

## مقایسه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته‌گام، در خودمانده و عادی

امیر هاشم‌زاده

گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قزوین، ایران

مجتبی امیری‌مجد<sup>۱</sup>

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۰۶ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۴/۰۶/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۰۵

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش مقایسه رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته‌گام و مادران کودکان در خود مانده و مادران کودکان عادی در شهر تهران بود. روش پژوهش حاضر علی-مقایسه ای بود که به مقایسه سه گروه از مادران کودکان آهسته‌گام، در خود مانده و عادی پرداخت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای حداقل یک کودک ساکن در شهر تهران در سال ۹۲ بود. روش نمونه‌گیری این پژوهش، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. حجم نمونه ۱۵۰ نفر تعیین شد که این تعداد شامل ۵۰ مادر دارای کودک در خودمانده، ۵۰ مادر دارای کودک آهسته‌گام و ۵۰ مادر دارای کودک عادی بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB) و پرسشنامه مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله پرسشنامه‌ها توسط روش‌های استنباطی با استفاده از آزمون لوین، آزمون تحلیل واریانس و آزمون توکی تجزیه و تحلیل شد. مقایسه اطلاعات بدست آمده در هر سه گروه مورد مطالعه، نشان داد که رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته‌گام و مادران کودکان در خود مانده و مادران کودکان عادی در شهر تهران با هم متفاوت بود. به طور کلی نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته‌گام و مادران کودکان در خود مانده بسیار پایین‌تر از مادران کودکان عادی است (سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱). اما میزان رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در مادران کودکان آهسته‌گام با مادران کودکان در خود مانده تفاوت معناداری نداشت.

**کلیدواژه‌ها:** کودکان آهسته‌گام، کودکان در خودمانده، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانی.

## مقدمه

خانواده اصلی‌ترین هسته هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان یعنی پدران و مادران آینده جامعه دارد و هیچ نهاد و مرجعی نمی‌تواند جایگزین خانواده به ویژه مادر شود (احدی و نقشبندی، ۱۳۸۸). خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی مهم‌ترین و عمده‌ترین نقش را در تربیت کودک ایفا می‌نماید. یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی<sup>۲</sup>، نابینا<sup>۳</sup>، یا ناشنوا<sup>۴</sup> باشد. کم‌توان ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی<sup>۵</sup> است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید (افروز، ۱۳۷۶). کم‌توانان افرادی از جامعه هستند که در مراحل پایین رشد هوشی متوقف می‌شوند و در آن‌ها کنش‌های نهاد<sup>۶</sup> قوی و زیاد است (میلانی‌فر، ۱۳۸۲). اولشانسکی<sup>۷</sup> (۱۹۸۵) نشان داده است که اغلب والدینی که کودک کم‌توان ذهنی دارند از یک عکس‌العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند، به خصوص اگر

کودک دارای کم‌توانی عمیق باشد (مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۰). لاجوردی (۱۳۸۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و مادران کودکان عادی نشان داد که افسردگی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از مادران دارای کودک عادی است (لاجوردی، ۱۳۸۱). پژوهشی نشان داد که واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان کم‌توان بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به خصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می‌کند. به علاوه بیشتر واکنش‌های مادران، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بوده است. مهم‌ترین مسئله و شاید از مشکل‌آفرین‌ترین مسائل مربوط به یک کودک کم‌توان ذهنی و در خودمانده در خانواده، بعد تربیتی آن می‌باشد، که بیشترین بار تربیتی این مسئله بر عهده مادر است (کلاینگ، ۱۹۹۸). وجود کودک معلول از هر نمونه می‌تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش مادر باشد، به خصوص در فرهنگ ما که مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می‌کند. بنابراین این بار تربیتی و ناکامی‌های پی‌درپی مادر در تربیت فرزند ممکن است به پرخاشگری منجر شود. همچنین احساس

<sup>۲</sup>- Mental retarded (MR)

<sup>۳</sup>- Blind

<sup>۴</sup>- Deaf

<sup>۵</sup>- Mental

<sup>۶</sup>- Id

<sup>۷</sup>- Olshansky

هیجانی "نگرانی، افسردگی" قرار می‌دهد. امروزه یکی از مفاهیم جدیدی که در علوم بهداشتی، به ویژه بهداشت روان، وارد شده مفهوم کیفیت زندگی<sup>۱۰</sup> است. در دنیای امروز، زندگی کردن تنها به معنای زنده بودن و بیمار نبودن نیست، بلکه چگونگی زندگی نیز اهمیت دارد. در چنین شرایطی، دیگر افزایش میانگین طول عمر و امید به زندگی، هدف نیست، بلکه هدف افزایش سالهای زندگی سالم است؛ بدین معنی که چند سال از عمر افراد، به سلامت سپری شده است (جمالی، ۱۳۸۵). داشتن کودک استثنایی مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علایم جسمانی و افکار آشفته در والدین می‌شود. عملکرد روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد. تمامی این مشکلات باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (اولیوا و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). داشتن یک کودک استثنایی یعنی کودکی که آهسته‌گامی و یا مبتلا به اوتیسم است چه از لحاظ اقتصادی چه روانشناختی و غیره باعث کاهش سطح کیفیت زندگی والدین بویژه مادر که وقت بیشتری را با فرزند خود می‌گذارد می‌شود. با توجه به این که خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی و در خودمانده با سایر خانواده‌ها متفاوت هستند و در حین رشد و تحصیل

خشم و پرخاشگری از جمله مراحل واکنش‌اندوه است که به دنبال شوک<sup>۸</sup> ناشی از فقدان فرد مورد انتظار ایجاد می‌گردد. در این مرحله فرد به انتظارهای غیر واقع‌گرایانه متوسل می‌شود که بتواند همه چیز را به وضع مطلوب و مورد انتظار برگرداند (ملک پور، ۱۳۸۶). با توجه به این مسئله که والدین خصوصاً مادران بیش از پدران کودکان آهسته‌گام به علت اثرات ناشی از حضور کودک آهسته‌گام، از مشکلات متعدد روانی، جسمانی، اجتماعی و غیره رنج می‌برند و در نتیجه این مشکلات بر رفتار والدین با یکدیگر و تعامل والد و فرزند تأثیر می‌گذارد، همگی زمینه را برای تضعیف کارکرد طبیعی مادر فراهم می‌نمایند. وجود چنین مشکلاتی افزایش میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی و به ویژه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و اوتیسم<sup>۹</sup> را در مقایسه با مادران کودکان عادی در پی خواهد داشت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که، وجود یک فرزند آهسته‌گام در خانواده غالباً تجربه‌ای ناخوشایند است و آن‌ها را در معرض مشکلات جسمانی، اضطراب، افسردگی (دقیقی‌خداشهری، ۱۳۸۶)، افزایش اضطراب (دارابی، ۱۳۸۲)، مشکلات سازگاری اجتماعی (کوهستانی برزکی، ۱۳۸۶)، مشکلات روانی-اجتماعی (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۱)، استرس (رضایی، ۱۳۸۷)، مشکلات بهداشت روانی -

<sup>10</sup>- Quality of Life

<sup>11</sup>- Oliva J, Roa C, Del Llano

<sup>8</sup>- Numbness

<sup>9</sup>- Autism

رضایت از زندگی در والدین، تولد فرزند معلول است. فرزندان که از نظر جسمی یا ذهنی ناتوان هستند استرس خاصی را بر والدین بویژه مادر تحمیل می کنند. مهمترین مسائل و مشکلات این والدین عبارتند از: مشکل پذیرش ناتوانی کودک، فشار ناشی از پرستاری و مراقبت، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی خانواده و مسائل آموزشی و پزشکی (کوپر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در رابطه با کودکان آهسته گام و اوتیسم، مادران بیشتر با این کودکان ارتباط دارند و علاوه بر مسؤولیت های زندگی نقش مراقبت و آموزش کودک کم توان ذهنی و اوتیسم می تواند بر روی رضایت از زندگی مادران این افراد تاثیر بگذارد (لوتار<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶).

بهزیستی روانی شیوه و روشی است که فرد یک زندگی خوب را تعریف می کند و معمولاً اشاره به شادکامی دارد. افرادی که احساس بهزیستی روانی بالایی دارند، احساس زیاد لذت و خوشی و ناراحتی کم دارند و از زندگی شان احساس رضایت می کنند. بهزیستی روانی بر سلامت ذهنی مثبت دلالت دارد (ادواردز، ۲۰۰۵؛ به نقل از قربانی، ۱۳۹۱). نتایج مطالعه ای نشان داد که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند و از میان سه گروه مادران کودکان کم توان ذهنی، نابینا و

کودک خود دچار مشکلات متعددی در مورد آموزش فرزند خود در مدرسه می شوند و سبب می شود که از نظر روانی دچار احساس عذاب وجدان شوند که این امر آرامش روانی والدین آن ها را به هم می زند و سبب افت و پایین آوردن سلامت روان و رضایت از زندگی در آن ها می گردد و اغلب واکنش های رایج این والدین در قبال کودک خود طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می شود (معتدین، سهرابی، فتحی آذر و ملکی، ۱۳۸۷).

امروزه با تاکید بر نقش فرزندان در زندگی، آنها را عاملی در بروز نارضایتی از زندگی به شمار می آورند. چرا که با تولد و حضور فرزند تغییراتی در کارکرد خانواده ایجاد می شود (مینوچین، ۱۹۷۴؛ ترجمه ثنائی، ۱۳۷۵). تولد و حضور کودک با کم توانی ذهنی در خانواده و ظهور نیازهای ویژه از مسائل قابل توجه و بحث انگیز بوده است. زیرا با تاثیر گذاری بر کمیت و کیفیت روابط و ایجاد دگرگونی بر شرایط معمول خانوادگی و چگونگی تعامل اعضای خانواده می تواند موجب آشفتگی و افزایش میزان استرس و کاهش رضایت از زندگی در والدین شود و در نتیجه به عملکرد خانواده آسیب برساند (دایسون<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷؛ فیسمن<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ شافر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). یکی از عوامل کاهش

<sup>12</sup>- Dyson, L

<sup>13</sup>- Fisman, S. N

<sup>14</sup>- Schaffer, R. B

<sup>15</sup>- Cooper CE

<sup>16</sup>- luthar

## روش

روش پژوهش حاضر علی-مقایسه ای بود که به مقایسه سه گروه از مادران کودکان کم توان ذهنی، اوتیسم و عادی پرداخت. جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل کلیه مادران دارای حداقل یک کودک ساکن در شهر تهران بود. با توجه به اینکه حجم دقیق جامعه مورد پژوهش معلوم نبود، حجم نمونه ۱۵۰ نفر تعیین شد. بدین ترتیب که ۵۰ نفر مادران دارای کودکان آهسته‌گام، ۵۰ نفر مادران دارای کودکان اوتیسم و ۵۰ نفر مادران کودکان عادی (از طریق مدرسه با مادران کودکان حاضر در مدرسه ارتباط برقرار شد) به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تحلیل داده ها از شاخص ها و روش های آماری شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و آزمون های کولموگروف-اسمیرنف، لوین، تحلیل واریانس و آزمون توکی استفاده شد.

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه رضایت از زندگی

**(SWLS):** برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی که به طور نظری بر اساس مقایسه شرایط زندگی با استانداردها ی از پیش تعیین شده، پیش‌بینی می‌شود طراحی شده است. از آنجایی که افراد مختلف ممکن است ایده‌های متفاوتی درباره ترکیبات یک زندگی خوب داشته باشند، برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی کلی افراد طراحی شده است.

ناشنوا، مادران کودکان کم توان ذهنی از سلامت روانی پایین تری برخوردار بودند (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶). با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از خانواده های ایرانی از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول و همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشار روانی - اجتماعی و مالی ناشی از داشتن یک کودک معلول رنج می برند، که این عوامل باعث بر هم ریختگی سازمان خانواده می شوند. لذا ضروری است در زمینه تأثیر وجود فرزند معلول بعنوان یک استرس مزمن بر خانواده بویژه مادر ارزیابی صورت گیرد.

در نتیجه در این پژوهش انتظار می رود که کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان درخودمانده از مادران کودکان عادی کمتر باشد. فرضیه های پژوهش به شرح زیر بررسی شدند:

۱. کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان درخودمانده و مادران کودکان عادی تفاوت دارد.
۲. رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان درخودمانده و مادران کودکان عادی تفاوت دارد.
۳. بهزیستی روانی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان درخودمانده و مادران کودکان عادی تفاوت دارد.

نفری اجرا و ضریب هماهنگی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ بدست آمد.

### مقیاس کوتاه کیفیت زندگی

سازمان بهداشت جهانی: برای هر یک از عبارات این پرسشنامه ۵ گزینه منظور شده است. گزینه عبارات عبارتند از (خیلی زیاد)، (زیاد)، (در حد متوسط)، (کم) و (خیلی کم). پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد و ۰/۸۷ بدست آمد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش برای مقایسه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، و بهزیستی روانی مادران کودکان کم توان ذهنی، درخودمانده و عادی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

مقیاس رضایت از زندگی جنبه مثبت تجارب افراد را به جای تمرکز بر هیجانات منفی اندازه می‌گیرد. خصوصیات روانسنجی این مقیاس در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است (داینر و دیگران، ۱۹۸۵؛ لویز<sup>۱۷</sup> و دیگران، ۱۹۹۵؛ هالتل و گاستاوسون<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸؛ جووانی و دیگران، ۲۰۰۹؛ اسوامی و چامور-پرمازیک، ۲۰۰۹؛ دوراک<sup>۱۹</sup> و دیگران، ۲۰۰۹). ضرایب هماهنگی درونی مقیاس بطور هماهنگی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (داینر و دیگران، ۱۹۸۵؛ لویز و دیگران، ۱۹۹۵). تحقیقات انجام شده نشان داده است روایی همگرا و واگرای SWLS در حد مناسبی است به طوری که که نمرات SWLS با نمرات سایر ابزارها یا اندازه‌گیری بهزیستی ارتباط مثبت و معنی‌داری داشته‌است (داینر و دیگران، ۱۹۸۵؛ لوکاس<sup>۲۰</sup> و دیگران، ۱۹۹۶). همچنین ارتباط منفی و معنی‌داری با سازه‌هایی چون افسردگی، اضطراب، عواطف منفی و پریشانی روانی داشته است (پاوت و داینر، ۲۰۰۸).

### پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف

(RSPWB): این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس در آغاز بر روی یک نمونه ۳۲۱

<sup>17</sup> - Lewis

<sup>18</sup> - Hultell, D., & Gustavsson, J

<sup>19</sup> - Durak, M

<sup>20</sup> - Lucas

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات خام سه گروه مادران

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	۵۰	۱۶۰۰۸۹۶	۵۰۵۶۳۸۱
	مادران کودکان درخودمانده	۵۰	۲۳۰۱۳۲۶	۴۰۱۶۷۸۱
	مادران کودکان عادی	۵۰	۲۲۰۴۵۷۵	۴۰۶۴۷۰۲
کیفیت زندگی	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	۵۰	۱۷۰۵۸۷۱	۵۰۵۷۹۴۴
	مادران کودکان در خود مانده	۵۰	۱۹۰۱۰۸۷	۵۰۱۷۸۳۲
	مادران کودکان عادی	۵۰	۱۱۰۴۸۰۲	۴۰۲۲۸۷۸
بهزیستی روانی	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	۵۰	۲۴۰۴۳۶۹	۵۰۷۸۹۲۴
	مادران کودکان در خود مانده	۵۰	۱۷۰۳۳۲۵	۸۰۲۸۱۵۸
	مادران کودکان عادی	۵۰	۲۵۰۳۱۹۳	۷۰۷۴۱۸۷

جدول شماره ۳ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های مورد آزمایش را نمایش می‌دهد. مطابق اطلاعات این جدول در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معناداری بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی با مادران کودکان در خود مانده وجود ندارد اما تفاوت رضایت از زندگی مادران کودکان عادی با هر دو گروه مادران کودکان در خود مانده و کودکان کم‌توان ذهنی معنی دار است. در متغیر کیفیت زندگی نیز تفاوت معناداری بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان در خود مانده مشاهده نمی‌شود در حالی که تفاوت کیفیت زندگی مادران کودکان عادی با هر دو گروه فوق معنی دار است. به همین ترتیب در متغیر بهزیستی

جدول شماره ۱ مشخصه‌های آماری افراد شرکت‌کننده در پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، و بهزیستی روانی را نمایش می‌دهد.

جدول شماره ۲ خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌های مورد آزمایش در سه متغیر مورد مطالعه را نمایش می‌دهد. مطابق داده‌های این جدول تفاوت معناداری بین میزان رضایت از زندگی سه گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی، مادران کودکان در خود مانده و مادران کودکان عادی وجود دارد. (تأیید فرضیه اول پژوهش). همچنین تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روانی وجود دارد. (تأیید فرضیه‌های دوم و سوم پژوهش).

روانی نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مادران کودکان کم توان ذهنی و کودکان در خود مانده یافت نشد اما تفاوت سطح بهزیستی روانی مادران کودکان عادی با هر دو گروه مادران کودکان در خود مانده و مادران کودکان کم توان ذهنی معنادار است.

جدول ۲ خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین‌های سه گروه

متغیر	منبع تغییر	Ss	df	Ms	F	sig
رضایت از زندگی	BG	۲۳۶۵۹.۱۲۰۴	۲	۱۱۸۲۹.۵۶۰۲	۱۵۵.۱۵۰۱	*.۰۰۰۰۱
	WG	۱۱۲۰۸.۱۵۱۷	۱۴۷	۷۶.۲۴۵۹		
	T	۲۴۷۸۷.۲۷۲۱	۱۴۹			
کیفیت زندگی	BG	۸۹۷۱۳.۹۴۰۲	۲	۴۴۸۵۶.۹۷۰۱	۱۷۸.۴۵۷۵	*.۰۰۰۰۱
	WG	۳۶۹۴۹.۸۱۸۸	۱۴۷	۲۵۱.۳۵۹۳		
	T	۱۲۶۶۶۵.۷۵۹	۱۴۹			
بهزیستی روانی	BG	۷۶۵۹.۴۱۷۳	۲	۳۸۲۹.۷۰۸۶	۱۷۵.۱۵۳۲	*.۰۰۰۰۱
	WG	۳۳۱۴.۱۴۸۹	۱۴۷	۲۱.۸۶۴۹		
	T	۱۰۸۷۳.۵۶۶۲	۱۴۹			

جدول ۳ خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها

گروه اول	گروه دوم	رضایت از زندگی	کیفیت زندگی	بهزیستی روانی
اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
مادران کودکان کم توان ذهنی	مادران کودکان در خود مانده	۲.۲۲۳۰	-۷.۰۴۳۰	-۲.۵۸۰۷
مادران کودکان کم توان ذهنی	مادران کودکان عادی	*۱	-۴۶.۳۶۷۹	-۱۵۶۱.۰۳
مادران کودکان کم توان ذهنی	مادران کودکان عادی	*۱	۳۹.۳۲۴۹	-۱۳.۰۲۹۶

### بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه اطلاعات بدست آمده در هر سه گروه مورد مطالعه، نشان داد که رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان در خود مانده و مادران کودکان عادی در شهر تهران با هم متفاوت است. رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان در خود مانده بسیار پایین تر از مادران کودکان

عادی است. اما میزان رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در مادران کودکان کم توان ذهنی با مادران کودکان در خود مانده تفاوت معناداری ندارد.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیگر نیز هم راستا بوده است. مادران کودکان کم توان ذهنی سطح اضطراب بالاتری دارند. پژوهش‌های (محرابی، ۱۳۸۶؛ کارخام<sup>۲۱</sup>،

<sup>21</sup> - Kirkham, A.A



(۱۳۹۰)، به بررسی مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی پرداختند. نتایج نشان داد بین کیفیت زندگی و سطوح ناتوانی فرزندان رابطه مثبتی وجود دارد. به طوریکه والدین دارای فرزند چند معلولیتی در بخشهای روانی و جسمانی پرسشنامه، نمرات پایین تری بدست آوردند. طبیعی ترین 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 می گیرد (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 کم توان ذهنی باشد (علیزاده، ۱۳۸۱). کودکان کم توان ذهنی نه تنها بر والدین تأثیر دارند، بلکه سایر اعضای خانواده یعنی دیگر فرزندان را هم تحت تأثیر قرار می دهند. در این زمان آرامش خانواده به هم خورده و تمام نگاهها به سوی کودک معلول معطوف می شود (احمدپناه، ۱۳۸۹). وجود کودک معلول ممکن است ضایعات و آثار جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. مادر و پدر ممکن است از داشتن فرزند کم توان ذهنی به شدت رنج ببرند و حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت از خود نشان دهند و یا حتی آرزوی مرگ داشته باشند (البرزی و بشاش، ۱۳۷۵). به طور کلی خانواده کودک کم توان ذهنی به لحاظ داشتن

۲۰۰۲ و جانوف- بالمن<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۲) نیز بیان گر سطح بالای اضطراب، استرس، افسردگی و تعامل والد- فرزند ضعیف است. لاجوردی (۱۳۷۱) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی نشان داد که افسردگی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از مادران دارای کودک عادی است. کامینگز، بیلی و رای<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۴)؛ به نقل از احمدی (۱۳۸۷)، در مطالعه ای که بر روی ۲۴۰ نفر از مادران کودکان استثنایی انجام دادند، نشان دادند که مادران کودک استثنایی از افسردگی بیشتری رنج می برند و در برابر کنترل عصبانیت خود در مقابل فرزندشان مشکل بیشتری داشتند. همچنین تحقیقات نشان می دهد، والدین کودکان ناتوان دارای حالات هیجانی ناپایدار، بیماریهای روانشناختی، سوگ پایدار و انزوای اجتماعی هستند (چاندورکار و چاندورکار<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۲). از آنجا که مادران تعامل بیشتری با فرزندان کم توان ذهنی خود دارند و شاهد محدودیت های روزافزون آن ها بوده و شاید هم به دلیل حمایت گری افراطی آن ها (مارفو، ۱۹۸۴)؛ باراک و همکاران، (۱۹۹۹) اضطراب بیشتری را تجربه می کنند؛ در حالی که پدران به دلیل مشغله کاری و حضور کمتر در فضای خانه سطح اضطراب کمتری در مقایسه با مادران دارند. در پژوهشی صیدی و همکاران

<sup>22</sup>- Janoff-Bulman, R

<sup>23</sup>- Cummings, Belie, Rye

<sup>24</sup>- Chandorkar H Chandorkar K

۱۹۹۵) داشتن افکار بیمارگونه در ذهن والدین فرزندان کم‌توان و آهسته‌گام (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 (دام روچ و پری، ۱۹۸۹) تجربه غم و اندوه مزمن و فراوان در والدین کودکان کم‌توان ذهنی، خود سرزنی و داشتن مشکل در نحوه سازگاری و مقابله با معلولیت فرزند خود (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۶) وجود عزت نفس پایین و مشکل در سازگاری والدین فرزندان کم‌توان ذهنی (پل چات 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 داوونی (هدو و همکاران، ۲۰۰۲) وجود تفاوت معنادار بین سلامت خود ادراکی والدین فرزندان کم‌توان ذهنی و عادی (رودریا و همکاران، ۲۰۰۲) وجود تفاوت معنادار در مورد جست‌وجوی راهبردهای سازش با وجود فرزند مبتلا به اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان عادی و تجربه مشکلات جسمی و روانی زیاد (بن زر و همکاران، ۲۰۰۵) تأثیر تقویت حمایت‌های اجتماعی بر سلامت روانی مادران دارای فرزند معلول را می‌توان نام برد.

## منابع

احدی، حسن. نقش‌بندی، سیامک. (۱۳۸۸). مقاله رابطه شیوه‌های دل‌بستگی با رضایت زناشویی.

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 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).

والدین کودکان کم‌توان ذهنی اغلب با فشارهای شدید روانی، اقتصادی و غیره روبه‌رو 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). آهسته‌گامی یکی از فرزندان خانواده به عنوان یک عامل مهم مستقیم و یا غیرمستقیم بر بهداشت روانی والدین و رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد. (روس<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۵؛ ولفنبرگر<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۱؛ فاربر<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۱).

پژوهش‌های گربلر (۱۹۹۲) احساس ننگ اجتماعی و وجود اختلال در سلامت روان والدین کودک کم‌توان ذهنی (کلبانوف،

<sup>25</sup>- Roos

<sup>26</sup>- Wolfensberger

<sup>27</sup>- Farber

در ادبیهشت ۸۸، ص ۳-۱۳.

افروز، غلامعلی. (۱۳۷۶). مقدمه ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی. چاپ نهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. ص ۲۳.

البرزی، شهلا. بشاش، لعیا. (۱۳۸۵). تاثیر کودک عقب مانده ذهنی بر خانواده. پژوهش های روانشناختی، ۴، ۱ و ۲. ۳-۱۴.

امیر کافی، م. (۱۳۷۴). اعتماد اجتماعی و عوامل موثر بر آن، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

احمدپناه، محمد. (۱۳۸۰). تأثیر کم توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. سال اول، شماره ۱.

احمدی زینب، (۱۳۸۷). مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، اهواز. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. ص ۱.

بنی جمال، شکوه السادات و حسن احدی. (۱۳۷۳). بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی. تهران، انتشارات نی.

جمالی، ط. (۱۳۸۵). مقایسه کیفیت زندگی والدین دانش آموزان دختر و پسر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و والدین عادی ۸-۱۰ ساله شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

حسینی، سیدحمزه. و رضازاده، حسین. (۱۳۸۱). مقایسه نیازهای روانی اجتماعی والدین دانش آموزان پسر عقب مانده ذهنی، تالاسمی و عادی مقطع ابتدایی در شهرستان ساری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال دوازدهم، شماره ۳۷.

خرم آبادی، ر. (۱۳۸۷). بررسی استرس والدگری

در مادران کودکان اتیستیک و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار، مقاله ششمین همایش سراسری کودکان دارای مشکلات ذهنی و ارتباطی.

خواجه پور، مهدی. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه واکنش های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم توان ذهنی شهر اهواز؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، اهواز. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. ص ۱.

داورمنش، عباس. (۱۳۹۱). کودک کم توان و اختلالات روانشناختی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۴۳، ۲۷-۲۸.

دقیقی خدا شهری، آ. (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه بهداشت روانی والدین کودکان MR وعادی مدارس ابتدایی شهر شیراز در سال ۸۶-۸۵، مقاله ششمین همایش سراسری کودکان دارای مشکلات ذهنی و ارتباطی.

دارابی، س. (۱۳۸۲ و ۱۳۸۳). بررسی و مقایسه میزان اضطراب مادران کودکان عقب مانده ذهنی با مادران کودکان عادی در شهرستان گیلان غرب، فصل نامه مددکاری اجتماعی، ۳، ۱۶-۱۷؛ ۱۱۳-۱۲۳.

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. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

رضایی، م. (۱۳۸۷). بررسی نقش آموزش و مشاوره فعالیت های روزمره زندگی بر مادران کودکان عقب مانده ذهنی، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

- تهران: نوجوانان استثنایی، چاپ پنجم، تهران: انتشارات قومس. ص ۵۸ و ۵۹.
- مهرابی زاده هنرمند مهناز. نجاریان، بهمین. مسعودی، میترا. (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. فصلنامه کودکان استثنایی. سال ۱۳۸۰، سال اول، شماره ۲، ص ۱۳.
- ملک پور، مختار. جدیدی زاده، نیکی. (۱۳۸۶). بررسی رابطه فشار روانی والدین کودکان عقب مانده ذهنی با سن، جنسیت و میزان تحصیلات والدین. مجله پژوهش های روانشناختی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ۱، ۳، ۲۷-۵۶.
- ملک پور، مختار. (۱۳۷۵). بهداشت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی. ص ۳۲.
- معمدین، مختار. سهرابی، فریبا. فتحی آذر، اسکندر. ملکی، صادق. (۱۳۸۷). مقایسه ی بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش آموزان کم توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی. دانش و پژوهش در روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۳۵، ۱۲-۱۵.
- میکائیلی منبع، فرزانه. (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران با و بدون دانش آموزان کم توان ذهنی: اثر سبک های مقابله ای. پژوهش در کودکان استثنایی/ سال هشتم، شماره ۱، ۵۳-۶۸.
- محرابی، حسین. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روان والدین عادی و استثنائی شهرستان گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بیرجند.
- ملاباشی، آمنه. (۱۳۸۲). بهداشت روانی والدین کودکان استثنایی. مجله مشاوه خانواده. سال سوم، شماره ۲۲.
- تهران: شریفی درآمدی، پ. (۱۳۸۱). روانشناسی کودکان استثنایی. تهران: روانسنجی، جلد ۲.
- شریعتی، تقی و عباس داورمنش. (۱۳۷۵). اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده. تهران، سازمان بهزیستی کشور. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- صیدی، مریم. کاکابرای، کیوان. چچانی، فرشید. بابایی، سمیه. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی. همایش منطقه ای روانشناختی کودک و نوجوان.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۱). تأثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۴.
- کوهسالی برزکی، م. (۱۳۸۶). ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی شهر کاشان، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- کلاینگ، کریس ال. (۱۹۹۸). کنار آمدن با چالش های زندگی. ترجمه: نریمانی، محمد. ولیزاده حقی، اسماعیل. مشهد. انتشارات آستان قدس رضوی. سال ۱۳۸۳، ص ۳۰۳.
- قربانی، شهرزاد. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی زنان شاغل. فصلنامه سلامت روان، ۴، ۲۵.
- لاجوردی، زهره. (۱۳۸۱). بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه تهران. ص ۱.
- مینوچین، سالوادور. (۱۹۷۴). خانواده و خانواده درمانی، ترجمه باقر ثنایی (۱۳۷۵). تهران، انتشارات امیرکبیر.
- میلائی فر بهروز. (۱۳۸۲). روان شناسی کودکان و

- (1989) . Self-reported adjustment sorrow, and copin of children with Down syndrom. *Nursing Research* 38(1) : 25 – 30 .
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49,71-75.
- Dyson, L. L.(1996). Response to the Presence of a Child with Disabilities: Parental Stress and Family Functioning over Time. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 2, 207-218.
- Dyson, L. L.(1997). Fathers and Mothers of School- Age Children with Developmental Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Social Support. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 3, 207-279.
- Dalkey, N. C., et al. (1972). ("Studies in Quality of Life, Washington DC". Lexington Books.
- Fisman, S. N.; Wolf, L. & Noh, S. (1989). Marital Intimacy in Parents of Exceptional Children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 6, 519-525.
- 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.
- Flahrty, Erelyn 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 .
- Grebler, A. (1992) . Parental attitude toward mentally retarded children. *American Journal of Mentally deficiency*, 56, 475 – 483.
- محمداسماعیل، الهه. و سادات موسوی، حکیم. (۱۳۸۲). بررسی سلامت روانی مادران دانش آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. سال سوم، شماره ۲.
- نائینیان، م. شعیری، م. روشن، ر. صید محمدی، ک. خلفی، ز. (۱۳۸۴). مطالعه برخی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی QLQ، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار، دانشگاه شاهد، سال دوازدهم، شماره ۱۳.
- یوسفی لویه، مجید. (۱۳۸۳). مقدمه ای بر بهداشت روانی افراد با نیازهای ویژه. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی (علمی، آموزشی، فرهنگی)*، شماره ۳۳ و ۳۲ .
- Burack, J.A., Hodapp, R.M, Zigler, E. (2004). *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge university press.
- Barnett J. & All. (1995) . *The Exeptional Children Parents and Mental Health*. Internet search: [www.exeptionalchildren.com](http://www.exeptionalchildren.com).
- Blacher, J. (1984) . *Severely handicapped. Young children, and families*. Research in Reviw. Orlando: Academic Press.
- Chandorkar H Chandorkar K. (2002). Psychological morbidity of parents of mintally retarded children. *India Journal of psychiatry*, 47(27): 271-274.
- Cooper CE, McLanahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*. 2009;71(3):558-74.
- Cooper CE, McLanahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*.71(3):558-74.
- Damroach, Shirley P. & Perry, Lesely A.

- diseases. *American Journal of Public Health*, 75, 754-757.
- Pelchat, Diane., Bissan, Jocely., Richard, Nicole., Perreault, Michel & Bouchard, J.M. (1999). Longitudinal 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.
- Ryff, C.D. (1995). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069- 1081.
- Roos, P. (2005). Trends in residential institutions for the mentally retarded in university council for educational administration. *Trend in Education*, Columbus, Ohio: University Council for Educational Administration.
- Roach D. & All. (1999). *Mental Health and Parents*. Cambridge University Press.
- Ricci, I. A. & Hoddap, R. M. (2003). The Fathers of children with syndrome down, perceptions and stress's. *Journal of Intellectual Disability Research*. 47 (4 - 5) : 273- 284.
- Sloper, Patricia; Knussen, Christina; Turner, Stephen & Cunningham, Cliff C. (1991). The factors of stress's and marital satisfaction in families with children with syndrome down. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 32(4) : 656 - 676.
- Scheier, M.; Carver, C. & Bridges, M. (1998). Optimism, pessimism and psychological well-being. In E. Chang (ed.), *Optimism and pessimism: Theory, Research and Practice*. Washington, DC: American Psychology Association.
- Sousa, L. & Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction, in J. Worell (Ed), *Encyclopedia at women and gender: Sex similarities and difference*. 667 - 676.
- Turner H. & Cunningham B. (1999). *The Mental Health of Parentes of Exeptional Childrens*. New york: Hito Rinehart and Wiston. INC.
- Goldberg, Susan., Marcovith, Sharon., Mac Gregor, Duna & lojkasek, Mirek (1996). Family Responses to develop mentally delayed preschoolers: Etiology & the fathers role. *American Journal of mental Deficiency*, 9(6) : 610 - 677.
- 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.
- Janoff-Bulman, R. (2002). *Shattered assumptions*. New York: Free press.
- 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.
- Kirkham, A.A. (2002). Two-year follow-up of skills training with mother of children with disabilities. *American journal of mental retardation*, 97 (5), 509-520.
- Kohsali M, Mirzamani M, Mohammadkhani P, Karimlo M. (2007). [Social adjustment than mothers of mentally retarded girls with mothers teaching daughters to be normal in Kashan]. *Rehabilitation journal*; 8(2): 40-7. (Persian).
- Marshak, L. E. and Seligman, M. (1993). *Counselling persons with psycally Disabilities*. New Yurk: Gones Press.
- Marfo, K. (1984). Interactions between mothers and their mentally retarded children: Integration of research findings. *Journal of applied developmental psychology*, 5, 45-69.
- Oliva, J., Roa, C., Del, Llano. (2003). Indirect costs in ambulatory patients with-HIV/AIDS in Spain: a pilot study. *Pharmacoeconomics*; 21(15): 1113-21.
- Olshansky, S. J., Pearce, J. C., Carver, C. (1962). Pursuing longevity, delay VS.elimination of degenerative

- Research, 48:157-187.
- Wolfensberger, W. (2001) . Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retarded*, 3.29 – 31.
- Zigler, E. (1986) . *Understanding Mental Retardation*. Cambridge University Press.
- 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.
- Veenhoven, R. (1999). Quality of life in individual society. *Social indicators*