

مطالعات تربیتی و روان شناسی

مجله علمی - پژوهشی

دوره یازدهم، شماره ۱، سال ۱۳۸۹



انجمن ایرانی تعلیم و تربیت

بازشناسی مفهوم و تبیین جایگاه تخیل در برنامه‌های درسی و آموزش با تأکید بر دوره ابتدایی

رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی

نسبت آموزش مجازی با هدف‌های تربیت از دیدگاه فلسفه هستی

تأثیر قصه‌های قرآنی بر هوش هیجانی کودکان

استعاره: مفهوم، نظریه‌ها و کارکردهای آن در تعلیم و تربیت

بررسی الگوی سازمان‌دهی برنامه درسی جاری سطح یک حوزه علمیه و ارائه ویژگی‌های مطلوب آن با توجه به رویکرد تلفیقی مضمون محور

بررسی رابطه تسلط ربع‌های مغزی مدیران آموزشی با سطح اثربخشی عملکرد آن‌ها

توانایی برنامه ریزی و سازمان‌دهی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی

بررسی تأثیر حرکات ریتمیک یوگا بر تعاملات اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی (پسر) مقطع ابتدایی شهر سنگان-خواف

تأثیر بازانديشي در عمل بر تفکر انتقادی دانشجو- معلمان مراکز تربیت معلم تبریز

ذهنیت فلسفی و سبک رهبری مدیران در نظام آموزش عالی (مورد بررسی: دانشگاه فردوسی مشهد)

بررسی تطبیقی عنصر محتوا در برنامه درسی آموزش عمومی علوم ایران و چند کشور جهان

مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر شهر مشهد

بررسی سبک‌ها و ابعاد دلبستگی بزرگسال در تجاوزگران جنسی و مقایسه آن با افراد عادی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مطالعات تربیتی و روان‌شناسی
دانشگاه فردوسی مشهد

مجله علمی - پژوهشی

دوره یازدهم - شماره اول - سال ۱۳۸۹

ISSN : ۱۶۰۸-۲۸۴۲

تاریخ انتشار این شماره : آبان ۱۳۸۹

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۱۲۴۱۱۴۰۵ مورخ ۸۳/۲/۱۲

این مجله با همکاری انجمن ایرانی تعلیم و تربیت منتشر می‌شود
و به استناد مجوز شماره ۳/۲۹۱۰/۲۷۲ مورخ ۸۳/۴/۳ کمیسیون
نشریات علمی کشور دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

این مجله در پایگاههای زیر نمایه می‌شود :

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)
- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)
- پایگاه بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)

فهرست مندرجات

صفحه	نویسنده	عنوان
۵	محمود مهر محمدی	بازشناسی مفهوم و تبیین جایگاه تخیل در برنامه‌های درسی و آموزش با تأکید بر دوره ابتدایی
۲۱	مینا باقری نژاد - جواد صالحی فدردی سید محمود طباطبایی	رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی
۳۹	سعید ضرغامی	نسبت آموزش مجازی با هدف‌های تربیت از دیدگاه فلسفه هستی
۶۱	رضا هویدا- رضا همایی	تأثیر قصه‌های قرآنی بر هوش هیجانی کودکان
۷۷	اسدالله زنگویی - بختیار شعبانی ورکی محمود فتحی - جهانگیر مسعودی	استعاره: مفهوم، نظریه‌ها و کارکردهای آن در تعلیم و تربیت
۱۰۹	سید جواد قندبلی	بررسی الگوی سازمان‌دهی برنامه درسی جاری سطح یک حوزه علمی و ارائه ویژگی‌های مطلوب آن با توجه به رویکرد تلفیقی مضمون محور
۱۳۳	اکرم مقدسی - میر محمد سیدعباس‌زاده علی غنائی چمن‌آباد	بررسی رابطه تسلط ربع‌های مغزی مدیران آموزشی با سطح اثربخشی عملکرد آن‌ها
۱۵۱	علی مشهدی - کاظم رسول‌زاده طباطبایی پرویز آزاد فلاح - عاطفه سلطانی فر	توانایی برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی در کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه/افزون‌کنشی
۱۷۱	بهرام علی قنبری هاشم آبادی معصومه سعادت	بررسی تأثیر حرکات ریتمیک یوگا بر تعاملات اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی (پسر) مقطع ابتدایی شهر سنگان - خواف
۱۸۹	رحیم بدری گرگری - اسکندر فتحی‌آذر سید داود حسینی نسب - محمد مقدم	تأثیر بازاندیشی در عمل بر تفکر انتقادی دانشجو-معلمان مراکز تربیت معلم تبریز
۲۱۱	طاهره جاویدی کلاته آبادی - رزینا ابوترابی	ذهنیت فلسفی و سبک رهبری مدیران در نظام آموزش عالی (مورد بررسی: دانشگاه فردوسی مشهد).
۲۳۵	رضا جعفری هرنندی - سید ابراهیم میر شاه جعفری - محمد جواد لیاقتدار	بررسی تطبیقی عنصر محتوا در برنامه درسی آموزش عمومی علوم ایران و چند کشور جهان
۲۶۱	سیدعلی کیمیایی - حسین محرابی زهرا میرزائی	مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر شهر مشهد
۲۷۹	الهه حقیقت‌منش - حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف - بهرام علی قنبری هاشم آبادی بهروز مهران	بررسی سبک‌ها و ابعاد دل‌بستگی بزرگسال در تجاوزگران جنسی و مقایسه آن با افراد عادی



کیمیایی، سید علی؛ محرابی، حسین؛ میرزایی، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد. *مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱۱ (۱)، ۲۷۸-۲۶۱.

مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد

سید علی کیمیایی^۱ - حسین محرابی^۲ - زهرا میرزایی^۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۱۱ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۸

چکیده

هدف مطالعه حاضر، مقایسه وضعیت سلامت روان والدین دارای فرزند کم توان ذهنی آموزش پذیر و ابعاد مختلف آن شامل افسردگی، اضطراب، شکایت های جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی می باشد. پژوهش حاضر، یک مطالعه پیمایشی بر روی ۱۹۱ پدر و مادر دارای فرزند کم توان ذهنی آموزش پذیر (۱۱۴=مادر و ۷۷=پدر) است که فرزندان آن ها در ۲۸ مدرسه استثنایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه گیری، روش خوشه ای - تصادفی چند مرحله ای بود. پس از نمونه گیری، وضعیت سلامت روان آن ها به کمک پرسشنامه سلامت عمومی^۴ مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخصات دموگرافیک آن ها نیز به کمک پرسشنامه محقق ساخته گردآوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی، آزمون مستقل و آزمون غیر پارامتریک یومن-ویتسی به منظور مقایسه میانگین در دو گروه استفاده شد. از ۱۹۱ پدر و مادر دارای فرزند کم توان ذهنی این مطالعه، تعداد مادران ۱۱۴ نفر (۵۹/۶٪) با میانگین سنی ۳۸ و با دامنه سنی ۲۵-۵۸ سال و ۶۲/۲٪ آن ها بی سواد یا دارای سواد ابتدایی بودند و پدران ۷۷ نفر (۴۰/۳٪) با میانگین سنی ۴۱ سال و دامنه سنی ۲۸-۶۰ سال و ۴۲/۸٪ بی سواد یا دارای سواد ابتدایی بودند. با توجه به نمره میانگین سلامت روان برای کل والدین $\bar{X} = 29.4$ با $SD = 11.7$ ، تمام آن ها در سلامت روان مشکلات جدی داشتند؛ ولی تفاوت معناداری بین پدران و مادران این کودکان به لحاظ میزان اختلال در سلامت روان وجود نداشت و هر دو گروه به یک میزان از مشکلات سلامت روان رنج می بردند ($p < 0.05$). همچنین، بین شکایت های جسمانی آن ها نیز تفاوت

۱- استادیار دانشگاه فردوسی مشهد - Kimiaee@um.ac.ir

۲- کارشناس ارشد دانشگاه پیام نور

۳- کارشناس آموزش ابتدایی آموزش و پرورش تبادکان مشهد

معناداری وجود نداشت ($p < 0/05$)، اما بین اضطراب و افسردگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تفاوت معنادار بود و مادران سطح اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با پدران داشتند ($p > 0/05$). اما بین شدت اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران تفاوت معناداری وجود نداشت ($p < 0/05$).
واژه‌های کلیدی: سلامت روان، پدران و مادران، کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر.

مقدمه

امروزه یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی در تمام کشورها، سطح بهداشت و سلامت جامعه است. سازمان بهداشت جهانی^۱، بهداشت روانی^۲ را در درون مفهوم کلی بهداشت جای داد و آن‌را حالت سلامتی^۳ کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه تنها «عدم وجود بیماری» تعریف کرده (منشی، ۱۳۷۲) و فرهنگ بزرگ لاروس نیز بهداشت روانی را «استعداد روان برای کار کردن مؤثر، هماهنگ و خوشایند، انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های دشوار و توانایی حفظ تعادل خود» تعریف می‌کند (گنجی، ۱۳۸۰).

اصولاً بهداشت روانی یکی از بحث‌های مهم حوزه مشاوره و روان‌شناسی است که مکاتب دیدگاه‌های مختلف، تعاریف و رویکردهای گوناگونی نسبت به آن اتخاذ نموده‌اند. رویکرد زیست‌گرایی، سلامت روان را بر اساس مبانی پزشکی تبیین می‌نماید؛ در حالی که مکتب روان‌کاری، سلامت روان را توانمندی «خود» در برقراری تعادل میان «نهاد» و «فراخود» می‌داند. مکتب رفتارگرایی آن‌را وابسته به محرک‌ها و محیط دانسته و انسان‌گرایان نیز در بحث سلامت روان بر رشد فرد جهت رسیدن به خودشکوفایی تأکید می‌کنند (ملک‌پور، ۱۳۷۵).

واقعیت این است که هر کودکی در خانواده به دنیا می‌آید و در میان اعضای خانواده رشد کرده و توانمند می‌شود؛ از این‌رو، روشن است که زندگی اجتماعی و عاطفی آن‌ها با اعضای خانواده شروع خواهد شد (فیلدر^۴، ۱۹۹۴). خانواده کوچک‌ترین سلول اجتماعی است که از مناسبات قانونی، عرفی، اجتماعی، اخلاقی، جسمی و عاطفی زن و مرد تشکیل شده است.

کریستنسن^۵ (۲۰۰۴) معتقد است که خانواده می‌تواند به خوبی بازتاب فرهنگی هزاران ساله‌ای باشد که برای ارتقاء بهداشت، سلامت روان و رشد روان‌شناختی اعضا و کاهش رفتارهای پرخطر آن‌ها

1. world health organization

2. mental health

3. well-being

4. Fielder

5. Christensen

ن تلاش کرده است. همچنین، خانواده می‌تواند حامی رشد اعضا، مدیریت بهداشت و بازی‌گردان ارتقاء سلامت روان آنها بوده و نقش اساسی بازی کند.

اما واقعیت این است که هیچ پدر و مادری دوست ندارند فرزند کم‌توان ذهنی به دنیا آورند، ولی وقتی این اتفاق افتاد، والدین نیازمند ساخت‌زدایی زندگی‌شان در این مورد هستند که چگونه می‌توانند نیازهای فرزندان‌شان را برآورده نمایند. همچنین، آنها نیازمند درک این واقعیت هستند که دارای یک کودک کم‌توان ذهنی هستند؛ در حالی که فرزندشان نیازمند دوست داشته شدن، درمان و آموزش مناسب همچون سایر کودکان است (فرناندز^۱، ۱۹۹۷).

وقتی والدین یک کودک کم‌توان ذهنی را به دنیا می‌آورند کارکردهای روان‌شناختی خانواده به هم می‌خورد که در سطح کلان، سلامت روان، پویایی و هدفمندی خانواده را تحت الشعاع قرار داده و در سطح خرد نیز مهم‌ترین کارکردهای روان‌شناختی خانواده را همچون ابراز کردن، حل تعارض، استقلال، پیشرفت، تفریح و سرگرمی، ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، ساختار و سازمان، رفت و آمد با اطرافیان، اتحاد، کنترل و حل مسئله تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (آلیری و همکاران^۲، ۲۰۰۱؛ به نقل از کیمیانی، ۱۳۸۷).

وقتی والدین متوجه می‌شوند چنین فرزندی دارند، اولین واکنش عاطفی آنها شوک و انکار است و مدتی طول می‌کشد تا به لحاظ عاطفی و جسمانی خود را والدین چنین کودکی بدانند. هاجان و بوریس^۳ (۲۰۰۷) معتقدند که کودکان کم‌توان ذهنی بهترین زندگی را در خانه خودشان دارند، اما برخی از خانواده‌ها نمی‌توانند مراقبت کافی برای آنها، به خصوص آنهایی که کم‌توانی شدید یا ربکیبی دارند، فراهم نمایند.

از آنجا که سطوح مختلفی از کم‌توانی ذهنی وجود دارد، والدین باید از میزان کم‌توانی فرزند خود آگاه شوند؛ زیرا شدت کم‌توانی میزان رشد ذهنی را پیش‌بینی می‌کند. برای مثال؛ وقتی یک کودک کم‌توان ذهنی شش سال سن دارد و بهره هوشی او ۵۰ است، او دارای سن عقلی سه سال می‌باشد. در حالی که یک کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ممکن است تا ۱۲ سالگی بتواند اولین سطوح تحصیلی اطمینانی کند. به خصوص که این کودکان محدودیت‌های زیادی در استفاده از علائم یا موضوعات تزاعی و مفاهیم دارند (کوپر^۴، ۱۹۸۱). باید در نظر داشت که در حوزه آموزش ویژه، عقب‌ماندگی یا

1. Fernandes
2. Oleary & et al.
3. Huijun & Morris
4. Cooper

کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر به دانش‌آموزانی اشاره دارد که بهره‌های هوشی آنها بین ۸۰-۵۰ است و آنها می‌توانند به لحاظ تحصیلی تا سطح ابتدایی پیشرفت نمایند (اسمیت^۱، ۱۹۹۸).

فاست و سسیور^۲ (۲۰۰۸) معتقدند که کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با همسالان عادی خود در خطر افزایش مشکلات سلامت روان هستند. به علاوه، شماری از متخصصان، کتاب‌ها و مقالاتی در مورد دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دست‌اندرکاران این حوزه منتشر ساخته‌اند؛ اما در مورد والدین این کودکان اطلاعات کمی وجود دارد. در حالی که والدین این کودکان دغدغه‌های زیادی در مورد این موضوع دارند و اکثراً می‌خواهند بدانند که کم‌توانی ذهنی چیست؟ با این همه، سه درصد کل جنبه‌های چهار این نوع معلولیت هستند (بلودجت^۳، ۱۹۷۱).

شماری از تحقیقات نشان می‌دهد که علاوه بر مشکلات متعددی که به کم‌توانی ذهنی منتهی می‌شود، ارزیابی و مدیریت نادرست والدین می‌تواند در افزایش مشکلات رفتاری این کودکان تعیین‌کننده باشد. در حقیقت، شماری از کارهای اخیر پیرامون افزایش میزان امر و نهی و کنترل مادران همچون فرضیه امر و نهی هدفمند (ماهونی و همکاران^۴، ۱۹۹۰) و فرضیه حمایت‌گری افراطی (مارفو^۵، ۱۹۸۴؛ باراک و همکاران^۶، ۱۹۹۸)، نشان می‌دهد که ادراک والدین و انتظارات آنها تأثیری نوری بر شیوه تعامل والدین و سبک والدینی آنها دارد (کازاکرا و لارکان^۷، ۲۰۰۸).

واقعیت‌های ادبیات تحقیقی بیان‌گر استعداد فزاینده والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی به‌شماری از مشکلات سلامتی همچون مشکلات سلامت روان است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی دارای مشکلات روان‌پزشکی هستند که این خود به درک و توانایی آنها برای حمایت از فرزند کم‌توانشان مفید است. والدین این کودکان پیامدهای منفی گسترده مشکلات سلامت روانی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند. بسیاری از آنها در احساس شدید غم اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده‌اند. همچنین، والدین این کودکان سردرگمی، فقدان و مشقت زیادی را تجربه می‌کنند (فاست و سسیور، ۲۰۰۸).

1. Smith
2. Faust & Scior
3. Blodgett
4. Mahoney & et al.
5. Marfo
6. Burack & et al.
7. Cuzzocra & Larcen

خانواده‌های کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات مالی، کاهش میزان آرامش خاطر و آسودگی معمول خانوادگی و تعامل اجتماعی ضعیف فاحشی داشته و این موضوع تأثیر بیمارگونه‌ای بر جسم و سلامت روان اعضای خانواده بر جای می‌گذارد. والدین این کودکان به‌لحاظ سطح تحصیلی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر، نمرات نوروگزگرای به‌طور معنی‌داری بالاتر داشته و سازگاری زناشویی آن‌ها نیز کمتر است (سینقی و همکاران^۱، ۱۹۹۰).

والدین کودکان کم‌توان ذهنی تعارض بیشتری با فرزندان‌شان داشته، تعامل مثبت کمتری با آن‌ها دارند (استونمن و همکاران^۲، ۱۹۸۸) و مشکلات رفتاری بیشتری هم نشان می‌دهند (گس و گوینلی^۳، ۱۹۸۷). نتایج تحقیقات اخیر (کریستنسن^۴، ۲۰۰۴) نشان می‌دهد که والدین کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات مراقبتی بیشتری حتی با فرزندان سالم خود دارند و به‌طبع آن، خواهر و برادران آن‌ها هم مشکلات زیادی در تعامل و ارتباط با سایر اعضای به‌خصوص با پدران‌شان و همچنین، با همسالان و معلمان‌شان دارند.

زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه تنها پدران و مادران چنین فرزندانانی از سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به‌طور معنی‌داری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است (محرابی، ۱۳۸۶). برخی تحقیقات (کارخام^۵، ۱۹۹۳) نیز حاکی از تجربه بیشتر اضطراب، استرس، افسردگی، اتحاد خانوادگی کمتر، فشار مالی و انزوای اجتماعی در خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با خانواده‌های عادی است. به‌علاوه، پژوهش‌ها پیرامون عواطف و استرس مربوط به داشتن فرزند کم‌توان ذهنی این فرض را تأیید می‌کند که نگرش این والدین به دنیا، مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روان آن‌ها، اتحاد خانوادگی، تعامل والد-فرزند و نهایتاً بر رفتار و رشد کودک اثر می‌گذارد (جانوف - بالمن^۶، ۱۹۹۲).

والدین جوان‌تر با تولد فرزند کم‌توان ذهنی آسیب بیشتری می‌بینند. تولد این گونه فرزندان بر فضای ارتباطی خانواده تأثیر منفی داشته و آن‌ها او را موجب سردی محیط خانواده و زمینه‌ساز بروز اختلالات نهفته دانسته که اوقات فراغت را نیز محدود می‌نماید. پژوهش البرزی و بشاش (۱۳۷۵) در مورد تأثیر

1. Singhi & et al.
2. Stoneman & et al.
3. Gath & Guinely
4. Christensen
5. Kirkham
6. Janoff - Bulman

ارتقاء دهنده سلامت روان پیمایند. این امر وقتی امکان پذیر است که مادرانک و مهم دقتی از تجارسی خانوادگی دارای کودکی کم توان ذهنی و مشکلات سلامت روانی اعضای خانواده به خصوص پدران و مادران این کودکان با آن دست به گریبان هستند، به دست آوریم. بنابراین، توجه به والدین کودکان کم توان ذهنی، شناخت مشکلات سلامت روان آنها و حتی آموزش برنامه های بهداشت روانی بسیار حایز اهمیت است. پژوهش حاضر نیز به دنبال روشن سازی این واقعیت است که آیا وجود این چنین کودکی سلامت روان پدر را بیشتر به مخاطره می اندازد یا سلامت روان مادر و یا هر دو را؟

فرضیه های پژوهش

۱) بین سلامت روان پدران و مادران دارای فرزندی کم توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

۲) بین شکایت های جسمانی پدران و مادران دارای فرزندی کم توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

۳) بین اضطراب و افسردگی پدران و مادران دارای فرزندی کم توان ذهنی تفاوت معناداری

وجود دارد.

روش پژوهش

با توجه به عنوان، اهداف و ماهیت پژوهش و بررسی تحقیقات انجام شده، در پژوهش حاضر از روش پیمایشی یا زمینه پایی استفاده شد. پژوهش پیمایشی برای بررسی توزیع ویژگی های یک جامعه آماری به کار می رود. این نوع تحقیق می تواند برای پاسخ به سوال های پژوهشی همچون، ماهیت شرایط موجود چگونه است؟، چه رابطی میان رویدادها وجود دارد؟ و وضعیت موجود چگونه است؟ به کار رود. تحقیق پیمایشی را بر حسب حجم جامعه مورد مطالعه می توان به پژوهش پیمایشی در مقیاس بزرگ رود. تحقیق پیمایشی را بر حسب حجم جامعه مورد مطالعه می توان به پژوهش پیمایشی در مقیاس بزرگ یا کوچک نام نهاد (اسموند و همکاران، ۱۳۸۰).

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام والدین کودکان کم توان ذهنی هستند که فرزندان آنها در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ در مدارس آموزش و پرورش استانی شهر مشهد مشمول به تحصیل بودند. لازم به تمهید کل این دانش آموزان ۷۸۰۰ نفر بود که در ۲۸ مدرسه استانی مشمول به تحصیل بودند. لازم به ذکر است که تمهید کل دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر در خراسان رضوی ۵۸۰۰ نفر است که

والد کودکی کم توان ذهنی بر خانواده بیان گر این است که والدین آنها احساس نجات دانسته و یا بدت عقب مانده گی این احساس شدید تر شده، مشکلات زناشویی، طلاق و افسردگی والدین هم شدت می یابد. پژوهش چاوشی (۱۳۶۷) هم بیان گر سلامت روان ضعیف و سازگاری اجتماعی کمتر این والدین بوده و آنها در سازگار نمودن خود با شرایط فرزند تجارب تلخی دارند. حتی مادران این کودکان از عزت نفس کمتری برخوردارند (احمدی، ۱۳۷۰).

پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی واکنش های متفاوتی به این موضوع دارند. یافته های گازراکوا لارکان (۲۰۰۸) نشان داد که پدران احساس افتخار کمتری دارند؛ زیرا آرزوهای خود را بر باد رفته می بینند و به طبع آن، نقش مشارکتی کمتری در رشد فرزندان کم توان ذهنی خود دارند. درگیری های تنگی پدران در این خانواده ها مانع می شود که آنها به این باور که به حمایت و حضور آنها نیاز است، برسند. اما در مقایسه بگریش پدران و مادران نسبت به این کودکان، پدران نگرش مثبت تری به این فرزندان دارند (حجابادی، ۱۳۷۰) و گرچه وجود این کودکان موجب کاهش درآمد پدر می شود، ولی سلامت روان پدر در مقایسه با مادر کمتر به مخاطره می افتد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۰). اما مادران کودکان کم توان ذهنی دچار اختلالات روانی و احساسات منفی همچون احساس گناه و افسردگی بیشتری شده و تمایل به طرد کودکی دارند (چاوشی، ۱۳۶۷) و با افزایش کم توانی، سلامت مادر ملغمه بیشتری می بیند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۰)؛ زیرا این مادر است که نقش مراقبتی بیشتری بر عهده دارد.

خواهران و برادران این کودکان هم نیازمند حمایت عاطفی و در بسیاری از مواقع نیازمند مشاوره و خدمات روان شناختی می باشند. همزادان کودکان کم توان ذهنی، فرزندان فراموش شده ای هستند که محرومند مستولت مراقبت و نگرانی از برادر یا خواهر کم توان خود را بر عهده بگیرند (لیندزی و استوارت^۱، ۱۹۹۸). مراقبت و سرپرستی برادر یا خواهر کم توان با احساسات منفی همچون احساس گناه و خشم همراه است (راو و ایلم^۲، ۱۹۸۷؛ اندرسون^۳، ۱۹۸۸).

سراجم، با توجه به این که این والدین هستند که نقش مراقبتی، انبئی، کنترلی و رشدی فرزندان را بر عهده دارند و اثرات پایداری قبل از زود کودکی به مدرسه دارند، آنها در بهترین شرایط می توانند کمک های مطلق به اعضای خانواده برای سازگاری پیش گیرانه و رشد استعداد های کودکان به عنوان

1. Lindzey & Stewart

2. Row & Elian

3. Anderson

زاده است و احساس ضعف و سستی، نیاز به داروهای توتبخ و احساس دافعی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ (ب) علائم اضطراب که ۷ ماده را شامل اضطراب، بی‌حواسی، نشت فشارخون، معیوبیت و دلخوره را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ (ج) عملکرد اجتماعی، ۷ ماده شامل توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، اضطراب و احساس رضایت در انجام وظایف، مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره را بررسی می‌نماید؛ و (د) علائم اضطراب که ۷ ماده شامل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزشی زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را بررسی می‌نماید.

نقطه برش در این پرسشنامه نمره ۲۳ در نظر گرفته می‌شود.

میربخشی (۱۳۷۵) آلفای ۰/۹۳ را برای پایایی GHQ به‌دست آورد و دستچرودی (۱۳۷۷) طی

پژوهشی روی دانشجویان مراکز تربیت معلم ضریب پایایی و ضریب همبستگی را برای کل آزمون و یک‌یک خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۴ گزارش نموده است. البرزی به‌تقل از چانگ و اسپرز^۱ (۱۹۹۴) ضریب آلفا برای کل مقیاس را برابر ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است. پژوهش‌گر نیز در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را برای کل آزمون به‌دست آورد. ضمناً به کمک پرسشنامه محقق ساخته، اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها گردآوری شد.

یافته‌های پژوهش

از بین ۲۱۰ پدر و مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر که در این پژوهش شرکت داشتند تعداد ۱۹۱ نفر آزمون سلامت روان را تکمیل نمودند که از این تعداد ۷۷ نفر (۴۰/۳) پدر و ۱۱۴ نفر (۵۹/۶) مادر بوده‌اند.

میانگین سنی مادران ۲۸ سال، میانگین سنی پدران ۴۱ سال و میانگین سنی کل نمونه ۳۹ سال بوده حداقل سن مادران ۲۸ و حداکثر ۶۰ سال و حداقل سن پدران ۲۵ و حداکثر ۵۸ سال بود.

همچنین ۶۲/۲ درصد مادران تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد و ۵/۲ درصد آن‌ها لیسانس و ۴۲/۸ درصد پدران به‌لحاظ تحصیلی ابتدایی و بی‌سواد و ۵/۱ درصد آن‌ها لیسانس بوده‌اند.

جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در این مطالعه را نشان می‌دهد.

در ۱۱۴ مدرسه تحت پوشش سازمان آموزش و پرورش استثنایی مشغول به تحصیل هستند که از این تعداد ۲۸۰۰ نفر ۲۸۰۰ نفر ۲۸ مدرسه استثنایی در شهر مشهد مشغول به تحصیل هستند که تقریباً معادل نیمی از این دانش‌آموزان است.

روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، روش خوشه‌ای - تصادفی چند مرحله‌ای است به این صورت که ابتدا از بین ۲۸ مدرسه تعداد ۸ مدرسه به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و سپس از هر مدرسه ۲ کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شد و آن‌گاه پرسشنامه سلامت روان^۱ بین والدین ۲۱۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی این کلاس‌ها توزیع شد که در پایان از بین پرسشنامه توزیع شده، ۱۹۱ پرسشنامه قابل‌ارزشی به‌دست آمد (مادران ۱۱۴ نفر و پدران ۷۷ نفر).

روش تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر با توجه به فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی همچون میانگین و الحراف استاندارد و برای تحلیل یافته‌ها از آزمون کولموگروف استیونز جهت بررسی آزمون بیهنجاری و آزمون T-Test (Independent) و آزمون فی‌پارامتریک بوئن-وینتی به‌منظور مقایسه میانگین‌ها در گروه‌ها استفاده شد. تمام محاسبات با نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روان^۱ این آزمون شناخته شده‌ترین آزمون فرمال‌گیری سلامت روان است که تاکنون در روان‌پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است (دستچرودی، ۱۳۷۷). این پرسشنامه توسط گلدنبرگ و گلدنبرگ^۲ (۱۹۹۱) ساخته شده است. فرم اولیه پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال بوده است که بعداً به‌منظور افزایش واریانس فرم ۲۸ سوالی آن ساخته شد. نتایج چندین مطالعه (میربخشی، ۱۳۷۹) دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از فرم ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت عمومی در تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی دارد.

سوالات در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً) در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه) به روش لیکرت درجه‌بندی شده است که سوال‌ها از راست به چپ از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. در کل نمرات پایین نشان‌دهنده سلامت روان و نمرات بالا حاکی از فقدان سلامت روانی است. پرسشنامه سلامت روان دارای چهار خرده‌مقیاس شامل این موارد است: (الف) علائم جسمانی که ۷ ماده را به خود اختصاص

سلامت روان مادران (SD=۱۱/۶) و میانگین سلامت روان پسران (SD=۱۱/۶) با $\bar{X}=24/4$ یا $\bar{X}=11/6$ است، ولی این تفاوت در کل به لحاظ آماری معناداری نیست.

جدول ۱. شاخص‌های آزمون‌های مستقل مربوط به مقایسه میانگین سلامت روان پسران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌یافته

آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)		آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)		آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)		آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)	
نمونه آماری ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها	مقدار t	مقدار p	مقدار df	نمونه آماری ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها	مقدار t	مقدار p	مقدار df
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶

با توجه به این که مقدار احتمال بیشتر از $(p < 0.05)$ می‌باشد، فرض برابری وارپانس‌ها رد نمی‌شود. بنابراین، آماره آزمون‌های برابری است با $1/967$ از این رو، با توجه به مقدار احتمال می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت روان پسران کودکان عقب‌مانده ذهنی و سلامت روان مادران آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۲. شاخص‌های آزمون‌های مستقل مربوط به مقایسه میانگین سلامت‌های جسمی پسران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌یافته

آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)		آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)		آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)		آزمون یونای مانتین‌ها (t-test)	
نمونه آماری ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها	مقدار t	مقدار p	مقدار df	نمونه آماری ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها	مقدار t	مقدار p	مقدار df
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶
۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶	۹۵٪	۱.۹۶۲	۰.۰۵۳	۱۹۶

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌یافته (نمونه ۱۹۱)

مشخصات	وضعیت جنسیت	فرهنگی	دوره
۴۰/۳	۷۷	پسران	۴۰/۳
۵۱/۶	۱۱۴	مادران	۵۱/۶
سطح تحصیلات			
۶۱/۲	۷۱	مادران	۶۱/۲
۴۲/۸	۴۳	پسران	۴۲/۸
۳۰/۷	۳۵	مادران	۳۰/۷
۴۲/۱	۴۳	پسران	۴۲/۱
۷	۸	مادران	۷
۷/۷	۶	پسران	۷/۷
نوع دین یا المان			
۱۴	۱۶	مادران	۱۴
۶/۴	۵	پسران	۶/۴
۴۲/۱	۴۸	مادران	۴۲/۱
۳۳/۷	۳۶	پسران	۳۳/۷
۴۳/۸	۵۰	مادران	۴۳/۸
۵۸/۷	۴۹	پسران	۵۸/۷
بالا از ۴۰ سال			
۳۸	۴۱	مادران	۳۸
۳۹	۳۹	پسران	۳۹

از آنجا که نقطه برش در آزمون سلامت روان نمونه ۲۳ است، نمرات بالاتر از این بیان‌گر اختلال در سلامت روان افراد است و با توجه به این که میانگین نمره آزمون سلامت روان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در پژوهش حاضر $\bar{X}=24/4$ یا $\bar{X}=11/6$ است، می‌توان نتیجه گرفت که این والدین در سلامت روان دارای مشکل جدی هستند.

اما برای روشن شدن این واقعیت که وقتی پدر و مادری فرزند کم‌توان ذهنی دارند، سلامت روان کدام یک آسیب جدی‌تری می‌بیند، از آزمون t مستقل استفاده شد. یافته‌های جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که با توجه به نمونه $1/967$ یا $1/967$ به دست آمده در سطح معناداری $p < 0.05$ با اطمینان ۹۵ درصد بین سلامت روان پسران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد. گرچه میانگین

بحث و نتیجه گیری

واقعیت این است که هیچ پدر و مادری دوست ندارد که فرزند کم توان ذهنی به دنیا آورد (نورناندی، ۱۹۹۷). اما وقتی این اتفاق افتاد، اولین واکنش عاطفی آن‌ها شوک و انکار است و مدتی طول می کشد تا برای والدین چنین کودکی برودن آماده شوند؛ زیرا این کودکان نسبت به سایر کودکان مشکلات رفتاری بیشتری همچون رفتارهای تکانشی، کج خلقی و پرخاشگری فیزیکی (ماحجان و مورس، ۲۰۰۷)، مشکلات سلامت روان بیشتری دارند (فاست و سیورد، ۲۰۰۸).

چنین شرایطی سبب شده است تا تمام والدین دارای کودک کم توان ذهنی دارای مشکلات روان پزشکی باشند. مطالعه حاضر نشان می دهد که متأسفانه تقریباً نیمی از والدین این کودکان به لحاظ تحصیلی بی سواد یا در حد تحصیلات ابتدایی هستند. وقتی سطح تحصیلات پایین است، مسلماً شغل پردرآمدی هم در انتظار خانواده نخواهد بود و سطح اقتصادی-اجتماعی خانواده پایین تر و به طبع آن، دستیابی به امکانات علمی، تخصصی و سطوح بالای نیازهای رشدی و عاطفی امکان پذیر نخواهد بود. به لحاظ سنی تقریباً نیمی از پدران و مادران این افراد بالای ۴۰ سال سن دارند که این وضعیت سبب می شود که آن‌ها مهارت، آماده گی، آگاهی و توانایی کافی برای مدیریت این چنین شرایطی نداشته باشند. در شرایطی که والدین دانش کافی ندارند بیش از پیش در معرض کاهش سلامت جسمی و روانی قرار می گیرند.

یافته های پژوهش حاضر در خصوص سلامت روان پدران و مادران دارای فرزند کم توان ذهنی نشان داد که هر دوی این والدین از سلامت روانی پایینی برخوردارند. وقتی آن‌ها با والدین عادی مقایسه می شوند، در همه مؤلفه های سلامت روان والدین کم توان ذهنی از والدین عادی فاصله محسوسی دارند (اکارخام، ۱۹۹۳). از این رو، والدین از درک واقعیت حکم بر شرایط فرزندشان صادر نموده و واکنش های افراط و تفریطی همچون پنهان نمودن فرزند کم توان ذهنی (چون فرزندشان آن طور که می خواستند کودکی سالم و بی نقص نیست) و بیست، ناباوری، حیرت، یأس و ناامیدی از خود نشان می دهند؛ زیرا آن‌ها نمی توانند چیزی را تغییر دهند. همچنین، واکنش های دیگری همچون فرضیه حمایت گری افراطی (مارف، ۱۹۸۴؛ باراک، ۱۹۹۸) و وابسته نمودن کودک به خود و تسدیل خود به یک خدمت کار که همه وظیفه اش رفع نیازهای کودک است؛ از جمله موارد دیگر است.

بنابراین، احسان گناه و شرمساری نخستین واکنش والدین کودکان کم توان ذهنی است و اغلب می ترسند که دیگران پشت سرشان حرف بزنند، آنان را متهم و مورد تمسخر قرار دهند و آنان را به لحاظ

یافته ها در خصوص شکایت های جسمانی آزمون سلامت روان (GHQ) در جدول شماره ۳ نشان می دهد که با توجه به نمره ۱۰/۲۰۱ تا ۱۰/۲۰۰ به دست آمده در سطح معناداری $p < 0.05$ با اطمینان ۹۵ درصد بین شکایت های جسمانی پدران و مادران این کودکان تفاوت معناداری وجود ندارد.

به منظور آزمون فرض وجود تفاوت معنادار بین اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر از آزمون غیر پارامتریک یوسن- ریشی استفاده شده که با توجه به نمره به دست آمده ۳/۵۳۳ در سطح معناداری $p < 0.05$ با اطمینان ۹۵ درصد بین اضطراب پدران و مادران تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین افسردگی پدران و مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با توجه به نمره به دست آمده ۳/۶۰۶ در سطح معناداری $p < 0.05$ و با اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. اما در خصوص اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران این کودکان تفاوت معناداری وجود ندارد که تمام این یافته ها در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۳. شاخص های آزمون یوسن- ریشی برای مقایسه بینگین در سه بُعد اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران دارای فرزند کم توان ذهنی آموزش پذیر

نوع	مقدار احتمال	Z	آمده یوسن ریشی	آماره یوسن ریشی	مجموع رتبه	رتبه یوسن ریشی	تعداد والدین	گروه والدین	اضطراب
$p > 0.05$	۰/۰۱۱	-۲/۳۰۱	۶/۵۳۳	۶/۵۳۳	۷/۸۸۰-۷/۵۰۰	۱۰/۲۵۰	۱۱۴	مادران	والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر
					۶/۵۳۳-۶/۱۵۰	۸/۸۸۰	۷	پدران	والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر
$p < 0.05$	۰/۳۲۱	-۰/۸۸۷	۷/۰۸۸	۶/۰۹۵	۱۱/۲۸۸-۱۰/۰۰۰	۹/۵۵۰	۱۱۴	مادران	معمود اجتماعی
					۷/۰۸۸-۷/۰۰۰	۹/۷۸۰	۷	پدران	والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر
$p > 0.05$	۰/۰۲۳	-۲/۰۴۴	۶/۰۹۵	۶/۰۹۵	۱۱/۲۸۷-۱۰/۰۰۰	۱۰/۲۸۷	۱۱۴	مادران	افسردگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر
					۶/۰۹۵-۶/۰۰۰	۸/۸۸۰	۷	پدران	افسردگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر

- Blodgett, H. (1971). *Mentally retarded children*. Minneapolis: university of Minnesota press.
- Barack, J.A., Hodapp, R.M., Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge university press.
- Christensen, P. (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *social science and medicine*, 59, 377-387.
- Cooper, B. (1981). *Assessing the handicaps and needs of mentally retarded children*. New York: Academic press.
- Cuzzocrea, F. (2002). Family stress, parenting skills and socio-cognitive competences of retarded children siblings. In *Pre-anti, Fourth European conference "psychological theory and research on mental retardation and cognitive developmental disabilities (MRCD)"*, 23-25 Maggio, Catania, 28-29.
- Cuzzocrea, F. & Larcen, R. (2008). Parent training for families with mentally retarded children. *Journal of mental retardation and cognitive developmental disabilities*, 28, 715-730.
- Faust, H. & Scior, K. (2008). Mental health problems in young people with intellectual disabilities: the impact on parents. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 21, 414-424.
- Fernandes, C. (1997). *The mental cognition of the mental retarded children*. San jose state university.
- Felder, J. (1994). *We're people first: The social and emotional lives of individual with mental retardation*. Quorum book: London.
- Gath, A. & Guiney, D. (1987). Retarded children and their siblings. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 28, 715-730.
- Goldenberg, J. & Goldenberg, H. (1991). *Family therapy: An over view*. Brooks/Cole publishing company. California: Pacific Grove.
- Haldy, M.B. & Hanzlik, J.R. (1990). *A comparison of perceived competence in child-rearing between mothers and children with down syndrome and normal*. Education & training in mental retardation.
- Hujun L., Richard, J. & Morris, B. (2007). Mental retardation/ intellectual disability in clinical psychology. *Research in developmental disabilities*, 28, 445-457.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: Free press.
- Kirkham, A.A. (1993). Two-year follow-up of skills training with mother of children with disabilities. *American journal of mental retardation*, 97 (5), 509-520.
- Lindsey, J. & Stewart, D. A. (1989). The guardian minority: Sibling of children with mental retardation. *education & training in mental retardation*, 24(4), 291-296.
- Mahoney, G., Fors, S. & Wood, S. (1990). Maternal directive behaviour revisited. *American journal of mental retardation*, 94, 398-406.
- Marfo, K. (1984). Interactions between mothers and their mentally retarded children: Integration of research findings. *Journal of applied developmental psychology*, 5, 45-69.
- Row, D.C. & Elam, P. (1987). Siblings & mental illness: Heredity vs. environment. *Journal of children in contemporary society*, 19(3-4), 115-130.
- Singhi, P.D., Galal, L., Pershad, D., Singhi, S. & Waha, B.N. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. *The British journal of medical psychology*, 63, 173-182.

- چادویی، زینب (۱۳۷۶). بررسی سبایل روانی- اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش دیده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- حنایادی، حسین (۱۳۷۴). بررسی تعامل روانی- اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش دیده شهرستان زاهدان، پایان نامه کارشناسی ارشد کودکان استثنایی، دانشگاه تهران.
- دستجردی، علیرضا (۱۳۷۷). معیارهای آزمون سلامت جسمی دانشجویان مراکز تربیت معلولان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- رابینسون، تاشی ام، رابینسون، هالبرت بی (۱۳۶۹). کودکان عقب مانده ذهنی، چاپ دوم، ترجمه فرهاد ماهور، مشهد: انتشارات آستان قدس.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۰). *تأثیر معلولیت ذهنی بر خانواده، چاپ نهم*.
- سرمد، زهرا بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۰). روش های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: نشر آگ.
- شربعی، نفی، داوردستی، عباس (۱۳۷۰). بررسی اثر معلولیت ذهنی فرزنده بر خانواده، تهران: انتشارات بهزیستی کشور.
- کیمیایی، سیدعلی و همکاران (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه کارآمدی شناخت درونی، یکی با شناخت درونی تیردک و تثلیث آن با یوگا در درمان آلزهایر دگی اساسی، مجله مطالعات تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۰). *بهبودت روانی، تهران: نشر آریسان*.
- محرابی، حسین (۱۳۸۶). *مقایسه سلامت روان والدین عادی و استثنای شهرستان گناباد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بیرجند.
- منینی، غلامرضا (۱۳۷۷). *روان شناسی تندرستی، اصفهان: انتشارات خول*.
- ملک پور، ممتاز (۱۳۷۵). *بهبودت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی، شیراز: انتشارات جهاد دانشگاهی*.
- میرحسینی، غلامعلی (۱۳۷۹). *بررسی رابطه میان رضایت زناشویی و سلامت روان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی*.
- Anderson, E. (1988). Sibling of mentally handicapped children & Their social relations: Research supplement. *British journal of special education*, 15(1), 24.

Smith, D. (1998). *Introduction to special education: teaching in an age of challenge*. Boston: Allyn & Bacon.

Stoneman, Z., Brody, G.H., Davis, C.H. & Crapps, J.M. (1988). Childcare responsibilities, peer relationships, and sibling conflict: Older siblings of mentally retarded children. *American journal of mental retardation*, 93(2), 174-183.