، تأثیر متفاوتی با افراد عادی داشته باشد (غباری بناب، ۱۳۹۱). بنابراین با توجه به اهمیت و تأثیر رابطه سالم مادر و کودک در رشد روانی-اجتماعی کودک و نقش اساسی مادران در حفظ تعادل روانی-اجتماعی خانواده و با توجه به مشکلات عدیده‌ای که مادران کودکان کم‌توان ذهنی با آن‌ها مواجه هستند، لزوم برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات فراروی آن‌ها احساس می‌شود. از طرفی با جستجوهای فراوان پژوهشگران مشخص گردید مقایسه استرس والدینی و خودپنداشت -خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی در پژوهش‌ها پوشیده مانده است و پژوهش پیرامون این موضوع را ضروری ساخته است.

## ۱-۴- اهداف پژوهش

### ۱-۴-۱- هدف اصلی:

تعیین تفاوت استرس والدینی و خودپنداشت - خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی

### ۱-۴-۲- اهداف فرعی:

۱. تعیین تفاوت استرس والدینی در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی
۲. تعیین تفاوت خودپنداشت - خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی

## ۱-۵- فرضیه‌های پژوهش

### ۱-۵-۱- فرضیه اصلی:

استرس والدینی و خودپنداشت - خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت دارد.

### ۱-۵-۲- فرضیه‌های فرعی:

۱. استرس والدینی در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت دارد.
۲. خودپنداشت - خداپنداشت در مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت دارد.

## ۱-۶- متغیرها:

متغیر مستقل: مادران دارای کودک اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی