

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره سی و پنجم و سی و هشتم - بهار و تابستان ۱۳۸۷

صص ۱۵۲ - ۱۲۳

مقایسه بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش آموزان کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی

مختار معتمدین^۱ - فریبا سهرابی^۲ - اسکندر فتحی‌آذر^۳ - صادق ملکی^۴

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی مقایسه‌ای بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی اجرا شده است. برای گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های بهداشت روانی (SCL-25)، رضایت زناشویی (ENRICH) و ابراز وجود (ASRI) بر روی ۴۱۴ مورد از والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی اجرا شد. میانگین داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری در سطح ($P < 0/01$) وجود دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش

۱- کارشناس ارشد مشاوره و مشاور مرکز ارائه خدمات مشاوره‌ای امین تبریز

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

۳- عضو هیأت علمی دانشگاه تبریز

۴- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد شبستر

تشکیل کلاسهای آموزش خانواده با هدف آموزش والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و معلول در مدارس استثنایی و کمک مالی از طرف دولت به این گروه از والدین پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: بهداشت روانی، رضایت زناشویی، ابراز وجود، والدین، کم‌توانی ذهنی.

مقدمه

طبیعی‌ترین گروه انسانی خانواده است. خانواده یک نظام اجتماعی از ارکان اساسی جامعه است که از طریق ازدواج بین زن و شوهر و معمولاً با انجام مراسمی متناسب با عرف جامعه شکل می‌گیرد (معتمدین، ۱۳۸۳). نهاد خانواده وظیفه خطیری بر عهده دارد. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباط سالم اعضا با یکدیگر و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی^۱ باشد (علیزاده، ۱۳۸۱). کودکان کم‌توان ذهنی نه تنها بر والدین تأثیر دارند، بلکه سایر اعضای خانواده یعنی دیگر فرزندان را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این زمان آرامش خانواده به هم خورده و تمام نگاهها به سوی کودک معلول معطوف می‌شود (احمدپناه، ۱۳۸۰). وجود کودک معلول ممکن است ضایعات و آثار جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. مادر و پدر ممکن است از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به شدت رنج ببرند و حالاتی همچون افسردگی^۲، اضطراب^۳، پرخاشگری^۴، ترس^۵ و خجالت^۶ از خود نشان دهند و یا حتی آرزوی مرگ داشته باشند (البرزی و بشاش، ۱۳۷۵). به‌طور کلی خانواده کودک کم‌توان ذهنی به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌رو است و این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تأثیر

1 – mental retarded

2 – depression

3 – anxiety

4 – aggression

5 – fear

6 – shame

قرار می‌دهد (علیزاده، ۱۳۸۱). بنابراین، تولد کودک کم‌توان ذهنی بیشترین تأثیر را بر خانواده دارد و ممکن است واکنش‌های متعددی همچون ضربه روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی به دنبال داشته باشد (احمدی، ۱۳۷۷). معمولاً اولین واکنش قابل پیش‌بینی والدین در مقابل ناتوانی کودک کم‌توان ذهنی، ضربه روانی است که می‌تواند حالت‌هایی همچون یأس و ناامیدی، غمگینی، افسردگی، احساس تنهایی، ترس، خشم، ناکامی، جاخوردن، احساس نابودی، گیجی، تردید در همه چیز و احساس افتادن در تله‌ای که راه فراری از آن نیست، در پی داشته باشد (اینگرام^۱، ۱۹۹۷). وجود کودک معلول و کم‌توان ذهنی در روابط خانوادگی تغییرهایی ایجاد می‌کند. اگر معلولیت شدید باشد یا کودک دارای معلولیت چندگانه باشد، این تغییرها شدیدتر خواهند بود. به تدریج که کودک بزرگتر می‌شود، والدین دل‌مشغول استقلال کودک کم‌توان ذهنی می‌شوند که ممکن است برای مدت طولانی ادامه پیدا کند و متأسفانه نمی‌توان به راحتی بر آن غلبه کرد (ایسنسن^۲، ۱۹۹۱).

در جریان تربیت کودک، والدین معمولاً حسن تفاهم دارند و کودک خود را می‌پذیرند، در حالی که موضوع در مورد خانواده کودک کم‌توان ذهنی پیچیده و مشکل‌تر است. عقب‌ماندگی و کم‌توانی ذهن کودک و کندی رشد وی نیاز به امکانات ویژه‌ای برای مراقبت از او دارد و همه اینها موجب وارد آمدن فشار روی والدین شده و شاید آرامش خانوادگی را به هم بزند. علاوه بر این رابطه کودک کم‌توان ذهنی و والدین ممکن است بر اثر جدایی کودک از افراد همسن و سال و مراقبت درازمدت والدین از وی خدشه‌دار گردد (لیلی‌وایت و برادلی^۳، ۱۹۹۶). رابطه میان کودک کم‌توان ذهنی و خانواده نه تنها پیچیده‌تر از رابطه میان کودک عادی و خانواده است، بلکه به مراتب سخت‌تر نیز می‌باشد (البرزی و بشاش، ۱۳۷۵). والدین کودک معلول برای مقابله با مشکلات خانوادگی، شناسایی و قبول کم‌توانی ذهن کودک و مقابله با مشکلات ایجاد شده در این زمینه به کمک نیاز دارند (حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱). والدین کودکان کم‌توان ذهنی اغلب با فشارهای شدید روانی، اقتصادی و غیره روبه‌رو

1 – Ingram

2 – Eisenson

3 – Lillywhite & Bradley

هستند و این عوامل در سازگاری والدین با وضع موجود نقش بسیاری دارد. به نظر می‌رسد عوامل مهم دیگری چون روابط زناشویی، اعتقادات مذهبی، میزان تحصیلات، سطح هوش والدین، اندازه و ساختار خانواده و وضعیت اجتماعی - اقتصادی در این سازگاری نقش دارند (احمدپناه، ۱۳۸۰). عقب‌ماندگی ذهنی یکی از فرزندان خانواده به‌عنوان یک عامل مهم مستقیم و یا غیرمستقیم بر بهداشت روانی (افروز، ۱۳۷۵، البرزی و بشاش، ۱۳۷۵، بنی‌جمال و احدی، ۱۳۷۳، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱، شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵، محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ یوسفی لویه، ۱۳۸۳؛ روس^۱؛ ۲۰۰۵؛ ولفنزبرگر^۲، ۲۰۰۱؛ فاربر^۳، ۲۰۰۱؛ دونوان^۴، ۱۹۹۰؛ گریبلر^۵، ۱۹۹۲؛ هوربی^۶، ۱۹۹۴) و رضایت زناشویی (کلبانوف^۷، ۱۹۹۵؛ لاونیوس^۸، ۱۹۸۸؛ مارشاک و سلیگمن^۹، ۱۹۹۳؛ مک‌لان‌هام و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۴؛ دام‌روچ و پری^{۱۱}، ۱۹۸۹؛ گاث و گوملی^{۱۲}، ۱۹۸۶؛ گلدبرگ و همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۶؛ پل‌چات و همکاران^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ فلاهرتی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۰؛ هدور و همکاران^{۱۶}، ۲۰۰۲؛ سلوپر و همکاران^{۱۷}، ۱۹۹۱؛ تورنر و کائینگهام^{۱۸}، ۱۹۹۹؛ فیسمن و همکاران^{۱۹}، ۱۹۸۹؛ کیم و همکاران^{۲۰}، ۲۰۰۳؛ تانیلا و همکاران^{۲۱}، ۲۰۰۵؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ خواجه‌پور، ۱۳۷۷؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ علیزاده، ۱۳۸۱؛ و حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱)؛ و ابراز وجود (به‌عنوان مثال؛ زیگلر^{۲۲}، ۱۹۸۶؛ بلاچر^{۲۳}، ۱۹۸۴؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ راج و همکاران^{۲۴}، ۱۹۹۹؛ بارنت و همکاران^{۲۵}، ۱۹۹۵؛ ریسی و هوداپ^{۲۶}، ۲۰۰۳؛ احمدپناه، ۱۳۸۰؛

-
- | | | |
|--------------------------|----------------------|------------------------|
| 1 – Roos | 2 – Wolfensberger | 3 – Farber |
| 4 – Donovan | 5 – Grebler | 6 – Horeby |
| 7 – Kelbanoff | 8 – Lavenius | 9 – Marshak & seligman |
| 10 – McLanham & et al | | 11 – Damrosch & Perry |
| 12 – Gath & Gumly | | 13 – Goldberg & et al |
| 14 – Pelchat & et al | | 15 – flaherty & et al |
| 16 – Hedor & et al | | 17 – Sloper & et al |
| 18 – Turner & Cunningham | | 19 – Fisman & et al |
| 20 – Kim & et al | 21 – Taunila & et al | 22 – Zigler |
| 23 – Blacher | 24 – Roach & et al | 25 – Barnett & et al |
| 26 – Ricci & hoddap | | |

احمدی، ۱۳۷۷؛ محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ و ذوالفقاری، ۱۳۷۵) والدین تأثیر می‌گذارد.

یکی از عواملی که تحت تأثیر معلولیت کودک قرار می‌گیرد عملکرد موفق کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار است که منجر به فعالیتهای ثمربخش و روابط ارضاکنده با دیگران و توانایی انطباق با تغییر و مداوا کردن و رویارویی با ناملایمات می‌شود. افراد بهنجار و دارای سلامت روان کسانی هستند که با خود و با محیط اطرافشان هماهنگ و سازگار هستند و از مقتضیات فرهنگی یا دستورات اجتماع خود پیروی می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۲). هدف بهداشت روانی ایجاد سلامت روان (میلانی‌فر، ۱۳۸۵) و وجود تعادل در نظام حیاتی فرد است (گنجی، ۱۳۸۴).

رابطه زناشویی رابطه زن و مرد است که از ازدواج ناشی می‌شود و ازدواج فرایندی است که از کنش متقابل بین زن و مرد شکل می‌گیرد که برخی شرایط قانونی را تحقق بخشیده‌اند و به طور کلی عمل آنها مورد پذیرش قانون قرار گرفته است. زوج بودن ابعاد زیستی، اقتصادی، عاطفی، روانی و اجتماعی مختلفی دارد (معمدین، ۱۳۸۳). رضایت زناشویی معلول عوامل متعددی از ارتباطات بین زن و شوهر و فرزندان است. رضایت زناشویی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی مطابق با آنچه که وی انتظار دارد، منطبق باشد و نارضایتی زناشویی وقتی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه فرد منطبق نباشد (وینچ^۱، ۲۰۰). ارتباط با همسر جنبه مرکزی زندگی عاطفی و اجتماعی یک شخص است (الیس، ۱۹۸۹) و نارضایتی زناشویی، به توانایی زن و شوهر برای برقراری روابط رضایتمندانه با بچه‌ها و سایر اشخاص خارج از خانواده آسیب می‌رساند (معمدین ۱۳۸۳)، که این امر نیز با میزان ابراز وجود زوج ارتباط تنگاتنگی دارد (هوربی، ۱۹۹۴).

ابراز وجود، توانایی بیان خویشتن به طور روشن، مستقیم و شایسته، ارج نهادن به احساس و فکر خود، عزت و حرمت برای خویش قایل شدن و شناخت تواناییها و

محدوددیت‌های خویشتن است (ریس و گراهام^۱، ۱۹۹۱؛ ترجمه شهنی بیلاق و همکاران، ۱۳۷۹). ابراز وجود رفتاری است که ضمن حفظ سلامتی فرد، احتمال به‌دست آوردن نتایج مطلوب در فرد را افزایش می‌دهد (فاربر^۲، ۲۰۰۱). بسیاری از روان‌شناسان (پاولوف، ۱۹۲۷؛ سالتر، ۱۹۴۹؛ ولپی، ۱۹۵۸؛ آلبرتی و ایمونز ۱۹۸۲ و فنسترهایم، ۲۰۰۵ ترجمه چینی، ۱۳۸۳) کارها و تحقیقات زیادی را در زمینه آموزش ابراز وجود و بررسی رابطه آن با سایر متغیرهای روان‌شناختی انجام داده‌اند. واکنش‌های والدین در برابر معلولیت فرزند و داشتن کودک کم‌توان ذهنی به‌طور معمول عبارت‌اند از: از دست دادن عزت‌نفس، داشتن احساسات متضاد و دوگانه، افسردگی، احساس حقارت و بهداشت روان پایین (روس، ۲۰۰۵). سردرگمی و شوکه شدن والدین دارای فرزندان معلول از جمله کم‌توان ذهنی، احساس گناه و احساس فروپاشی آرزوهای والدین (ولفنزبرگر، ۲۰۰۱)؛ ایجاد جو روانی مسموم در خانواده دارای فرزند کم‌توان ذهنی و تحت تأثیر قرار گرفتن بهداشت روانی اعضای خانواده به‌ویژه مادر (فاربر، ۲۰۰۱) و تجربه استرس بیشتر در والدین کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی (دونوان، ۱۹۹۰) در تحقیقات مختلف و متعدد گزارش شده‌اند. به عنوان مثال پژوهش‌های گربلر (۱۹۹۲) احساس ننگ اجتماعی و وجود اختلال در سلامت روان والدین کودک کم‌توان ذهنی؛ کلبانوف (۱۹۹۵) داشتن افکار بیمارگونه در ذهن والدین فرزندان معلول و عقب‌مانده ذهنی؛ هوربی (۱۹۹۴) احساس فشار روانی والدین کودکان معلول نسبت به والدین کودکان عادی؛ مارشاک و سلیگمن (۱۹۹۳) داشتن مشکل در سازش با موقعیت داشتن فرزند کم‌توان ذهنی؛ دام‌روچ و پری (۱۹۸۹) تجربه غم و اندوه مزمن و فراوان در والدین کودکان کم‌توان ذهنی، خود سرزنشی و داشتن مشکل در نحوه سازگاری و مقابله با معلولیت فرزند خود؛ گلدبرگ و همکاران (۱۹۹۶) وجود عزت‌نفس پایین و مشکل در سازگاری والدین فرزندان کم‌توان ذهنی؛ پل‌چات و همکاران (۱۹۹۹) وجود سطح سازگاری و پذیرش کمتر با استرس‌های والدینی بیشتر و تجربه آشفتگی‌های هیجانی و استرس‌های روان‌شناختی؛ فلاهرتی و همکاران (۲۰۰۰) ابتلا به افسردگی مزمن والدین کودکان سندرم داوون؛ هدو و همکاران (۲۰۰۲) وجود

تفاوت معنادار بین سلامت خود ادراکی والدین فرزندان کم‌توان ذهنی و عادی؛ رودریا و همکاران^۱ (۲۰۰۲) وجود تفاوت معنادار در مورد جست‌وجوی راهبردهای سازش با وجود فرزند مبتلا به اتیسم در مقایسه با والدین کودکان عادی و تجربه مشکلات جسمی و روانی زیاد؛ بن‌زر و همکاران^۲ (۲۰۰۵) تأثیر تقویت حمایت‌های اجتماعی بر سلامت روانی مادران دارای فرزند معلول را می‌توان نام برد.

همچنین ملباشی (۱۳۸۲) تحت تأثیر قرار گرفتن بهداشت روانی والدین را از وجود کودک عقب‌مانده ذهنی؛ البرزی و بشاش (۱۳۷۵) تأثیر منفی کودک کم‌توان ذهنی بر سلامت روانی خانواده و والدین؛ شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵) به شدت تحت تأثیر قرار گرفتن سلامت روانی والدین به خصوص مادر از وجود کودک معلول خود؛ احمدی (۱۳۷۷) پایین بودن عزت‌نفس و بهداشت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی؛ خواجه‌پور (۱۳۷۷) وجود مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده دارای فرزندان کم‌توان ذهنی و وجود رابطه بین میزان معلولیت فرزند معلول با میزان واکنش‌های والدین از جمله افسردگی، اضطراب و پرخاشگری؛ یوسفی لویه (۱۳۸۳) ضرورت پرداختن به بهداشت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی به علت نیازمندی این‌گونه والدین؛ محمداسماعیل و سادات موسوی (۱۳۸۲) عدم سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری-هیجانی؛ ملک‌پور (۱۳۷۵) تأثیر منفی کودک عقب‌مانده ذهنی روی اعضای خانواده به‌ویژه والدین از نظر عاطفی و اجتماعی-اقتصادی؛ علیزاده (۱۳۸۱) دچار آشوب و ناملايمات شدن خانواده در مقابل داشتن فرزند معلول یا کم‌توان ذهنی؛ حسینی و رضازاده (۱۳۸۱) تغییر رفتار اعضای خانواده به دنبال تجربه یک ضربه روانی ناشی از تولد یک فرزند کم‌توان ذهنی؛ و ذوالفقاری (۱۳۷۵) وجود تفاوت معنادار بین نمرات والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی با والدین کودکان عادی در متغیرهای بهداشت روانی، عزت‌نفس و در کل در وضعیت زیستی و روانی را طی تحقیقات مستقل متعددی گزارش کرده‌اند.

تحقیقات مختلفی به تأثیر وجود کودک معلول و ناتوان ذهنی از جمله به وجود کودک کم‌توان ذهنی بر رضایت زناشویی والدین پی برده‌اند. تحقیقات مستقلی (زیگلر،

۱۹۸۶؛ ولفنبرگر، ۲۰۰۱؛ فاربر، ۲۰۰۱؛ بلاچر، ۱۹۸۴؛ روزنبرگ و راینسون^۱، ۱۹۹۴؛ لاونیوس، ۱۹۸۸؛ مک‌لان هام و همکاران، ۱۹۹۴؛ گلدبرگر و همکاران، ۱۹۹۶؛ راچ و همکاران، ۱۹۹۹؛ بارنت و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریسی و هوداپ، ۲۰۰۳؛ سلوپر و همکاران، ۱۹۹۱؛ تورنر و کانینگهام، ۱۹۹۹؛ فیسمن و همکاران^۲، ۱۹۸۹؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۳؛ باکر و همکاران^۳، ۲۰۰۵؛ تانیلا و همکاران، ۲۰۰۵؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ احمدپناه، ۱۳۸۰؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ و علیزاده، ۱۳۸۱) به وجود تفاوت معنادار بین رضایت زناشویی والدین کودکان معلول، عقب‌مانده ذهنی و عادی، همچنین به وجود رابطه بین کودک کم‌توان ذهنی بر رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی والدین پی برده‌اند.

تحقیقات متعددی (روس، ۲۰۰۵؛ بلاچر، ۱۹۸۴؛ گربلر، ۱۹۹۲؛ لاونیوس، ۱۹۸۸؛ مک‌لان هام و همکاران، ۱۹۹۴؛ گاٹ و گوملی، ۱۹۸۶؛ بارنت و همکاران، ۱۹۹۵؛ رودریا و همکاران، ۲۰۰۲؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ احمدپناه، ۱۳۸۰؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ و حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱) تأثیر وجود کودک معلول و کم‌توان ذهنی را بر میزان ابراز وجود والدین این کودکان، گزارش کرده‌اند.

تأثیر وجود کودکان کم‌توان ذهنی بر روی والدین (میلانی‌فر، ۱۳۸۵)، نیاز خانواده‌های دارای فرزند معلول و کم‌توان ذهنی به کمک، راهنمایی و مشاوره با متخصصان از جمله روان‌شناسان، مشاوران و مربیان کودکان عقب‌مانده ذهنی (ایسنسن، ۱۹۹۱) ضرورت اجرای این پژوهش را توجیه می‌کند.

بنابراین هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی است.

فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر است:

۱- بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است.

۱-۱- بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر عادی پایین‌تر است.

1 – Rosenberg & Robinson

2 – Fisman & et al

3 – Baker & et al

- ۲-۱- بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر عادی پایین‌تر است.
- ۲-۲- رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است.
- ۲-۱- رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر عادی پایین‌تر است.
- ۲-۲- رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر عادی پایین‌تر است.
- ۳-۱- ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است.
- ۳-۱- ابراز وجود والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان دختر عادی پایین‌تر است.
- ۳-۲- ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر عادی پایین‌تر است.

روش پژوهش

طرح پژوهش، توصیفی از نوع مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین (۵۶۵۷۳۸) دانش‌آموزان دختر و پسر کم‌توان ذهنی و عادی است که این دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ در استان آذربایجان غربی مشغول به تحصیل بودند. براساس آمار گزارش شده از واحد آمار اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی، تعداد کل دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مقطع تحصیلی ابتدایی در سطح استان برابر ۹۵۷ نفر و تعداد کل دانش‌آموزان عادی مقطع تحصیلی ابتدایی برابر ۲۸۱۹۱۲ نفر بود. برای گزینش نمونه گروه عادی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و برای گروه کم‌توان ذهنی از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد. برای مشخص نمودن نمونه معرف جامعه با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان^۱ (کرجسی و مورگان، ۱۹۷۰؛ ترجمه خدایار اردبیلی، ۱۳۷۵) ۲۰۸ نفر زن و مرد

والدین عادی و ۲۰۶ نفر والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی - از بین والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی - گزینش شدند. نحوه نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که از ۱۸ شهرستان استان آذربایجان غربی با توجه به تقسیم‌بندی آن به پنج منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز، ۵ شهرستان (ارومیه، خوی، ماکو، مهاباد و بوکان) به شیوه تصادفی ساده انتخاب گردید. پس از گزینش شهرستانها با توجه به محدود بودن تعداد مدارس استثنایی، به مدارس مراجعه و ضمن هماهنگی با مدیران و مشاوران آموزشگاههای استثنایی، تعداد دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مشخص و سپس از طریق انتخاب تصادفی از پرونده‌های مشاوره‌ای دانش‌آموزان براساس تعداد و نسبت دانش‌آموزان هر شهر، جمعاً ۱۰۳ نفر از دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انتخاب و سپس اولیای آنها به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تعداد اعضای والدین - به علت دو نفر والدین برای هر دانش‌آموز - دو برابر تعداد دانش‌آموزان، نمونه‌گیری و ذکر شده است.

ابزار پژوهش

در این مطالعه برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزار زیر استفاده شده است:

۱- پرسشنامه بهداشت روانی (SCL-25)^۱

برای سنجش بهداشت روانی از پرسشنامه SCL-25 استفاده شد. هدف این آزمون بررسی و سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی است در حالی که مقیاس بلند آن (آزمون R-SCL-90) آسیب‌های روانی متعدد را به صورت اختصاصی مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به آزمون براساس نمره‌گذاری لیکرت است که از دامنه‌ی صفر تا ۴ و به صورت هیچ، کمی، تا حدی زیاد و خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌گردد (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰).

نجاریان و داودی (۱۳۸۰) ضریب پایایی^۲ SCL-25 را با استفاده از روشهای آلفای کرونباخ و بازآزمایی به فاصله ۵ هفته‌ای به ترتیب برابر $r = 0/097$ و $r = 0/078$ گزارش کردند. سهرابی و معتمدین (۱۳۸۴) ضرایب پایایی آن را بر اساس روشهای

1 – Symptom Checklist-25 (SCL-25)

2 – Reliability

آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن به ترتیب برابر $0/88$ ، $0/83$ و $0/88$ به دست آوردند. در این پژوهش نیز پایایی آن با استفاده از روشهای آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با $I = 0/89$ و $I = 0/88$ به دست آمد.

اعتبار^۱ این آزمون با آزمون SCL-90-R همبستگی بسیار بالایی ($r = 0/95$) دارد. نجاریان و سودانی (۱۳۸۰) همبستگی پرسشنامه SCL-25 را با پرسشنامه اضطراب عمومی و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی یک بررسی کردند که ضرایب همبستگی آنها به ترتیب برابر با ($r = 0/69$) و ($r = 0/49$) به دست آمد و در سطح $P < 0/01$ معنادار بودند. سهرابی و معتمدین (۱۳۸۴) برای بررسی اعتبار سازه‌ای پرسشنامه SCL-25 آن را با آزمون MMPI همبسته کردند که ضریب همبستگی آنها برابر با $r = 0/54$ به دست آمد که در سطح $P < 0/01$ معنادار بود.

۲- پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH)^۲

برای سنجش میزان رضایت زناشویی والدین هر دو گروه، از پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) استفاده شد. این پرسشنامه از ۴۷ ماده و ۱۲ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که دارای یک نمره کلی و ۱۲ نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌های آن است (معتمدین، ۱۳۸۳). پاسخ به سؤالات به روش لیکرت و به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) و شیوه نمره‌گذاری آن مستقیم است (نمره بیشتر نشان‌دهنده رضایت زناشویی بالا و نمره کمتر نشان‌دهنده نارضایتی از روابط زناشویی و زندگی زوجها است). نحوه محاسبه نمره آزمودنی به این شکل است که پس از پاسخ دادن آزمودنی به سؤالات پرسشنامه، آزمونگر با جمع کردن مجموع اعداد انتخاب شده برای تک تک سؤالات و جمع زدن آنها، به جدول ویژه تصحیح مراجعه کرده، میزان رضایت زناشویی هر زوج را مشخص می‌کند.

السن (۱۹۸۹؛ نقل از معتمدین، ۱۳۸۳) ضریب پایایی پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) را با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/92$ به دست آورد. همچنین

1 – Validity

2 – Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness

سلیمانان (۱۳۷۳)، شریف‌نیا (۱۳۸۰) و معتمدین (۱۳۸۳) ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۶ و ۰/۵۷ گزارش کردند. در این پژوهش برای تعیین ضریب پایایی پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) از روشهای آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن استفاده شد و ضرایب به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ به دست آمد.

شریف‌نیا (۱۳۸۰) و معتمدین (۱۳۸۳) برای تعیین روایی همزمان پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) با پرسشنامه سازگاری زوجی (FAD)، هر دو پرسشنامه را بر روی گروههای مستقلی اجرا کردند و ضرایب روایی آنها را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۶۵ به دست آوردند. همچنین سلیمانان (۱۳۷۳) روایی همزمان پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) را با فرم اصلی آن ۰/۹۵ گزارش کرد که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار بود. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی این پرسشنامه، روایی همزمان آن با پرسشنامه سازگاری زوجی (FAD) محاسبه شد و ضریب آن برابر با ۰/۸۰ به دست آمد که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار بود.

۳- پرسشنامه ابراز وجود هرزبرگر، شان و کتز^۱ (ASRI)^۲

برای سنجش ابراز وجود از پرسشنامه خودگزارشی ابراز وجود هرزبرگر، شان و کتز (ASRI) استفاده شده است. این پرسشنامه یک مقیاس مداد - کاغذی ۲۵ ماده‌ای است و آزمودنی به هر یک از ماده‌ها که جواب آنها به صورت صحیح - غلط مشخص شده‌اند، پاسخ می‌دهد. در این آزمون به پاسخهای صحیح سؤالات (۱، ۳، ۴، ۹، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲ و ۲۴) نمره یک و به پاسخهای غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد و بقیه سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (معتمدین و بدری، ۱۳۸۴).

مؤلفان مقیاس ASRI، ضریب پایایی آن را با روش بازآزمایی^۳ در یک فاصله پنج‌هفته‌ای $r = ۰/۸۱$ ؛ هم‌زمانی نژاد و دیگران (۱۳۷۹) ضریب پایایی آن را با استفاده از

1 – Herzberger, Chan & Katz

2 – Assertiveness Self-Report Inventory (ASRI)

3 – retest

روش بازآزمایی در فاصله ۶ هفته‌ای برابر ۰/۵۴ و براساس روش پایایی تنصیف^۱ در دو نمونه به ترتیب برابر $r = 0/62$ و $r = 0/60$ ؛ معتمدین و بدری (۱۳۸۴) پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر $r = 0/33$ و $r = 0/42$ به دست آوردند. در این پژوهش ضرایب پایایی آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن به ترتیب برابر $r = 0/72$ ، $r = 0/60$ و $r = 0/72$ به دست آمد.

به گزارش مؤلفان، پرسشنامه ASRI، اعتبار همزمان خوبی را نشان داد. این آزمون با مقیاس برنامه جرات‌ورزی راتوس^۲ رابطه معناداری داشت (معتمدین و بدری، ۱۳۸۴). هرزبرگر، شان و کتز (۱۹۸۴؛ نقل از معتمدین، ۱۳۸۳) به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه ASRI از روش اعتبار سازه‌ای^۳ استفاده کردند که ضرایب همبستگی روی نمره‌های آزمودنی‌ها در دو مقیاس اخیر در آزمودنی‌های دختر، پسر و کل به ترتیب برابر با ۰/۳۵، ۰/۵۰ و ۰/۴۳ به دست آمد. در این پژوهش برای بررسی میزان اعتبار آزمون ابراز وجود از آزمون عزت نفس کوپر اسمیت استفاده شد و ضریب همبستگی این دو آزمون برابر ۰/۲۳ در سطح معناداری $P < 0/05$ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، خطای معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ها و درصد فراوانی و آزمون آماری t گروه‌های مستقل استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های این تحقیق در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌شوند.

یافته‌های توصیفی شامل: میانگین، خطای معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ها و درصد فراوانی نمرات مربوط به سن و میزان درآمد والدین گروه‌های کم‌توان ذهنی و عادی در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

1 – Split half

2 – Rathus

3 – construct validity

جدول ۱- میانگین، خطای معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ها و درصد فراوانی نمرات مربوط به سن و میزان درآمد والدین گروه‌های کم‌توان ذهنی و عادی

میزان درآمد (تومان)	سن	متغیرها	گروه
۱۸۶۰۰۰	۴۱/۲۶	میانگین	والدین کودکان کم‌توان ذهنی
—	۸/۶۸	خطای معیار	
۵۰۰۰۰	۲۷	حداقل	
۱۰۰۰۰۰۰	۷۰	حداکثر	
—	—	درصد فراوانی	
۲۷۸۰۰۰	۳۸/۳۴	میانگین	والدین کودکان عادی
—	۶/۴۵	خطای معیار	
۱۵۰۰۰۰	۲۴	حداقل	
۹۰۰۰۰۰	۶۹	حداکثر	
—	—	درصد فراوانی	

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد میانگین و خطای معیار سن والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی به ترتیب برابر $\bar{X} = 41/26$ ، $(s = 8/68)$ و $\bar{X} = 38/34$ ، $(s = 6/45)$ است. همچنین میانگین درآمد والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی به ترتیب برابر با ۱۸۶۰۰۰ و ۲۷۸۰۰۰ تومان به دست آمده است.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

قبل از تحلیل فرضیه‌های پژوهش باید گفت که در تحقیقات مربوط به مقایسه میانگین‌های حاصل از یک نمونه و یا دو نمونه، از آزمون t استفاده می‌شود (شیولسون، ۱۹۸۸؛ ترجمه کیامنش، ۱۳۷۴). بنابراین در تحلیل فرضیه‌های این پژوهش از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شده است.

فرضیه ۱- بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است. برای مقایسه نمره‌های دو گروه والدین دارای دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی در متغیر بهداشت روانی از آزمون آماری t گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۲). با توجه به مقدار t به دست آمده و سطح معناداری ($t = ۳/۹۷$ و $P < ۰/۰۰۰۱$) معلوم می‌گردد که دو گروه آزمودنی‌ها در مقیاس بهداشت روانی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نشان می‌دهند. یافته‌های به دست آمده در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های بهداشت روانی والدین دارای دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = ۳۰/۴$) و بیشتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی ($\bar{X} = ۲۳/۹۱$) است، بنابراین فرضیه یک تأیید می‌گردد (لازم به ذکر است که هر چه نمره آزمودنی در پرسشنامه بهداشت روانی SCL-25 کمتر باشد، آزمودنی دارای بهداشت روان بالاتری خواهد بود).

جدول ۲- مقدار t گروه‌های مستقل حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی و کم‌توان ذهنی

شاخص آماری متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
والدین کم‌توان ذهنی (دختر و پسر)	والدین عادی (دختر و پسر)	۲۰۸	۲۳/۹۱	۱۸/۳۲	۴/۲	۳/۹۷	۰/۰۰۰۱
	والدین کم‌توان ذهنی (دختر و پسر)	۲۰۶	۳۰/۴	۱۴/۶۲			
والدین کم‌توان ذهنی (دختر)	والدین عادی (دختر)	۸۷	۲۲/۷۶	۱۷	۱۷۷	۳/۳۲	۰/۰۰۱
	والدین کم‌توان ذهنی (دختر)	۹۲	۳۰/۹۰	۱۵/۳۹			
والدین کم‌توان ذهنی (پسر)	والدین عادی (پسر)	۱۲۱	۲۴/۷۴	۱۸/۹۹	۲۳۳	۲/۴	۰/۰۲
	والدین کم‌توان ذهنی (پسر)	۱۱۴	۳۰	۱۴/۱۵			

فرضیه ۱-۱- بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر عادی پایین‌تر است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم دارند ($t = 3/32$ و $P < /001$). به عبارت دیگر می‌توان بیان کرد که میانگین نمره‌های خام بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 30/90$) بالاتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان دختر عادی ($\bar{X} = 22/76$) است، بنابراین فرضیه ۱-۱ نیز تأیید می‌گردد.

فرضیه ۱-۲- بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر عادی پایین‌تر است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم دارند ($t = 2/4$ و $P < /02$). به عبارت دیگر می‌توان بیان کرد که میانگین نمره‌های خام بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 30/00$) بالاتر از میانگین نمره‌های گروه عادی ($\bar{X} = 24/74$) است، بنابراین فرضیه ۱-۲ نیز تأیید می‌گردد.

فرضیه ۲- رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است. برای مقایسه نمره‌های رضایت زناشویی دو گروه والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی از آزمون آماری t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های کل رضایت زناشویی گروه‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم دارند ($t = 9/17$ و $P < 0/0001$). به عبارتی دیگر میانگین نمره‌های کل رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 167/82$) به طور معناداری کمتر از میانگین نمره‌های والدین گروه عادی ($\bar{X} = 186/79$) است، بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌گردد.

فرضیه ۲-۱- رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر عادی پایین‌تر است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم دارند ($t = 6/67$ و $P < 0/0001$). به عبارتی دیگر میانگین

نمره‌های کل رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 65/56$) به‌طور معناداری پایین‌تر از میانگین نمره‌های گروه عادی ($\bar{X} = 187/92$) است، بنابراین فرضیه ۱-۲ تأیید می‌گردد.

جدول ۳- مقدار t گروه‌های مستقل حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی

شاخص آماری متغیر	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
	والدین کم‌توان ذهنی (دختر و پسر)	۲۰۶	۱۶۷/۸۲	۱۹/۰۲	۴۱۲	۹/۱۷	۰/۰۰۰۱
	والدین عادی (دختر و پسر)	۲۰۸	۱۸۶/۷۹	۲۲/۸۶			
	والدین کم‌توان ذهنی (دختر)	۹۲	۱۶۵/۵۶	۲۲/۶۰	۱۷۷	۶/۶۷	۰/۰۰۰۱
	والدین عادی (دختر)	۸۷	۱۸۷/۹۲	۲۱/۹۲			
	والدین کم‌توان ذهنی (پسر)	۱۱۴	۶۹/۵۵	۱۵/۳۴	۲۳۳	۶/۲۸	۰/۰۰۰۱
	والدین عادی (پسر)	۱۲۱	۸۵/۹۸	۲۳/۵۷			

رضایت زناشویی

فرضیه ۲-۲ رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر عادی پایین‌تر است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های کل رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی با هم تفاوت معناداری دارند ($t = 6/28$ و $P < 0/0001$). به عبارتی دیگر یافته‌های آماری جدول ۳ نشان می‌دهند که میانگین نمره‌های کل رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 69/55$) به‌طور معناداری کمتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 85/98$) است، بنابراین فرضیه ۲-۲ تأیید می‌گردد.

فرضیه ۳- ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی کمتر است. برای مقایسه نمره‌های کل ابراز

وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی از آزمون آماری t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم دارند ($t = 5/03$ و $P < 0/0001$). به عبارتی دیگر یافته‌های آماری جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 12/83$) به طور معناداری کمتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان عادی ($\bar{X} = 15/38$) است، بنابراین فرضیه ۳ تأیید می‌گردد.

جدول ۴- مقدار t گروه‌های مستقل حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی و کم‌توان ذهنی

شاخص آماری متغیر	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
	والدین کم‌توان ذهنی (دختر و پسر)	۲۰۶	۱۲/۸۳	۵/۹۶	۴۰۶	۵/۰۳	۰/۰۰۰۱
	والدین عادی (دختر و پسر)	۲۰۲	۱۵/۳۸	۴/۰۹			
ابراز وجود	والدین کم‌توان ذهنی (دختر)	۹۲	۱۲/۱۶	۴/۱۲	۱۷۵	۵/۵۹	۰/۰۰۰۱
	والدین عادی (دختر)	۸۵	۱۵/۵۸	۳/۹۹			
	والدین کم‌توان ذهنی (پسر)	۱۱۴	۱۳/۳۶	۷/۰۸	۲۲۹	۲/۴۵	۰/۰۱
	والدین عادی (پسر)	۱۷	۱۵/۲۳	۴/۱۷			

فرضیه ۱-۳ ابراز وجود والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان دختر عادی کمتر است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم

دارند ($t = 5/59$ و $P < 0/0001$). به عبارتی دیگر براساس یافته‌های آماری جدول ۴ میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دختر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 12/16$) به‌طور معناداری کمتر از میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دختر عادی ($\bar{X} = 15/58$) است، بنابراین فرضیه ۱-۳ تأیید می‌گردد.

فرضیه ۲-۳ ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر عادی کمتر است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم دارند ($t = 2/45$ و $P < 0/01$). به عبارتی دیگر یافته‌های آماری جدول ۴ نشان می‌دهند که میانگین نمره‌های ابراز وجود والدین دارای دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی ($\bar{X} = 13/36$) به‌طور معناداری از میانگین نمره‌های گروه والدین پسر عادی ($\bar{X} = 15/23$) کمتر است، بنابراین فرضیه ۲-۳ تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی مقایسه‌ای بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی بود که بدین منظور داده‌های گردآوری شده از ۳۹۸ آزمودنی تجزیه و تحلیل شد و فرضیه‌های تحقیق مورد آزمون قرار گرفتند. فرضیه اول پژوهش مبنی بر پایین بودن بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی، نشان‌دهنده این واقعیت است که بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی کمتر است. این یافته با یافته پژوهش‌های افروز، ۱۳۷۵؛ البرزی و بشاش، ۱۳۷۵، بنی جمال و احدی، ۱۳۷۳، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱، شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵، محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملاحاشی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ یوسفی لویه، ۱۳۸۳؛ روس، ۲۰۰۵؛ ولفنبرگر، ۲۰۰۱؛ فاربر، ۲۰۰۱؛ دونوان، ۱۹۹۰؛ گربلر، ۱۹۹۲؛ هوربی، ۱۹۹۴ همسو و همخوان می‌باشد. در تبیین و توجیه علمی-منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد: ۱- با توجه به اینکه خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی با سایر خانواده‌ها متفاوت هستند، از بدو تولد و در حین رشد دچار مشکلات متعددی می‌گردند که این امر آرامش روانی والدین آنها را به هم

می‌زند و سبب افت و پایین بودن بهداشت روانی آنها می‌گردد، ۲- واکنش‌های رایج والدین در قبال تولد کودک معلول کم‌توان ذهنی که همانا طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می‌شود، به عنوان عاملی در کاهش بهداشت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است.

به دنبال تأیید فرضیه اول پژوهش، فرضیه بعدی مبنی بر پایین بودن بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی نسبت به بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان دختر عادی نیز تأیید شد. این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی از جمله افروز، ۱۳۷۵؛ البرزی و بشاش، ۱۳۷۵، بنی جمال و احدی، ۱۳۷۳، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱، شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵، محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ یوسفی لویه، ۱۳۸۳؛ روس، ۲۰۰۵؛ ولفنبرگر، ۲۰۰۱؛ فاربر، ۲۰۰۱؛ دونوان، ۱۹۹۰؛ گربلر، ۱۹۹۲؛ هوربی، ۱۹۹۴ همسو و همخوان است. در تبیین و توجیه علمی - منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد توجیحات علمی - منطقی این فرضیه صادق می‌باشد و جنسیت فرزند معلول کم‌توان ذهنی تأثیر بسزایی در این میان ندارد (هر چند در این پژوهش، تأثیرات متقابل جنس مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار نگرفته است).

بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از بهداشت روانی والدین دانش‌آموزان پسر عادی پایین‌تر است، زیرفرضیه بعدی نیز اولین فرضیه پژوهش است که مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با یافته پژوهش‌های افروز، ۱۳۷۵؛ البرزی و بشاش، ۱۳۷۵، بنی جمال و احدی، ۱۳۷۳، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱، شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵، محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ یوسفی لویه، ۱۳۸۳؛ روس، ۲۰۰۵؛ ولفنبرگر، ۲۰۰۱؛ فاربر، ۲۰۰۱؛ دونوان، ۱۹۹۰؛ گربلر، ۱۹۹۲؛ هوربی، ۱۹۹۴ همسو و همخوان است. در تبیین و توجیه علمی - منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد توجیحات علمی - منطقی فوق صادق است.

دومین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است مورد تأیید قرار گرفت. تأیید این فرضیه به این معناست که والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی نسبت به والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی در زندگی رضایت و خرسندی پایینی را از خود نشان می‌دهند. این یافته با یافته پژوهش‌های کلبانوف، ۱۹۹۵؛ لاونیوس، ۱۹۸۸؛ مارشاک و سلیگمن، ۱۹۹۳؛ مک‌لان‌هام و

همکاران، ۱۹۹۴؛ دام‌روچ و پری، ۱۹۸۹؛ گاث و گوملی، ۱۹۸۶؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ پل‌چات و همکاران، ۱۹۹۹؛ فلاهرتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ هدور و همکاران، ۲۰۰۲؛ سلوپر و همکاران، ۱۹۹۱؛ تورنر و کانینگهام، ۱۹۹۹؛ فیسمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۳؛ تانیلا و همکاران، ۲۰۰۵؛ ملباشی، ۱۳۸۲؛ خواجه‌پور، ۱۳۷۷؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ علیزاده، ۱۳۸۱؛ و حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ همسو و همخوان است.

در تبیین و توجیه علمی - منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد: ۱- تحت تأثیر قرار گرفتن رضایت زناشویی به عنوان متغیر وابسته از عوامل و متغیرهای مستقل متعدد، شاید وجود کودک معلول کم‌توان ذهنی به عنوان متغیر مستقل رضایت زناشویی والدین را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد، ۲- نارضایتی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود بین زوج در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه آنها منطبق نباشد، بنابراین تولد فرزند کم‌توان ذهنی به احیای این زمینه کمک کرده و نارضایتی زناشویی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی را فراهم می‌سازد، ۳- از یک طرف ناتوانی کودک کم‌توان ذهنی در انجام کارهای خود و نیاز دایم به مراقبت توسط دیگران و از طرف دیگر مشغله زیاد والدین و زندگی امروزی که بیشتر خانواده‌ها به‌صورت هسته‌ای زندگی می‌کنند ممکن است دلیل دیگری بر پایین بودن رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی باشد.

یافته‌های این پژوهش همچنین پایین بودن رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر عادی را نشان داد. این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی از جمله کلبانوف، ۱۹۹۵؛ لاونیوس، ۱۹۸۸؛ مارشاک و سلیگمن، ۱۹۹۳؛ مک‌لان‌هام و همکاران، ۱۹۹۴؛ دام‌روچ و پری، ۱۹۸۹؛ گاث و گوملی، ۱۹۸۶؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ پل‌چات و همکاران، ۱۹۹۹؛ فلاهرتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ هدور و همکاران، ۲۰۰۲؛ سلوپر و همکاران، ۱۹۹۱؛ تورنر و کانینگهام، ۱۹۹۹؛ فیسمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۳؛ تانیلا و همکاران، ۲۰۰۵؛ ملباشی، ۱۳۸۲؛ خواجه‌پور، ۱۳۷۷؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ علیزاده، ۱۳۸۱؛ و حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ همسو و همخوان است. در تبیین و توجیه علمی - منطقی این فرضیه به نظر می‌رسد توجیحات دومین فرضیه اصلی پژوهش صادق است.

پایین بودن رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر عادی نیز تحت زیر فرضیه بعدی دومین فرضیه اصلی پژوهش تأیید شد. این یافته به این معناست که رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر از رضایت زناشویی والدین دارای دانش‌آموز پسر عادی نیز پایین است. این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی از جمله کلبانوف، ۱۹۹۵؛ لاونیوس، ۱۹۸۸؛ مارشاک و سلیگمن، ۱۹۹۳؛ مک‌لان هام و همکاران، ۱۹۹۴؛ دام روچ و پری، ۱۹۸۹؛ گات و گوملی، ۱۹۸۶؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ پل‌چات و همکاران، ۱۹۹۹؛ فلاهرتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ هدور و همکاران، ۲۰۰۲؛ سلوپر و همکاران، ۱۹۹۱؛ تورنر و کانینگهام، ۱۹۹۹؛ فیسمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۳؛ تانیلا و همکاران، ۲۰۰۵؛ ملاباشی، ۱۳۸۲؛ خواجه‌پور، ۱۳۷۷؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ علیزاده، ۱۳۸۱؛ و حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ همسو و همخوان است. در تبیین تأیید این فرضیه مبنی بر پایین بودن رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان پسر عادی به نظر می‌رسد توجیحات فرضیه صادق است.

در ادامه یافته‌های پژوهش، پایین بودن میزان ابراز وجود دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی تأیید شد. این یافته به این معناست که والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی نسبت به والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی کمتر ابراز وجود می‌کنند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های زیگلر، ۱۹۸۶؛ بلاچر، ۱۹۸۴؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ راج و همکاران، ۱۹۹۹؛ بارنت و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریسی و هوداپ، ۲۰۰۳؛ احمدپناه، ۱۳۸۰؛ احمدی، ۱۳۷۷؛ محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ و ذوالفقاری، ۱۳۷۵ همسو و همخوان است. در تبیین و توجیه علمی—منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد: ۱- داشتن فرزند معلول کم‌توان ذهنی بر عقاید، باورها، افکار و احساسات والدین این کودکان تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد تا جایی که والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخکامی، آرزوی مرگ، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان ابراز وجود و رفتار جسورانه والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر منفی می‌گذارد و در نهایت باعث ابراز وجود کمتر والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی نسبت به والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی می‌گردد، ۲- دلیل

احتمالی دیگر ابراز وجود کمتر والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی نسبت به والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی، تأثیر فرهنگهای متفاوت بر ابراز وجود است. بنابراین به نظر می‌رسد داشتن فرهنگ مشرق‌زمینی و برخورد هیجانی والدین با استثنایی بودن فرزند یا فرزندان و یا حتی اینکه والدین استثنایی و معلول کم‌توان ذهنی بودن فرزند را نوعی افت و شکست محسوب می‌کنند در پایین بودن ابراز وجود آنها مؤثر است.

پایین بودن ابراز وجود والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین دانش‌آموزان عادی مورد تأیید قرار گرفت. این یافته به این معناست که والدین دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی نسبت به والدین دانش‌آموزان دختر عادی کمتر ابراز وجود می‌کنند. این یافته با یافته پژوهش‌های زیگلر، ۱۹۸۶؛ بلاچر، ۱۹۸۴؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ راج و همکاران، ۱۹۹۹؛ بارت و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریزی و هوداپ، ۲۰۰۳؛ احمدپناه، ۱۳۸۰؛ احمدی، ۱۳۷۷؛ محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ و ذوالفقاری، ۱۳۷۵ همسو و همخوان است. در تبیین و توجیه علمی-منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد تبیینات سومین فرضیه اصلی پژوهش صادق است.

در ادامه یافته‌های پژوهش، پایین بودن میزان ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی از ابراز وجود والدین دانش‌آموزان پسر عادی مورد تأیید قرار گرفت. این یافته به این معناست که والدین دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین دارای فرزند پسر عادی از ابراز وجود پایین‌تری برخوردارند. این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی از جمله زیگلر، ۱۹۸۶؛ بلاچر، ۱۹۸۴؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ راج و همکاران، ۱۹۹۹؛ بارت و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریزی و هوداپ، ۲۰۰۳؛ احمدپناه، ۱۳۸۰؛ احمدی، ۱۳۷۷؛ محمداسماعیل و سادات موسوی، ۱۳۸۲؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵، حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱ و ذوالفقاری، ۱۳۷۵ همسو و همخوان است. در تبیین و توجیه علمی-منطقی تأیید این فرضیه به نظر می‌رسد تبیینات سومین فرضیه اصلی پژوهش صادق است.

با توجه به یافته‌های پژوهش، اجرای کلاس‌های ویژه آموزش خانواده برای والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی در زمینه راهبردهای مقابله با موضوعات فشارزای زندگی از جمله افزایش بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود از طرف ارگانها و سازمانهای مختلف از جمله سازمان آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی کشور، همچنین تهیه و پخش برنامه‌هایی در خصوص کنار آمدن با وجود

کودک معلول و کم‌توان ذهنی در خانواده‌ها و نحوه تربیت چنین فرزندان از طریق سازمان صدا و سیما با همکاری مراکز مربوط از جمله دانشگاهها و مراکز بهزیستی و اجرای مشاوره‌های فردی و گروهی برای خانواده‌های دارای فرزند معلول از جمله کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌گردد. تعمیم یافته‌های پژوهش صرفاً به اعضای گروه جامعه پژوهش و احساس شرم و خجالت برخی والدین در برابر پاسخدهی به برخی سؤالات پرسشنامه رضایت زناشویی در مورد روابط جنسی از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود.

منابع

- احمدپناه، محمد. (۱۳۸۰)، «تأثیر کم‌توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده»، *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال اول، شماره ۱.
- احمدی، زینب. (۱۳۷۷)، «مقایسه میزان عزت‌نفس مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۵)، *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان عقب‌مانده ذهنی*، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- البرزی، شهلا و لعیبا بشاش. (۱۳۷۵)، «تأثیر کودک کم‌توان ذهنی بر خانواده»، *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۴، شماره ۱ و ۲.
- بنی‌جمال، شکوه‌السادات و حسن احدی. (۱۳۷۳)، *بهداشت روانی و عقب‌ماندگی ذهنی*، تهران، انتشارات نی.
- پاولوف، ایوان. (۱۹۲۷). «ایوان پاولوف یکی از بنیانگذاران فیزیولوژی مدرن»، *ویژه‌نامه دانشمند*، شماره ۱۷. برگرفته از سایت: <http://database.irandoc.ac.ir>
- حسینی، سیدحمزه و حسین رضازاده. (۱۳۸۱)، «مقایسه نیازهای روانی - اجتماعی والدین دانش‌آموزان پسر عقب‌مانده ذهنی، تالاسمی و عادی مقطع ابتدایی در شهرستان ساری»، *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال دوازدهم، شماره ۳۷.
- خواجه‌پور، مهدی. (۱۳۷۷)، «بررسی و مقایسه واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.

- ذوالفقاری، محمدابراهیم. (۱۳۷۵)، «بررسی و مقایسه وضعیت زیستی و روانی - حرکتی والدین کودکان مبتلا به سندرم داون (تریزومی ۲۱) با کودکان عادی دبستانی در شهر مشهد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- ریس، شان و رودریک اس گراهام. (۱۹۹۱)، *آموزش ابراز وجود: چگونه همان کسی باشید که واقعاً هستید؟* ترجمه منیجه شهنی بیلاق و همکاران، (۱۳۷۹)، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سادوک، ویرجینیا و بنیامین سادوک. (۲۰۰۳)، *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی (۱۳۸۲)، تهران: انتشارات ارجمند.
- سلمانیان، علی‌اکبر. (۱۳۷۳)، «بررسی رابطه بین تفکرات غیرمنطقی (بر اساس رویکرد شناختی) با ناراضایتی زناشویی در دانشجوی معلمان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان بجنورد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- سهرابی، فریبا و مختار معتمدین. (۱۳۸۴)، «بررسی مقایسه‌ای بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی»، پژوهشکده تعلیم و تربیت، سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی.
- شریعتی، تقی و عباس داورمنش. (۱۳۷۵)، *اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده*، تهران، سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شریف‌نیا، فریبا. (۱۳۸۰)، «رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی - اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر دوره راهنمایی آنها در شهرستان اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- شیولسون، ریچارد. (۱۹۸۸)، *استدلال آماری در علوم رفتاری، جلد دوم: استنباط آماری*، ترجمه علیرضا کیامنش، (۱۳۷۴)، تهران، مؤسسه انتشارات جهاد دانشگاهی (ماجد).
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۱)، «تأثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده»، *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۴.
- فنستراهیم، هربر و جین بر. (۲۰۰۵)، *تمرین آزمایشگاهی قاطعیت*، ترجمه عباس چینی، (۱۳۸۳)، بر گرفته از سایت: <http://www.magiran.com>
- کرجسی و مورگان. (۱۹۷۰)، *ارزشیابی طرحها و برنامه‌های آموزشی برای توسعه*، ترجمه خدایار اردبیلی، (۱۳۷۵)، تهران.
- گنجی، حمزه. (۱۳۸۴)، *بهداشت روانی*. تهران، انتشارات قومس.

محمداسماعیل، الهه و سادات موسوی، حکیم. (۱۳۸۲)، «بررسی سلامت روانی مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری»، *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال سوم، شماره ۲.

معتمدین، مختار. (۱۳۸۳)، «تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با باورهای غیرمنطقی (براساس رویکرد شناختی) بر این باورها و رضایت زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده بهزیستی اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

معتمدین، مختار و رحیم بدری. (۱۳۸۴)، «مقایسه اثربخشی دو روش آموزش ابراز وجود (ایفای نقش و بروشور) بر بهداشت روانی، اضطراب اجتماعی، ابراز وجود و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پایه اول تحصیلی استان آذربایجان شرقی»، پژوهشکده کاربردی آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی.

ملاباشی، آمنه. (۱۳۸۲)، «بهداشت روانی والدین کودکان استثنایی»، *مجله مشاوره خانواده*، سال سوم، شماره ۲۲.

ملک‌پور، مختار. (۱۳۷۵)، *بهداشت خانواده کودکان عقب‌مانده ذهنی*، تهران، مؤسسه انتشاراتی تیان.

میانی‌فر، بهروز. (۱۳۸۵)، *بهداشت روانی*، تهران، نشر قومس.

نجاریان، بهمن و ایران داودی. (۱۳۸۰)، «ساخت و اعتباریابی SCL-۲۵: فرم کوتاه شده SCL-۹۰-R»، *مجله روان‌شناسی*، سال پنجم، شماره ۲.

نجاریان، بهمن و منصور سودانی. (۱۳۸۰)، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش واقعیت، علوم تربیتی و روان‌شناسی، دوره سوم، ۸»

هرمزی‌نژاد، معصومه. (۱۳۷۹)، «رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت‌نفس، اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی با ابراز وجود دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دوره ۳، شماره ۳ و ۴.

یوسفی‌لویه، مجید. (۱۳۸۳)، «مقدمه‌ای بر بهداشت روانی افراد با نیازهای ویژه»، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی (علمی، آموزشی، فرهنگی)*، شماره ۳۳ و ۳۲.

Albert, R. & Emmons, M. (1982). *Your perfect right: a guide for assertive living* (4th eds). Impact. Sun luis Obispo, California.

- Baker B. I., Landen, S. J. & Kashima K. J. (2005). *Effects of parents training of children with mental retardation: increased burden or generalized benefited?* <http://www.ncbi-nlm.nih.gov/enterz/avery.Fcgi?cmd=Retrieve & db=pubMed& list-uids= 193>. Department of psychology, UCLA. 90024-1563.
- Barnett J. & All. (1995). The Exceptional Children Parents and Mental Health. Internet search: www.exceptionalchildren.com.
- Ben-zur H., Duvdevany, I. & Lury, L. (2005). *School of social work*, University of Haifa, Mount Carmel, Haifa, Israel. ZBZ@Nenvision.net.ir. Association of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal of Intellect disable Res*, 49 (Pt1): 54-62.
- Blacher, J. (1984). *Severely handicapped. Young children, and families*. Research in Reviw. Orlando: Academic Press.
- Damroach, Shirley P. & Perry, Lesely A. (1989). *Self-reported adjustment sorrow, and copin of children with Down syndrom*. *Nursing Research* 38(1):25-30.
- Donovan, A. (1990). *Maternal perception of family stres and waies of coping with adolesents: A comparison study of mothers with autistic. Mentally retarded and non-handicapped adolecents*. *Journal of psychology*, 12, 23-34.
- Eisenson, J. (1991). *Communicative disorders in children*. New York: Macmillan.
- Ellis, Albert. (1989). *Retional-Emotive Theory*. In *Operational Theories of ersonality*. edited by Arthur Burton, PP. 308-44. New York: Brunner mazel.
- Farber, B. (2001). *Family adaptation severely mentally Retarded children*. In *Begab, M. and richardson, S. (Eds.). The mentally retarded and society: A social science perspective*. Baltimor: University Park Press.

- Fisman T. & All. (1989). *The Mental health of Eeptional cilldrens Parents*. American Menfal Health Conselours Association Jou, nal. Vol 7.42 – 58 .
- Fisman, Sandra N., Wolf, Lucill C. & Noh, Samuel. (1989). *Marital intimag in parents of exceptional children*. Canadian Journal of Psyciatry, 34(6): 519 – 525 .
- Flahrty, Erellyn M. & Masters, Glidden, I. (2000). *Positive adjustment in parents rearing with Dwn syndrome*. Early Education & Development, 11(4): 407 – 422 .
- Gath, A. & Gumley D. (1986). *Family background of children with Don`s syndrome and of children with to similare degree of mental retardation*. 13r, Journal of Psychology, 749: 161 – 177 .
- Goldberg, Susan., Marcovith, Sharon., Mac Gregor, Duna & lojkasek, Mirek (1996). *Family Responses to develop mentally delayed preschoders: Etiology & the fathers role*. American Journal of mental Deficiency, 9(6): 610 – 677 .
- Grebler, A. (1992). *Parental attitude toward mentally retarded children*. American Journal of Mentally deficiency, 56, 475 – 483 .
- Hedor, G., Anner`en. G. & Wikblad. L. (2002). *Self precieved health is Swedish Parents of children with Down`s syndrome. Quality of life Research: An International Jornal of Quality of life Aspects of treatments, Care & Rehabilitation*, 9(4): 415 – 422 .
- Horeby, Garry. (1994). *Effects on fathers of children with down syndrome*. Journal of child and family stidies, 4, 34 – 45 .
- Ingram, D. (1997). *Phonological disability in children*. New york: Elsevier.
- Kelbanoff, L. B. (1995). *Parents of Scizophrenic children, parental attitudes of mothers of scizophrenic, brain-inhured and retarded and normal children*. American Journal of Orthopsyciatry, 29, 445 – 454 .
- Kim, H.W., Greenberg, Seltzer M. & Kravss, W. (2003). *The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness*. Journal of Intellect Disable Res. 47(4 – 7): 313 – 327 .

- Lavenius, M. (1988). *Relations within a family with a mentally handicapped child*. International journal of special Education, 3, 89–96.
- Lillywithe, H.S., & Bradly, D.P. (1996). *Communication problems in mental retardation*. New York: Harper and Row.
- Makouski, E. Green wood, P. (1984). *Marital Adjustment as a Correlate of Social Interst. Individual Psychology: Journal of Alderian Theory* vol 40, 300–308.
- Marshak, L. E. and Seligman, M. (1993). *Counselling persons with psycally Disabilities*. New Yurk: Gones Press.
- Mclanhan, R. & all. (1994). *Mental health of parents*. Internet search: www.exeptionalchildren.com.
- Pelchat, Diane., Bissan, Jocely., Richard, Nicole., Perreault, Michel & Bouchard, J.M. (1999). *Longtudinal effects of an early family intervention program on the adaptation of parent of children with a disability*. International Journal of Nursing studies, 36(6): 465–477.
- Ricci, I.A . & Hoddap, R. M. (2003). *The Fathers of children with syndrome down,prseptions and stress`s*. Journal of Intellectual Disability Research. 47 (4–5): 273–284.
- Roach D. & All. (1999). *Mental Health and Parents*. Cambridge University Press.
- Rodriave, James R., Morgan, Sam B. & Geffken, Gary R. (2002). *Psychological adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development*. Journal of autism & Developmental Disorders, 22(2): 249–263.
- Roos, P. (2005). *Trens in residential institutin for the mentally retarded in university counlil for educational administration*. Trend in Education, columbus. Ohio: University Council for Educational Administration.
- Rosenberg, S. & Robinson, C. (1994). *Factor`s predicting parent participation in early childhood programs hand book of special education*. Research and Practice, Vol. 3, New York: Pergamon Press.

- Salter, A. (1949). *Conditional reflect therapy*. New york.
- Scott, Atkinson L.; Minton, H.L. & bowman, T. (1997). *Psychological Distress of Parents of infants with down Syndrome*. American Journal of mental retardation, 102(2):161–171.
- Sloper, Patricia; Knussen, Christina; Turner, Stephen & Cunningham, Cliff C. (1991). *The factors of estress`s and marital satisfaction in families with children with syndrome down*. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 32(4):656–676.
- Taunila, A. Kokonen J. & Jarvelin M. (2005). *The long-term effects of children`s early-onset disability on marital relationship*. Department of Public Hrelth science and General Practice, opulu, finland.
- Turner H. & Cunningham B. (1999). *The Mental Health of Parentes of Exeptional Childrens*.New york: Hito Rinehart and Wiston. INC.
- Winch, Robert. (2000). *Selected Studies in Marriage and the Fmily*. New york: Hito Rinehart and Wiston. INC.
- Wolfensberger, W. (2001). *Embarrassment in diagnostic process*. Mental Retarded, 3.29–31.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Zigler, E. (1986). *Understandig Mental Retardation*. Cambridge University Press.

تاریخ وصول: ۸۶/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱/۱۸