

## Narration of the Lived Experience Alexithymia of Mothers with Children with Multiple Disabilities

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Research Article

#### Authors

Zeinab Mahmoodi Asl<sup>1</sup>  
Yaser Rezapour Mirsaleh<sup>2\*</sup>  
Ali Nazari<sup>3</sup>

#### How to cite this article

Zeinab Mahmoodi Asl, Yaser Rezapour Mirsaleh, Ali Nazari, Narration of the Lived Experience Alexithymia of Mothers with Children with Multiple Disabilities, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2022;6(1):736-746.

1. PhD student, Consulting Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

2. Associate Professor, Counseling Department, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran (Corresponding Author).

3. Professor, Design Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

#### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

#### Article History

Received: 2021/12/24

Accepted: 2022/04/04

### ABSTRACT

Having a disabled child imposes a heavy psychosocial burden on the family, and the mother feels the burden more. The purpose of this research was to narrate the lived experience of Alexithymia of mothers with children with multiple disabilities. The present study studied the stories of mothers of children with multiple disabilities with a qualitative approach and using the method of narrative analysis, and a semi-structured interview technique was used to collect data. The participants were mothers of multi-disabled children of Shiraz's special flower school who were purposefully selected and had at least one multi-disabled child and were willing to talk about their experiences, the sampling process and interviews until saturation (15 mothers) continued. The main themes of the experiences were discovered through the Colaizzi method. Findings from the experiences of mothers in living with children with multiple disabilities in 9 main themes (child behavior problems, stigma and social isolation, negative feelings and thoughts, blaming, worry about the future, disruption in interpersonal relationships, support from family and others, how Dealing with the child's disability, the mother's lack of ability to manage herself and the child) and 28 sub-themes that were coded as subgroups of the main themes were summarized.

**Keywords:** Alexithymia, Child With Multiple Disabilities, Narrative Analysis

## مقدمه

اگرچه رویدادهای منفی زندگی الزاما پیامدهای روانشناختی مضرى در بر ندارند، با این حال استرس‌ورهای مزمن احتمال پريشانی روانشناختی را افزایش می دهند. یکی از عوامل ایجاد استرس در خانواده، تولد فرزند معلول است. برای والدین کودکان دارای ناتوانی، فرزندپروری، استرس‌وری مزمن محسوب می گردد (۱) و والدین کودک دارای معلولیت اغلب با انواع مختلفی از مشکلات روانی-اجتماعی و عملی روبرو می شوند که برخی اوقات موجب سطح بالایی از پريشانی والدینی می گردد. این ها شامل مشکلات هیجانی مانند ترس، افسردگی و نگرانی، رضایت پایین زناشویی، مشکلات کاری و مالی، مشکلات مربوط به تکالیف آموزشی، همین طور سطوح پایین کیفیت زندگی خانواده می شوند (۲). چند معلولیتی نوعی اختلال است که در آن عملکرد شناختی زیر میانگین و دارای تفاوت قابل توجه با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و قبل از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده می شود (۳). میزان شیوع این ناتوانی ۱ تا ۲ درصد جمعیت کل کشورهاست، طبق آمار سازمان بهداشتی در ایران از جمعیت ۲ میلیون و ۸ هزار معلول، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را معلولان ذهنی تشکیل می دهند. همچنین مطالعات آماری در آمریکا بیانگر حضور ۳٪ درصد جمعیت کل کشور به افراد با ضریب هوشی دو یا بیشتر از دو انحراف معیار زیر میانگین می باشد (۴).

گسترده وسیعی از پیشینه پژوهشی حاکی از این واقعیت است که والدین دارای کودکان چند معلولیتی، نسبت به والدین دارای کودکان عادی و سایر کودکان با نیازهای خاص، اضطراب، افسردگی، نگرانی و بار روانی بیشتری را به دوش می کشند (۵، ۶، ۷). همچنین مطالعات برامه<sup>۱</sup> (۸) نشان داد که والدین کودکان چند معلولیتی استرس بیشتری را نسبت به مادران دارای کودک با رشد طبیعی تجربه می کنند و از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی با مادران عادی متفاوت هستند و افسردگی بالاتری نیز دارند. این مسائل ممکن است برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضداجتماعی، خود آسیب رسانی، حرکات کلیشه‌ای، اختلال‌های شناختی، مشکلات رفتاری، مشکلات تغذیه‌ای، کارکرد انطباقی پایین، نقایص زبانی و نیز مشکلات مربوط به حضور در امکان عمومی با شرایط خاص کودک و هزینه های زیاد خدمات درمانی و آموزشی باشد (۹). اگر چه با حضور کودک چند معلولیتی، همه اعضای خانواده و کارکرد آنها آسیب می بینند (۱۰) اما مادران به دلیل داشتن نقش مراقب، مسئولیت های بیشتری را در قبال فرزند با معلولیت خود احساس می کنند و به عهده می گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند (۱۱).

از مهمترین مشکلاتی که انتظار می رود در مادران دارای کودک چند معلولیتی در سطح پایینی قرار داشته باشد مقوله «ناگویی

زینب محمودی اصل<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

یاسر رضاپور میرصالح<sup>۲\*</sup>

دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران (نویسنده مسئول).

علی نظری<sup>۳</sup>

استاد، گروه طراحی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

## چکیده

داشتن فرزند معلول، بار روانی اجتماعی سنگینی بر خانواده وارد می کند و مادر سنگینی این بار را بیشتر احساس می کند. هدف از این پژوهش روایت تجربه زیسته ناگویی هیجانی مادران دارای فرزند چند معلولیتی بود. مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به روش تحلیل روایت به مطالعه داستان مادران کودکان چند معلولیتی پرداخته و از تکنیک مصاحبه نیمه ساخت یافته برای جمع آوری داده ها استفاده گردیده است. مشارکت کنندگان مادران کودکان چند معلولیتی مدرسه استثنایی گل های شیراز بودند که به صورت هدفمند انتخاب شده و دارای حداقل یک کودک چند معلولیتی بودند و تمایل به صحبت در مورد تجارب خود را داشته اند، فرایند نمونه گیری و مصاحبه ها تا زمان اشباع (۱۵ مادر) ادامه یافت. مضامین اصلی تجربه ها از طریق روش کلایزی کشف شد. یافته های حاصل از تجربیات مادران در زندگی با کودکان چند معلولیتی در ۹ مضمون اصلی (مشکلات رفتاری کودک، انگ و انزوای اجتماعی، احساسات و افکار منفی، سرزنش گری، نگرانی از آینده، اختلال در روابط بین فردی، حمایت خانواده و دیگران، نحوه برخورد با ناتوانی کودک، عدم توانمندی های مادر در مدیریت خود و کودک) و ۲۸ مضمون فرعی که به صورت زیر گروه های مضامین اصلی کدبندی شده اند، خلاصه گردید.

واژگان کلیدی: ناگویی هیجانی، فرزند چند معلولیتی، تحلیل روایت.

<sup>۱</sup> - Bramhe

عادی پایین تر است. همچنین نریمانی و همکاران (۲۲) نشان دادند که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روان پایین تری برخوردار هستند و از میان سه گروه مادران کودکان کم توان ذهنی، نایینا و ناشنوا، مادران کودکان کم توان ذهنی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند. با توجه به بررسی های پژوهشگران، علی رغم حجم بالای تحقیقات و تلاش های پژوهشی گسترده در داخل و خارج از کشور به نظر می رسد که اکثر این تحقیقات از نظر روش اجرای پژوهش به صورت کمی می باشد که علی رغم سودمندی روش تحقیق کمی در بسیاری از زمینه ها، به طور قطعی با استفاده از روش های کمی نمی توان به بررسی عمیق ابعاد پدیده از زاویه تجربیات دست اول خود افراد پرداخت (۲۳). از آنجایی که پدیدار شناسی مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است و به جهان آن چنان که به وسیله یک فرد زیسته می شود، نه جهان یا واقعیتی که جدای از انسان باشد توجه دارد (۲۴) و همچنین تحقیقات در زمینه تجربیات مادران کودکان چند معلولیتی با روش کیفی پدیدارشناسی بسیار محدود بود. پژوهشگران در جهت فهم و تبیین تجارب واقعی مادران کودکان چند معلولیتی به کاوش و فهم این تجارب در فرهنگ و بوم ایرانی پرداختند. در نتیجه این بخش از پژوهش می تواند در زمینه های درک و برنامه ریزی متخصصان درباره این گروه از افراد جامعه را فراهم کند و باعث شناخت عمیق و واقعی از تجربیات مادران کودکان چند معلولیتی شود تا بر اساس این تجربیات کشف شده برنامه آموزشی ناگویی هیجانی بر تجارب زیسته مادران کودکان چند معلولیتی طراحی شود. در این پژوهش دغدغه اصلی پژوهشگر ناگویی هیجانی مبتنی بر تجارب زیسته مادران کودکان دارای فرزند چند معلولیتی بود چرا که این مادران با توجه به مسئله حضور کودک چند معلولیتی در خانواده دچار مسائل و مشکلات ویژه ای می شوند و نیازهای خاصی را برای آموزش می طلبند. از سویی نبود تحقیقات کیفی گسترده و عدم آگاهی از مشکلات واقعی این مادران دغدغه های پژوهشگران را دو چندان کرده بود، لذا در ابتدا با استفاده از روش تحقیق کیفی به تبیین تجارب و دغدغه های مادران پرداخته شد. بر همین اساس مسأله پژوهش حاضر عبارت است از اینکه آیا عوامل موثر بر ناگویی هیجانی مادران دارای کودکان چند معلولیتی تاثیر دارد؟

### مواد و روش ها

در این پژوهش داستان های افراد ابتدا گردآوری و سپس پیاده سازی و پس از آن چند بار متون میدانی گردآوری شده بازخوانی شد و کدها و مضامین را در داستان ها مشخص و در ادامه داستان ها «بازگویی» شد. مقوله بندی و کدگذاری داده ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و هسته ای تا رسیدن به اشباع ادامه پیدا کرد. (معیار ورود: الف: داشتن حداقل یک کودک چند معلولیتی مقطع ابتدایی که توسط متخصصان سنجش و اندازه گیری اداره آموزش و پرورش استثنایی استان فارس تشخیص کم توان ذهنی و

هیجانی<sup>۱</sup> است. آگاهی اشخاص از احساس هایشان و توانایی بیان این احساس ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تاثیر گذار است (۱۲). آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان ناگویی هیجانی شناخته شده است. اولین بار سیفینوس در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی هیجانی را مطرح ساخت (۱۳). دشواری هایی در شناسایی احساس ها، در توصیف احساس ها، سبک تفکر برون مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمايز از تجربه های هیجانی از جمله ویژگی های ناگویی هیجانی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان ها به عنوان دسته ای از طرحواره های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می شوند که شامل فرایندها و تجسم های نمادین و غیر نمادین هستند (۱۴). از جمله مسائلی که مادران دارای کودکان چند معلولیتی با آن روبرو هستند، اشکالات جدی در مدیریت هیجانات است که علت این مشکلات ممکن است در بعضی از افراد، ناتوانی مزمن ناهشیاری هیجانی باشد. به طور کلی شواهد نشان می دهد که بسیاری از زوجینی که روابط آشفته ای دارند هیجانات خود را به خوبی درک نمی کنند و از تنظیم و تعدیل آن عاجزند (۱۵). بر حسب مدل آسیب پذیری-استرس، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب های زیستی و روانشناختی) باعث ایجاد اختلال های هیجانی می شوند. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال های پزشکی و روان پزشکی است (۱۶) و همچنین باعث افزایش افسردگی در این مادران می گردد (۱۷). اوید<sup>۲</sup> و همکاران (۱۸) طی پژوهشی در زمینه عوامل کارکردی، ساختاری و هیجانی مرتبط با کیفیت زندگی زناشویی، به این نتیجه دست یافتند که رابطه معناداری بین خودآگاهی هیجانی در افراد با میزان ناگویی هیجانی در آنان وجود دارد. نتایج پژوهش لئوناردی<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹) نشان داد مادران دارای ناگویی هیجانی به دلیل فاصله گیری و کناره گیری از افراد دارای روابط سرد با اطرافیان خود هستند و در بیان احساسات خود با اطرافیان بسیار ناتوان هستند. که این فاصله گیری از اجتماعات و در نتیجه احساس تنهایی منجر به پدید آمدن افسردگی در آنها می گردد.

در ایران نیز تحقیقات وسیعی در زمینه کودکان با معلولیت های متفاوت انجام شده است از جمله: محمدخان کرمانشاهی و همکاران (۲۰) تجربیات مادران از داشتن کودکان ناتوان هوشی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این مادران به دلیل تقبل مسئولیت بیش از اندازه در طول زندگی از جان مایه می گذارند که نتیجه آن تحمل استرس زیاد، احساس غم، ناگویی هیجانی، ناامیدی، اندوه و درک ابهام آمیز از آینده از خود و کودک است. موسوی خطاط (۲۱) نیز در پژوهشی در مورد ویژگی های شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان بیش از یک فرزند ناتوان نشان داد که سلامت مادران دارای کودکان ناتوان در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عامل اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان

3 - Leonardi

1 - Alexithymia

2- Obeid

برای پاسخگویی به این سوال پس از انجام مصاحبه ها کلیه مباحث مصاحبه بر روی کاغذ پیاده شد و نوشته ها به صورت جملاتی با معنی در زمینه تجربیات مادران دارای فرزند چند معلولیتی در مورد ناگویی هیجانی در آمد. نتایج این تحقیق از بین ۱۸۰ جمله مضمونی از اظهارات مادران دارای فرزند چند معلولیتی راجع به تجربیاتشان سازمان دهی شده و نهایتاً به ۹ مضمون اصلی و ۲۸ مضمون فرعی که به صورت زیر گروه های مضامین اصلی هستند، طبقه بندی شد. مضامین اصلی و زیر مضامین فرعی در این پژوهش شامل مشکلات رفتاری کودک (ناسازگاری با والدین، ناسازگاری با همشیرها، ناسازگاری با همکلاسی ها در مدرسه)، انگ و انزوای اجتماعی (انزوا به علت افکار منفی، انزوا به علت رفتارها و واکنش های جامعه)، احساسات و افکار منفی (احساسات منفی، افکار منفی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات)، سرزنش گری (خودسرزنشگری، سرزنش های همسر، سرزنش های جامعه، سرزنش های افراد درجه یک خانواده)، نگرانی از آینده (نگرانی از سرنوشت کودک پس از مرگ مادر، نگرانی از بلوغ و دوران بزرگسالی کودک، نگرانی از ورود کودک به اجتماع، نگرانی از آموزش های مربوط به این کودکان، عدم برنامه ریزی بلند مدت برای آینده کودک، نگرانی از وابستگی کودک معلول و عدم حمایت خواهران و برادران از او در آینده)، اختلال در روابط بین فردی (تعاملات مختل با همسر، تعاملات مختل با کودک)، حمایت خانواده و دیگران (حمایت های درک شده، حمایت های دریافت شده کلامی و غیرکلامی)، نحوه برخورد با ناتوانی کودک (مخفی کردن کودک و پذیرش بر اساس اعتقاد مذهبی، انکار و عدم پذیرش معلولیت کودک)، عدم توانمندی های مادر در مدیریت خود و کودک (عدم توانمندی در برقراری ارتباط اثربخش با کودک و دیگران، نداشتن آگاهی های لازم از مراقبت جسمی و روحی، عدم آگاهی از چگونگی تفیض مسئولیت به اعضا دیگر خانواده) بودند.

در جدول ذیل کلیه مضامین اصلی همراه با زیرگروه های فرعی و همچنین شاهد مثال هایی از جملات مادران دارای فرزند چند معلولیتی آمده است.

جسمی حرکتی داده شده بود. ب: بر خورداری مادر از فن بیان مناسب برای پاسخ گویی به سوالات و تمایل به درمیان گذاشتن تجربیات با محققان بود از بین هفت مادران کودک پسر و هشت نفر دختر داشتند. ج: دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال انتخاب شد. د: در مقیاس ناگویی هیجانی نمره بالاتر از میانگین بگیرند. در مرحله اول تمامی مادران دارای فرزند چند معلولیتی که مشغول به تحصیل در مدرسه استثنائی های گل های شیراز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تعیین شد که پس از غربالگری اولیه بر اساس ملاک های ورود جهت بررسی تحلیل روایت های زندگیشان بر اساس نمونه گیری هدفمند جامعه آماری از بین این مادران تعیین شد. نمونه گیری هدفمند با روش نمونه گیری موارد انحرافی یا افراطی از میان مادران دارای فرزند چند معلولیتی بر اساس ۱/۵ انحراف معیار آماری در پرسشنامه ناگویی هیجانی هستند انجام شد. در بررسی انجام شده ۲۰ مادر دارای فرزند چند معلولیتی که انحراف معیار بیشتر از ۱/۵ در پرسشنامه ناگویی هیجانی داشتند که جهت انجام مرحله اول مصاحبه انتخاب شدند. مصاحبه ها یک به یک انجام می شد و با توجه به پیاده سازی همزمان داده ها، کفایت داده ها در پانزدهمین نمونه و عدم کدگذاری جدید در مادر شانزدهم قطعی گردید و نمونه با ۱۵ مادر وارد مرحله بعدی تحقیق شد. پروتکل مصاحبه تدوین و با استفاده از روایت های مادران و بر پایه مصاحبه نیمه ساختار یافته مک آدامز تجربیات زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی گردآوری و آرشیوی از آنها در فرمت متنی و صوتی تهیه گردید. بخش کیفی جامعه شامل کتب و مقالات مرتبط با ناگویی هیجانی، در بازه زمانی سال های ۲۰۲۱-۲۰۱۵ بود که از پایگاه های اطلاع رسانی Google, Elsevier, Civilica, Sid, Noormags و Scholar و کتب تخصصی فارسی به صورت هدفمند انتخاب شدند. داده ها با روش تحلیل مضمون و مولفه های ناگویی هیجانی برای تغییر استخراج شدند.

#### یافته ها

واکاوی تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی به چه صورت می باشد؟

جدول ۱. لیست کلیه مفاهیم استخراج شده از تکنیک مصاحبه نیمه ساختاریافته با مادران دارای فرزند چند معلولیتی

منبع	کد گذاری باز (شاخص)	مفهوم (فقطی)	مفهوم
	واحد های مینایی		
	وقتی ناراحت میشه خیلی خودش رو میزنه (مادر کد ۸) همش تو سر خودش میزنه (مادر کد ۴) همیشه دعوا راه میندازه (مادر کد ۲) خیلی بچه لجاجتیه (مادر کد ۳)	ناسازگاری با والدین	ناگویی هیجانی
	توی صورت خواهرش چنگ میندازه همش (مادر کد ۱۴) هر روز با برادرش درگیره به خاطر اسباب بازی (مادر کد ۷) حاضر نیست همراه خواهرش بره بیرون (مادر کد ۹)	ناسازگاری با همشیرها	مشکلات رفتاری کودک

<p>تو مدرسه ای که ثبت نامش کردم بچه خیلی با همکلاسیاش دعوا می کنه (مادر کد ۶) کلام بچه ام ناسازگاره با کسی راه نمیداد حتی تو مدرسه ای که ثبت نامش کردم (مادر کد ۱۳)</p>	<p>ناسازگاری با همکلاسی ها در مدرسه</p>
<p>ذهنم اکثرا درگیره که دیگران راجبم چی میگن (مادر کد ۲) اگر بگم مشکل ذهنی داره پیش خودشون فکر می کنن بچه ام دیونس (مادر کد ۱۲) فکر می کنم مردم بهم می خندن با این بچه ای که دارم خیلی زیاد باهاش بیرون نمی رم که اذیت نشه (مادر کد ۳) وقتی میرم بیرون و با بچه های دیگه مقایسه می کنم خیلی عذاب می کشم کلا نرم بیرون راحت ترم (مادر کد ۹)</p>	<p>انزوا به علت افکار منفی</p>
<p>سعی می کنم کمتر خونه آشنایانم برم (مادر کد ۴) نزدیکانم بهم ترحم می کنن و من اینو دوست ندارم (مادر کد ۱۰) اکثرا بچه ام رو مسخره اش می کنن و من اجازه نمیدم بدون من جایی بره (مادر کد ۲) به فامیلام چیزی نگفتم و پنهانش می کنم (مادر کد ۱) ازم زیاد می پرسن که این بچه چش هست دکتر بردی نبردی چی بهت گفتن چرا این طور شده (مادر کد ۱۴) رفت و آمد با دیگران تو روحیه مون تاثیر میذاره نگاه های مردم خیلی برام عذاب آورده (مادر کد ۶)</p>	<p>انزوا به علت رفتارها و واکنش های جامعه</p>
<p>احساس بوجی و این که پسرم هیچی نمیشه (مادر کد ۱) احساس یاس و ناامیدی دارم (مادر کد ۴) احساس ناامیدی و افسردگی سراغ من آمد (مادر کد ۱۵) احساس گناه و مقصر بودن که هیچ وقت رهام نمی کنه و همیشه باهام هست (مادر کد ۹) احساس حقارت، کم داشتن و کم بودن دارم (مادر کد ۹) همه شبها با اشک و گریه به خواب میرم (مادر کد ۱۱) یه فشار و سنگینی که اصلا نمی تونم باهاش کنار بیام (مادر کد ۷) غم بزرگی روی دلم حس می کنم (مادر کد ۱۲)</p>	<p>احساسات منفی</p>
<p>خدا هم بهم دیگه کمک نمی کنه (مادر کد ۱۳) می دونم هیچ نمی تونه بهم کمک کنه و باید بسوزم و بسازم (مادر کد ۱۱) خیلی به مرگ فکر می کنم (مادر کد ۱۵) همیشه به فکرهای منفی که سرم میاد فکر می کنم (مادر کد ۴)</p>	<p>افکار منفی</p>
<p>غالباً در مورد این که چه احساسی دارم، گیج می شوم (مادر کد ۳) غالباً حس های بدنی ای دارم که حتی دکترها هم متوجه آن نمی شوند (مادر کد ۱۱) وقتی بیش از حد ناراحت می شوم، نمی دونم غمگینم، عصبانی هستم یا ترسیدم (مادر کد ۸) یه سری احساساتی دارم که اصلا نمی دونم چی هستن (مادر کد ۱۱) اغلب نمی دونم چرا اینقدر عصبانی هستم (مادر کد ۲)</p>	<p>دشواری در شناسایی احساسات</p>
<p>گاهها برام خیلی سخته بخوام بگم چه احساسی دارم (مادر کد ۶) می تونم به راحتی در مورد احساساتم به دیگران توصیف کنم که در چه حالی هستم (مادر کد ۱۴) برام سخته بدونم چه احساساتی دارم (مادر کد ۴) برام خیلی سخته راجب احساساتم با دوستانم و نزدیکانم صحبت کنم (مادر کد ۶)</p>	<p>دشواری در توصیف احساسات</p>

انگ و انزوای اجتماعی

احساسات و افکار منفی

<p>می دونم همه چیز تقصیر خودم هست من باید آزمایش می دادم (مادر کد ۲) به هر حال من به خاطر گناهی که کردم این بلا سرم اومد (مادر کد ۶) بعضی وقتا از خودم متنفر می شم (مادر کد ۹) من اگه آدم خوبی بودم این بلا سرم نمی آمد (مادر کد ۸) من دارم تاوان گناهانم رو میدم (مادر کد ۱۰)</p>	<p>خودسرزنش گری</p>
<p>همسرم همه چیز رو از چشم من می بیند (مادر کد ۴) همسرم میگه اگه تو لید بودی بچه تربیت کنسی این طور نمی شد (مادر کد ۱۱) همسرم هر روز بچه های خواهران و برادرانش رو تو سرم می زنه (مادر کد ۶) همسرم میگه من بدبخت تو شدم (مادر کد ۷) همسرم بهم میگه تقصیر تو هست به بچه نرسیدی (مادر کد ۹)</p>	<p>سرزنش های همسر</p>
<p>یه روز به نفر تو ماشین بهم گفت یه گناهی کردی جزاش رو داری می بینی (مادر کد ۱۲) یه بار یکی بهم گفت چون بی حاجبی خدا خواست این طوری بشی (مادر کد ۱۴) رفتم کلاس ثبت نام کنم اونجا بهم گفتن که ما بچه معلول ثبت نام نمی کنیم (مادر کد ۱۱) دکتر بهم گفت چرا ازدواج فامیلی کردی حالا تا آخر عمر باید بچه ها این طوری بشن (مادر کد ۹)</p>	<p>سرزنش های جامعه</p>
<p>جاریم گفت که حتما آدم خوبی نبودی که همچین بلایی سرت اومد (مادر کد ۱۵) مادرشوهرم به خاطر داشتن همچین بچه ای دائما به من سرکوفت میزنه (مادر کد ۱۳) برادرم یه بار تو دعوا بهم گفت که اگر آدم بودم همچین بچه ای به دنیا نمیوردم (مادر کد ۱۲)</p>	<p>سرزنش های افراد درجه یک خانواده</p>
<p>مگه من چند سال زنده ام که به بچه رسیدگی کنم (مادر کد ۱) ذهنم همش درگیر آینده این بچه ای که بعد از من کی ازش حمایت می کنه (مادر کد ۶) دوست ندارم بعد مرگم بگه هیچ کاری برای بچه اش نکرد (مادر کد ۷) بعد مرگم بچه زیر دست و پا میوفته (مادر کد ۱۰)</p>	<p>نگرانی از سرنوشت کودک پس از مرگ مادر</p>
<p>می ترسم بزرگ بشه و عصبی و پرخاشگر بشه (مادر کد ۴) آینده این بچه کلا نامعلومه (مادر کد ۸) وقتی به بزرگسالی فکر می کنم بهم می ریزم (مادر کد ۱۱) همش نگران بزرگ شدنش و آینده اش هستم این که نمی تونه زندگی بچرخونه (مادر کد ۱)</p>	<p>نگرانی از بلوغ و دوران بزرگسالی کودک</p>
<p>نمی تونه تو جامعه از خودش دفاع کنه (مادر کد ۶) می ترسم ازش سوءاستفاده کنن (مادر کد ۹) بزرگ که میشه حداقل بتونه خودش از خودش محافظت کنه (مادر کد ۵) نگرانم سربار جامعه بشه (مادر کد ۱۱)</p>	<p>نگرانی از ورود کودک به اجتماع</p>
<p>زیاد وقت ندارم که این بچه رو کلاسای مختلف ببرم تا بتونه بهتر یاد بگیره (مادر کد ۱) کلاسایی که این بچه رو می برم و مادرای بچه های مثل خودش رو می بینم یه کم بهم آرامش میده و از ناراحتیم کم می کنه (مادر کد ۲)</p>	<p>نگرانی از آموزش های مربوط به این کودکان</p>
<p>برنامه ای برای آینده کودک ندارم (مادر کد ۱) برنامه ای ندارم ولی همش به این فکر هستم که آینده این بچه چی میشه (مادر کد ۲) برنامه ای ندارم ولی نسبت به آینده آنها نگران و غمگینم (مادر کد ۳)</p>	<p>عدم برنامه ریزی بلندمدت برای آینده کودک</p>
<p>می ترسم که این بچه همش به دیگران وابسته بمونه و نتونه کاراش رو خودش انجام بده (مادر کد ۱۳) نگرانم که خواهرش در آینده از این بچه حمایتی نتونه بکنه (مادر کد ۱۱) همش نگران وابسته بودن این بچه هستم که چه طور میشه (مادر کد ۸)</p>	<p>نگرانی وابستگی کودک معلول و عدم حمایت خواهران و برادران از او در آینده</p>

سرزنشگری

نگرانی از آینده

اختلال در روابط بین فردی	تعاملات مختل با همسر	<p>باباش دوستش نداره و اصلا بچه رو تحویل نمی گیره (مادر کد ۵)</p> <p>همسرم هراهم نمی کنه اصلا (مادر کد ۱۲)</p> <p>شوهرم نمیزاره ببرمش دکتر (مادر کد ۶)</p> <p>پدرش اصلا مسئولیتی رو قبول نمی کنه مادر کد ۳)</p> <p>من دوست دارم ببرمش مدرسه استثنایی ولی باباش میگه نبرش (مادر کد ۴)</p>
	تعاملات مختل با کودک	<p>هر روز باید تهدیدش کنم حرف گوش بده (مادر کد ۱۲)</p> <p>زود عصبانی میشم (مادر کد ۸)</p> <p>خیلی سرش داد میزنم بلکه آدم بشه (مادر کد ۱۱)</p> <p>واقعا نمی دونم چی کارش کنم کاراش رو خودش انجام بده (مادر کد ۴)</p> <p>همش دارم کوتاه میام (مادر کد ۱۲)</p> <p>خسته ام می کنه، خیلی اذیت میشم (مادر کد ۱۵)</p>
حمایت خانواده و دیگران	حمایت های درک شده	<p>همسر من حمایت کننده اس و همدلی قوی می کند (مادر کد ۱)</p> <p>شوهرم م رد حمایت گر و مسئولیت پذیری (مادر کد ۳)</p> <p>در رابطه من و شوهرم تغییر ایجاد نشد و شوهرم حمایت کننده اس (مادر کد ۴)</p> <p>شوهرم حمایت کننده است و هر کاری از دستش بر بیاید برای دخترمان انجام می دهد (مادر کد ۱۴)</p>
	حمایت های دریافت شده کلامی و غیر کلامی	<p>همسرم حمایت کلامی و عملی می کند (مادر کد ۶)</p> <p>افراد فامیل خیلی حمایت کلامی یا غیر کلامی انجام نمی دهند (مادر کد ۶)</p>
نحوه برخورد با ناتوانی کودک	مخفی کردن کودک و پذیرش بر اساس اعتقاد مذهبی	<p>خدا نعمت های زیادی به ما داده به نداده ها فکر نکنیم... افکار و کارهای مذهبی و معنوی هم کمک می کند (مادر کد ۱)</p> <p>به خدا اعتراض می کنم که حق من این بچه نبود (مادر کد ۱)</p> <p>خیلی با خدا درگیر بودم و می گفتم که آدم های اطرافم خیلی ها بد هستند و کارهای بد کرده اند اما زندگی های خوبی دارند، من چکار کردم که این اتفاق برای من افتاد؟ (مادر کد ۲)</p> <p>چرا خدا بعد از سالها به ما بچه داده است ولی بچه های ما سالم نیستند (مادر کد ۳)</p> <p>نماز می خوانم و توکل به خدا؛ توکل کردن خوب است (مادر کد ۴)</p>
	انکار و عدم پذیرش معلولیت کودک	<p>پذیرش شرایط بسیار مهمه (مادر کد ۳)</p> <p>اگر پذیرش شرایط خودمان و فرزندانمان بوجود بیاید و جامعه هم ما را بپذیرد به سمت ناگویی هیجانی نمی رویم (مادر کد ۶)</p> <p>پذیرش این شرایط باعث میشه خیلی این حرفایی که میزنن مهم نباشه (مادر کد ۱۵)</p>
عدم توانمندی مادر در مدیریت خود و کودک	عدم توانمندی در برقراری ارتباط اثربخشی با کودک و دیگران	<p>مشاور تونست کمک کنه بهتر بتونم با کودکم ارتباط بگیرم (مادر کد ۱۱)</p> <p>با همسرم پیش یه روانشناس رفتیم چند تا کتاب معرفی کرد که خیلی کمک کننده بود (مادر کد ۶)</p> <p>روانشناس باید درک بالایی داشته باشه تا بتونه در این رابطه به ماها کمک کنه (مادر کد ۶)</p>
	نداشتن آگاهی های لازم از مراقبت جسمی و روحی کودک	<p>یه روانشناس خوب و با تجربه می تونه تو این زمینه کمک کننده باشه (مادر کد ۱۵)</p> <p>مشاور خوب پیدا کنم بچه رو ببرم پیشش راهنماییم کنه (مادر کد ۳)</p> <p>رفتن پیش روانشناس خیلی کمک کننده اس (مادر کد ۱)</p> <p>صحبت با مشاور می تونه خیلی آروم کنه (مادر کد ۲)</p>
	عدم آگاهی از چگونگی تفیض مسئولیت به اعضا دیگر خانواده	<p>من در خانه مشکلی با مسئولیت پدرش ندارم و او بسیار مسئولیت پذیر است و کارهای مربوط به بچه را انجام می دهد (مادر کد ۳)</p> <p>خودم به تنهایی مسئولیت بچه رو پذیرفتم (مادر کد ۵)</p> <p>مسئولیت پذیر هستم و کم رویی و خجالتی بودنم باعث شده که نتوانم دیگران را مجاب به پذیرش مسئولیت کنم (مادر کد ۸)</p>

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید کلیه مضامین اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌های عمیق با مادران کودکان چند معلولیتی در زمینه ناگویی هیجانی با شاهد مثال‌ها بیان شده است.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف روایت تجربه زیسته ناگویی هیجانی مادران دارای فرزند چند معلولیتی انجام شد. تولد کودک با معلولیت‌های چندگانه در خانواده چالش‌ها و مسئولیت‌های خاصی را ایجاد می‌کند و خانواده را با موضوعی غیرقابل پیش‌بینی و جدید روبرو می‌کند. در این بین مادران با توجه به این که بیشترین مسئولیت را در رشد و تربیت فرزند دارند، بیشترین مسئولیت و نقش را بر عهده می‌گیرند و برای رویارویی با چالش‌ها و مشکلات ناشی از حضور فرزند با معلولیت نیاز به آموزش‌های گسترده و تخصصی دارند. لذا در مرحله اول این پژوهش با استفاده از مصاحبه‌های عمیق به کاوش این تجربه‌ها پرداخته شد. پس از انجام مصاحبه‌ها و کدبندی مضامین، پژوهشگران به ۹ مضمون اصلی و ۲۸ مضمون فرعی رسیدند که توصیف‌کننده ناگویی هیجانی و تجارب زیسته مادران در زندگی با کودکان چند معلولیتی بودند که در ذیل هر کدام از این مضامین مورد بحث قرار خواهند گرفت:

یکی از مضامینی که استخراج شد تجربه رنج ناشی از مشکلات رفتاری کودکان چند معلولیتی بود به نحوی که برخی از مادران دچار درماندگی و به هم ریختگی شدید ناشی از این مشکلات رفتاری شده بودند و نمی‌دانستند چگونه با این مشکلات کنار بیایند. منشا این مشکلات رفتاری ناشی از ناسازگاری کودک با والدین و همشیره‌ها بود. تحقیقات بسیار زیادی به تأثیرات مشکلات رفتاری کودکان چند معلولیتی بر مادران اشاره داشته‌اند. از جمله کرنیک و همکاران (۲۰۰۴) بیان می‌کنند که کودکان چند معلولیتی در مقایسه با کودکان عادی در معرض خطر بروز مشکلات رفتاری بیشتری قرار دارند.

یکی از مضامینی که از دل مصاحبه‌های عمیق با مادران کودکان چند معلولیتی استخراج گردید نگرانی از آینده بود. نگرانی از این که در آینده پس از فوت مادر چه کسی مسئولیت کودک را بر عهده می‌گیرد دارای بیشترین فراوانی بود. تصور بسیاری از مادرها نسبت به کودکشان بعد از مرگ یک فاجعه بود. آن‌ها نگران بلوغ، اشتغال و ازدواج فرزندشان در آینده نیز بودند و احساس یاس و ناامیدی نسبت به آینده کودک به آن‌ها دست می‌داد. این یافته‌ها با پژوهش محمدخان کرمانشاهی و همکاران (۱۳۸۵) همسو است که در بررسی تجربیات مادران کودک ناتوان هوشی به این نکته اشاره کرده‌اند که مادران نسبت به آینده کودک خود احساس نگرانی دارند و از دولت و مراکز آموزشی تقاضای کمک دارند. به نظر می‌رسد بخشی از این نگرانی‌ها با این شدتی که مطرح می‌شود ناشی از افکار و ذهن منفی باف مادران است که باعث ناامیدی در بین آنان شده است.

مضمون دیگری که از مصاحبه با این مادران استخراج گردید: تجربه سرزنش بود که زندگی واقعی بسیاری از مادران را مختل کرده بود. این تجربه سرزنش شامل: خودسرنش‌گری، سرزنش‌های همسر، و سرزنش‌های جامعه است. این مادران هر لحظه با افکار و

احساساتی سرزنش‌کننده روبرو بودند. علیرغم این سرزنش‌ها برخی از مادران با سرزنش‌های همسر به عنوان تنها تکیه‌گاه نیز روبرو بودند که باعث ناراحتی شدید و افت عملکرد آن‌ها می‌شد. بسیاری از پدران به دلیل عدم آگاهی از چگونگی بروز معلولیت در فرزند، مادر را مقصر اصلی این مسئله می‌دانستند و او را مورد سرزنش و تحقیر قرار می‌دادند. همچنین بسیاری از مادران گزارش‌هایی از تجربه سرزنش‌های جامعه نیز داده‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش دامروچ و پری (۲۵) که به تجربه خودسرنش‌ی و داشتن مشکل در نحوه سازگاری و مقابله با آسیب دیدگی فرزند در بین مادران کودکان با معلولیت اشاره کرده‌اند، همسو است.

مضمون دیگری که از دل مصاحبه‌های عمیق با مادران به دست آمد، افکار و احساسات منفی بود که این افکار و احساسات شامل: خشم، عصبانیت، ناامیدی، گناه و تقصیر است. به نحوی که در برخورد با کودک، به دلیل خشم و عصبانیت دست به اقدامات و اعمال خاصی می‌زدند (مثل پرخاشگری، تحقیر کلامی و نفرین) و پس از آن اعمال، احساس ناامیدی، گناه و تقصیر، وجود آن‌ها را فرا می‌گرفت و دچار مشکلات رفتاری، هیجانی و احساسی می‌شدند. مطالعه در ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که مادران کودکان ناتوان دارای استرس و بحران‌های روانی بوده‌اند و وجود کودک با معلولیت‌های چندگانه، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آنها دارد.

تجربه دیگری که مادران به آن اشاره داشتند تعاملات مختل بود که منجر به بروز مشکلات متعدد در زندگی آن‌ها شده بود. اختلال در تعامل شامل اختلال در تعامل با همسر و کودک می‌شد. این تعاملات مختل شده برخی به دلیل وجود فشارها و استرس‌ها روی مادران و هم‌چنین پدر خانواده بود که در برخی مواقع منجر به بی‌تفاوتی نسبت به همسر و کودک می‌شد و پدر به دلایلی هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال فرزند نمی‌پذیرفت. وجود کودک با معلولیت حتی مسائل زناشویی والدین را مختل کرده بود که منجر به احساس یاس و تنهایی در مادران شده بود. علی‌رغم وجود بسیاری از مشکلات و تجربیات تلخ برخی از مادران دارای کودک چند معلولیتی به دلیل تجربه دستاوردهای مثبت، زندگی امیدوارکننده‌ای را برای خود رقم زده بودند. آن‌ها روحیه بالا، تشویق‌کننده و دوست‌داشتنی کودک ناتوان خود را می‌ستودند و او را موهبت الهی و مایه شادی و تلاش در خانواده می‌دانستند. برخی از آن‌ها اشاره می‌کردند که وجود و حضور کودک ناتوان هوشی در زندگی‌شان باعث شده که اعضای خانواده بیشتر به هم نزدیک شوند و به هم کمک کنند.

یکی دیگر از مضامینی که در این پژوهش بسیاری از مادران به آن اشاره داشته‌اند انگ اجتماعی بود. فرآیندی اجتماعی-روانی که با برچسب زدن آغاز و به طرد و انزوای اجتماعی منتهی می‌شود. بسیاری از مادران برای فرار از این داغ اجتماعی که فرزند آن‌ها معلول است، بسیاری از ارتباطات و تفریحات خود را کنار گذاشته بودند و به گوشه‌نشینی و انزوا عادت کرده بودند. آن‌ها از داشتن کودک با معلولیت‌های چندگانه احساس شرم و خجالت داشتند، از این که کودکشان در کوچه و خیابان با انجام رفتارهای نادرست مایه تمسخر و تفریح دیگران باشد واهمه داشتند و ترجیح می‌دادند،

پیشنهاد می شود نهادهای متولی، این قضیه را جدی گرفته و جهت تاملید چنین نیروهایی در ادارات بهزیستی، اقدامات لازم را انجام دهند.

## References

- Prieto, M., Folci, A., & Martin, S. (2020). Post-translational modifications of the Fragile X Mental Retardation Protein in neuronal function and dysfunction. *Molecular Psychiatry*, 25(8), 1688-1703.
- Alipour, Adel; Askari, Majid; Hosseinikhah, Ali and Haj Hosseinejad, Hossein. (2019). Clarification of curriculum elements for job empowerment of intellectually disabled children (center study). *Journal of Theory and Practice in Curriculum*, 8(15), 382-347.
- Doll, C. A., Yergert, K. M., & Appel, B. H. (2020). The RNA binding protein fragile X mental retardation protein promotes myelin sheath growth. *Glia*, 68(3), 495-508.
- Athar, Y. M., & Joseph, S. (2020). RNA-binding specificity of the human fragile X mental retardation protein. *Journal of molecular biology*, 432(13), 3851-3868.
- Kavlak, E., Cavlak, U., & Altug, F. (2018). Effectiveness of Neuro-Developmental Treatment (Bobath Concept) on postural control and balance in Cerebral Palsied children. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 31(2), 397-403.
- Merla, S., & Kumar, S. N. (2021). A study on the levels of depression, stress and anxiety of parents having children with intellectual disability.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Myers, R. E., Hwang, Y. S., & Anālayo, B. (2019). Effects of mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) training are equally beneficial for mothers and their children with autism spectrum disorder or with intellectual disabilities. *Frontiers in psychology*, 10, 385.

در خانه بمانند. با توجه به مصاحبه ها مشخص شد که این انزوا و گوشه گیری به دو علت به وجود آمده است یکی به دلیل افکار بسیار منفی خود مادر که به دلیل آمیختگی شناختی منجر به گوشه گیری شده است. علت دوم واکنش ها و برداشت های افراد جامعه هست که منجر به رنجش خاطر مادران و انزوای آن ها شده است. بسیاری از محققان از جمله گوپتا (۲۶) نیز بر این نکته اشاره دارند که تاثیر داشتن کودک با معلولیت، تنها روی والدین نیست بلکه روابط بین فامیل را در بر می گیرد و باعث تغییر در روابط با فامیل می شود.

در کل بر اساس یافته های این پژوهش، آنچه در زمینه تجربه زندگی مادران کودکان چند معلولیتی درک می شود، به این موضوع اشاره دارد که مادران درگیر بسیاری از فشارها، نگرانی ها و برخی دل خوشی ها در زمینه های مختلف روانی-اجتماعی و خانوادگی در زندگی با کودک خود می باشند. بسیاری از این نگرانی ها و ناامیدی ها به عدم آگاهی و شناخت کامل از چگونگی ارتباط و آموزش به کودک چند معلولیتی و کنار آمدن با افکار و احساسات خویش، ویژگی های شخصیتی و نگرشی مادر، فشارها و رفتارهای ناسازگارانه کودک با معلولیت های چندگانه و همچنین عدم وجود پشتوانه های اجتماعی و خدمات آموزشی دولتی بر می گردد. در این میان نباید از فرهنگ عمومی و جامعه ای که این افراد در آن زندگی می کنند نیز به سادگی گذشت. تصورات، نگرش ها و بازخوردهایی که افراد جامعه، فامیل و حتی سیستم آموزش و پرورش استثنایی به مادران این افراد تحمیل می کنند نیز می تواند بسیار در تجربه زندگی با فرد ناتوان موثر باشد. در نتیجه شناخت وضعیت روانشناختی مادران، توجه به نیازها و مشکلات آن ها، همکاری و همیاری بیشتر متخصصان و والدین و تلاش در جهت درک دنیای مادران افراد مبتلا به معلولیت های چندگانه و فراهم نمودن منابع حمایتی و آموزشی برای این افراد در جهت تامین سلامت روان آن ها بسیار ضروری به نظر می رسد. لذا کاوش بیشتر مشکلات، نیازها و هم چنین توانمندی های مادران در حل مشکلات و مسائل خانواده های افراد چند معلولیتی، نتایج حائز اهمیتی را در جهت رویارویی علمی تر با این موضوع فراهم می نماید.

از محدودیت های این پژوهش می توان به نبود پیشینه پژوهش کیفی داخلی در زمینه تجارب مادران کودکان چند معلولیتی در مورد ناگویی هیجانی اشاره کرد که می توانست در مقایسه و بررسی میزان همسویی نتایج این پژوهش با سایر پژوهش های مرتبط، مفید باشد. پژوهش های کمی داخلی نیز در این زمینه تکراری و محدود به برخی متغیرهای کمی بود و کار را برای مقایسه و بررسی دشوار می کرد. از سوی دیگر مادران دچار نوعی ناامیدی از دستگاه ها و مراکز آموزشی بودند و تمایلی به شرکت و همکاری داوطلبانه در تحقیق نداشتند. همچنین به دلیل استفاده از روش کیفی و نمونه گیری هدفمند و در دسترس بابت تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می شود مشاوران و مددکاران اجتماعی، مداخلات تخصصی لازم و مستمر را جهت رفع و کاهش مشکلات روحی و روانی مادران دارای فرزندان چند معلولیتی، همسران و فرزندان آنها انجام دهند. همچنین به دلیل ضرورت حضور یک فرد دارای تخصص در حوزه مددکاری در هر یک از ادارات بهزیستی،

- relationship. *Tolo Health Journal*, 19 (2), 16-32.
18. Shah, K., & Murali, R. (2019). Impact of Neuroticism on Alexithymia and Marital Satisfaction Among Married Men and Women. *Indian Journal of Mental Health*, 6(1).
19. Hesse, C., & Gibbons, S. (2019). The longitudinal effects of alexithymia on romantic relationships. *Personal Relationships*, 26(4), 566-585
20. Obeid, S., Akel, M., Haddad, C., Fares, K., Sacre, H., Salameh, P., & Hallit, S. (2019). Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: results of a cross-sectional study. *BMC psychology*, 7(1), 1-10
21. Leonardi, E., Cerasa, A., Famà, F. I., Carrozza, C., Spadaro, L., Scifo, R., ... & Ruta, L. (2020). Alexithymia profile in relation to negative affect in parents of autistic and typically developing young children. *Brain Sciences*, 10(8), 496
22. Mohammad Khan Kermanshahi, Sima; Vanki, Venus; Ahmadi, Fazlullah; Azad Fallah, Parviz and Kazem Nejad, Anoushirvan. (1385). Mothers' experiences of having a mentally retarded child. *Journal of Rehabilitation*, 7(3), 26-33.
23. Mousavi Khahatat, M.; Soleimani, M. and Abdi, K. (1390). Comparison of cognitive, psychological and social characteristics of more than one exceptional child with parents of normal children. *Journal of Rehabilitation*, 12(3), 53-63.
24. Narimani, M.; Agha Mohammadian Shearbafe, H. and Rajabi, S. (1386). Comparing the mental health of mothers of exceptional children with the mental health of mothers of normal children. *Journal of Principles of Mental Health*, 9(33), 15-24.
25. Individual knowledge, h; Khalif Elahi, A. and Khodashanas, L. (2011). Understanding the essence of employees' retirement experience in the public sector: a phenomenological research, *Strategic*
10. Bramhe, V. (2019). Depression and Anxiety in mothers of children with autism spectrum disorders and intellectual disabilities. *Indian Journal of Mental Health*, 6(3).
11. Jahan Akhtar, N., Hossain, Z., Islam, R., & Sohrab Hossain, M. (2020). Characterisation of persons with lower limb amputation who attended a tertiary rehabilitation centre in Bangladesh. *Disability and rehabilitation*, 42(14), 1995-2001.
12. Gilson, C. B., Gushanas, C. M., Li, Y. F., & Foster, K. (2020). Defining inclusion: Faculty and student attitudes regarding postsecondary education for students with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 58(1), 65-81.
13. Bağ, S., Bermudez, C., Hao, L., Landman, B. A., Boyd, B., Albert, K., ... & Taylor, W. D. (2020). Accelerated brain aging predicts impaired cognitive performance and greater disability in geriatric but not midlife adult depression. *Translational Psychiatry*, 10(1), 317.
14. Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J. (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and individual differences*, 165, 110131.
15. Goerlich, K. S. (2018). The multifaceted nature of alexithymia—a neuroscientific perspective. *Frontiers in psychology*, 9, 1614.
16. Moqtadar, Leila and Hallaj, Leila. (2017). Comparison of primary maladaptive schemas, emotional dyslexia and happiness in women with and without marital conflicts. *Clinical Journal of Nursing and Midwifery*, 17(2), 145-138.
17. Dehghani, Hossein Ali and Fallah, Mohammad Hossein. (2019). Maternal guilt: a qualitative research on women's employment in the mother-child

Management Thought Journal, 6 (2), 153-176.

26. Emami Sigaroudi, AS; Dehghan Neiri, Z; Rahnavard, Z. and Nouri, S. (2011). Qualitative research methodology: Holistic phenomenology, nursing and midwifery. Quarterly Journal of Nursing and Midwifery Schools of Gilan Province, 2 (22), 63-56.

27. Damrosch, S. P., & Perry, L. A. (1989.) Self-Reported Adjustment, Chronic Sorrow, and Coping of Parents of Children with Down syndrome. Nursing Research, 38(1), 25-30

28. Gupta, A., & Singhal, N. (2004.) Positive Perceptions in Parents of Children with Disabilities. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 15(1), 22-35.