

مرکز آموزشی نیایش قوچان

عنوان پایان نامه :

کودکان عقب مانده استثنایی و مسائل سازگاری خانواده آنها

جمع آوری کننده : محمد زمانی مقدم

آدرس وبلاگ : www.niayesh581.blog.ir

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

بیان مساله

اهمیت و ضرورت

هدف کلی

اهداف ویژه پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

تعریف واژه‌ها

۱-۱- مقدمه

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان، وابسته به سلامت اجزا کوچکتر آن جامعه مانند مجامع، گروهها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است وجود خانواده‌های سالم و دارای سلامت روان می‌تواند تاثیر بسزایی در سلامت روانی موجود و ایجاد بهداشت روانی در آن جامعه داشته باشد، زیرا نهاد خانواده به خودی خود یک جامعه کوچک است و هر گونه تغییر مثبت یا منفی در آن، در جامعه بزرگ انسانها تاثیر مستقیم و موثر دارد و ثبات و بی‌ثباتی خانواده بطور مستقیم بر ثبات یا بی‌ثباتی جامعه تاثیر دارد. کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می‌تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد، والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند. تولد یک کودک ناتوان^۱ بر خانواده می‌تواند اثرات عمیقی داشته باشد، زیرا خصوصیات کودکان و نوزادان معلول^۲ حدود

^۱.Disabled Child

^۲.Handicapped Children

انتهایی رفتار است و از آنجایی که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار می‌باشد، این امر بر تعاملاتی که کودک با والدین و خواهران و برادران خود دارد، تاثیر می‌گذارد (هالاها و کافمن^۱، ۱۹۹۸). مراقبت‌های اضافی که برخی از کودکان معلول به والدین تحمیل می‌کنند، بر نحوه تعامل والدین تاثیر می‌گذارد. بروز معلولیت در فرزندان اختلالات عاطفی و مشکلات اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌کند، بنحوی که یکایک افراد خانواده دچار بحرانهایی ناشی از وجود فرد معلول می‌شوند. روابط دچار سردی و تیرگی می‌شود و روابط اجتماعی خانواده نیز محدود می‌گردد. سایر فرزندان دچار مشکلات عاطفی و اجتماعی می‌گردند و بطور کلی بهداشت روانی خانواده که ضامن سلامت کودکان و سرمایه‌های فردی-اجتماعی است به شدت به مخاطره می‌افتد هر چند خانواده‌های کودکان معلول فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند ولی سازگاری زناشویی بالاتری را از خود نشان می‌دهند (حسین نژاد، ۱۳۷۵). در تحقیق حاضر سعی محقق بر روشن کردن این موضوع است که آیا حضور کودک عقب مانده ذهنی در خانواده می‌تواند بر سازگاری اجتماعی مادران اثرات منفی داشته باشد یا نه؟

۲-۱- بیان مساله

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اجزای و اعضاء آن کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند. با این نگرش، معلولیت یکی از فرزندان، بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر یکایک اعضاء تاثیر غالباً منفی باقی می‌گذارد. به عبارت دیگر معلولیت فرزندی در خانواده، مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود را بنحو مطلوب داشته باشد.

از جمله این کارکردها تامین موجبات رشد و پرورش شخصیت فرزندان، تأمین محیط دلپذیر برای اعضاء و ایجاد پایگاهی برای برقراری روابط اجتماعی خانواده با دیگران می‌باشد. خانواده پایگاهی برای برقراری ارتباطات اجتماعی است و برقراری ارتباط با دیگران در استحکام شبکه خویشاوندی سهم بسزایی دارد (ناصر شریعتی و داوورمنش، ۱۳۷۴ ص ۱۱۷-۱۱۶).

همانطور که می‌دانیم انسان عادی برای حفظ و تطابق خود با محیط از انواع روشهای خودآگاه و مکانیسم‌های دفاعی کمک می‌گیرد. ولی هر انسانی در برابر فشارها و عواملی که سبب ایجاد تنش و فشار

^۱.Hallahan & Kafman

روانی در او می‌شود، دارای آستانه تحمل است و چنانچه فشارهای محیطی او بیش از اندازه شود، در نقطه‌ای تعادل روانی او به مخاطره می‌افتد (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ص ۳۳).

با به دنیا آمدن کودک ناتوان فشارهایی بر والدین وارد می‌گردد که موجب برهم خوردن آرامش و انسجام خانواده می‌شود، در نتیجه سازش یافتگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

فلیو^۱ (۱۹۷۵) خاطر نشان می‌سازد که در اثر وجود کودک عقب مانده ذهنی انواع فشارهای زی به والدین و سایر اعضای خانواده تحمّل می‌شود:

(۱) به تعویق افتادن تحول روانی سایر فرزندان

(۲) محدود شدن بهررفت خانواده

(۳) وقوع بحرانهایی مانند مشکلات زناشویی، طلاق، افسردگی والدین

(۴) بروز احساساتی از قبیل خشم، ناامیدی و احساس گناه (ترنبول و ترنبول^۲، ۱۹۹۰ به نقل از شریفی در آمدی ص ۶۴).

رزبرگ و رایینسن (۱۹۹۰) به تاثیر شرایط خانواده بر سازگاری با تولد کودک معلول اشاره می‌نمایند. آنها خاطر نشان می‌سازند. خانواده‌هایی که از نظر وضعیت آموزشی، تربیتی و فرهنگی در وضعیت مناسبی نیستند و از امکانات حمایتی برخوردار نباشند و شرایط اقتصادی بدی داشته باشند، فرایند سازگاری را بخوبی طی نمی‌کنند و دچار ناراحتی می‌شوند (به نقل از ماهر، ۱۳۷۷).

البرزی (۱۳۷۵) درباره تاثیر کودک عقب مانده ذهنی بر والدین و رویارویی پدر و مادر با کودک عقب مانده ذهنی نشان می‌دهد که والدین به واکنشهای مختلفی دچار می‌شوند که عبارتند از: احساس خجالت (۴۱ درصد)، احساس گناه (۳۷ درصد)، پنهان کردن فرزند (۱۰ درصد).

خانواده در ارتباط با داشتن چنین فرزند فشارهایی را تحمل میکند که از جمله آن مواردی از قبیل نگرانی برای فرزند (۸۷ درصد)، آزردهی عصبی (۵۳/۲ درصد)، تاثیر بر روابط خانواده (۲۳ درصد)، اختلاف زناشویی (۱۸ درصد) اشاره نمود (شریفی در آمدی، ۱۳۸۱ ص ۱۶۵-۱۶۴).

^۱. Faber

^۲. Terenbull & Terenbull

فابر (۱۹۵۹) یکی از اولین پژوهشگرانی است که انواع استرس ایجاد شده در خانواده که ناشی از پی بردن به معلولیت کودک است را مورد بررسی قرار می‌دهد. یکی از رایج ترین این استرس‌ها، واکنش اندوه است. این واکنش سمبل یا نشانه مرگ کودک طبیعی است. بعبارت دیگر، داشتن کودک معلول نشانه از دست دادن یک کودک طبیعی است. آگاهی از اینکه کودک آنها با مشکل متولد شده است و این مشکل ادامه خواهد یافت، فرایندی از اندوه را موجب می‌شود که شبیه اندوهی است که اعضاء خانواده کودک در حال فوت با آن روبرو است.

فابر اشاره می‌کند که وجود کودک معلول اغلب موجب اختلال در رشد و تعالی خانواده نیز می‌شود. او ویژگی بحرانی که خانواده با آن روبرو است را مانند یک توقف در چرخه زندگی خانواده تعریف می‌کند که در اثر آن:

الف) رشد و تکامل خانواده کند می‌شود

ب) هماهنگی میان و ظایف اعضاء خانواده مختل می‌گردد، در حالیکه در شرایط عادی این هماهنگی موجب رشد و تکامل خانواده می‌شود (ملک‌پور، ۱۳۶۹).

از عوامل فشارزا بر خانواده و والدین کودکان معلول، عوامل غیر اجتنابی هستند که در برابر فعالیتها و اهداف خانواده موانعی را بوجود می‌آورند، این عوامل مشقت‌های عمومی هستند که با فعالیت‌های تفریحی، فرصت‌های شغلی و فعالیت‌های مربوط به سازمان خانواده مرتبط هستند. مک کابین و همکاران معتقدند که هم میزان و هم انعطاف تفریح و فراغت^۱ در این خانواده‌ها کاهش می‌یابد و به همان صورت نیز به دلیل کارهای زیاد مسایل زمانی کاهش پیدا می‌کند. عوامل فشارزای دیگر ناشی از زندگی اجتماعی خانواده^۲ می‌باشند (حسین‌نژاد، ۱۳۷۵).

کازات و ماروین (۱۹۸۴)، فابر (۱۹۵۹) واکنش‌های منفی که والدین از دوستان و همسایگان مشاهده می‌کنند و همچنین خجالت و احساس شرم والدین و یا خواهران و برادران به خاطر فرزند یا برادرشان، همچنین ترس از حوادث و تصادفات نیز میتواند منجر به انزوای اجتماعی خانواده گردند (دارلینگ و سلیگمن، ۱۹۸۹ به نقل از ایلالی، ۱۳۷۶).

^۱.Leisure

^۲.Family Social Life

در خانواده‌های کودکان معلول مادر بیشترین دشواری و فشار را در نگهداری کودک تجربه می‌کند. با حضور کودک معلول در خانواده مادر دیگر قادر نیست مانند قبل کارهایی مثل آماده کردن غذا، شستن لباسها، خرید هفتگی خانه و کمک در تکالیف مدرسه را بخوبی انجام دهد. زمانی را که صرف افراد دیگر خانواده می‌کرد، کاهش می‌یابد. زیرا بیشتر وقت او صرف مواظبت و تامین احتیاجات کودک معلول می‌شود. با دور شدن مادر از کارهای قبلی، سایر اعضای خانواده بیشتر احساس مسولیت می‌کنند. ممکن است برای افراد دیگر خانواده، سازگاری با فشارها و امور جدید که ناشی از وجود کودک معلول است، بسیار مشکل باشد (ادیب‌سرشکی، ۱۳۸۰ص ۱۳۲).

۳-۱- اهمیت و ضرورت

یکی از مهمترین لوازم سلامت روانی، وجود محیط خانوادگی سالم است. این محیط زندگی را می‌توان طوری تنظیم کرد، که هر چند در بهبود وضع افراد، موثر نباشد لافل موجب تخریب آنها نگردد. در جامعه ما اعتقاد بر این است که حمایت از نظام اجتماعی، حمایت از همه اعضای آن می‌باشد. با توجه به آمار دانش‌آموزان در سال ۱۳۷۰ که حدود ۱۵ میلیون نفر برآورد شده^۱ و با توجه به متوسط درصد انواع دانش‌آموزان استثنایی، لذا تخمین زده می‌شود در کشور حدود ۲ میلیون دانش‌آموز استثنایی وجود دارد (سیف‌نراقی، ۱۳۸۰ص ۱۸).

بنابراین تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ایرانی از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول و همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن یک کودک معلول رنج می‌برند، که این عوامل می‌توانند، ثبات خانوادگی را برهم‌زده و باعث برهم ریختگی سازمان خانواده شوند. از طرف دیگر بسیاری از متخصصانی که با افراد معلول و استثنایی کار می‌کنند به اهمیت توجه به این خانواده‌ها واقف هستند و همچنین اثرات حضور یک کودک معلول را بر پویایی یک خانواده درک می‌کنند. متخصصین کودکان استثنایی از تاثیر منفی و مثبت یک کودک بر خانواده باخبرند (ماهر، ۱۳۷۷ص ۶۲۶).

^۱ طبق گزارش رسمی دفتر طرح و برنامه‌ریزی وزارت آموزش و پرورش تعداد دانش‌آموزان کلیه پایه‌های تحصیلی در سال ۷۰-۶۹ حدود ۱۵ میلیون نفر است

مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسولیت و یا گاهی احساس گناه می کنند که این مکانیزم، باعث کسب اطلاعات بیشتر در زمینه ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می شود. از طرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط دارند و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می گیرند. مادران بیشتر بر حسب مسایل هیجانی، روابط خانوادگی و خارج از خانواده واکنش نشان می دهند (رضازاده، ۱۳۷۹).

مطالعاتی که در مورد تاثیر تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی بر خانواده انجام گرفته نشان می دهد که در مورد مادران سطوح بالایی از فشار روانی (کازاک و بکمن، ۱۹۹۱)، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی (بريستول گالا و کراسکوپلور، ۱۹۸۰) و همچنین فرصت کمتری برای خود و همچنین سلامت جسمی و خلیقات سطح پایین دارند (هولروید، ۱۹۷۴ به نقل از منصف زاده، ۱۳۷۷).

در مطالعه ای که در مورد مشکلات روانی-اجتماعی خانواده های کودکان معلول انجام گرفت نشان داده شده که والدین کودکان عقب مانده ذهنی و جسمی، روان رنجوری بیشتری را نسبت به خانواده های عادی داشتند و سازگاری زناشویی در خانواده های عقب مانده ذهنی پایین تر بود (سینگ های^۱، گوپال^۲، پرشاد^۳، سینگ های، والیا^۴، ۱۹۹۰).

وقتی والدین با عقب ماندگی فرزند خود روبرو می شوند به دنبال جایی یا کسانی می گردند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این پدیده راهنمایی نمایند. وظیفه ما کمک به والدین در جهت سازگاری و از طرفی کمک در جهت یافتن علت به منظور رهایی از احساس گناه و یا اختلافات زناشویی و غیره است (یعقوبی، ۱۳۷۲).

با توجه به مطالبی که مطرح شد تحقیق حاضر به مقایسه سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر با مادران کودکان عادی خواهد پرداخت. در این پژوهش سازگاری اجتماعی در هفت بعد (انجام وظایف روزمره، شرکت در فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی، موقعیت اقتصادی بررسی خواهد شد.

¹..Singhi

²..Goyal

³..Pershad

⁴..Walia

مادر نقش اساسی در حفظ تعادل روانی - اجتماعی خانواده دارد و ایجاد تنش و فشار در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد پرداختن به وضعیت مادران اهمیت زیادی دارد و همچنین با توجه به اینکه در مورد سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی تحقیق صورت نگرفته است، بررسی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

۴-۱-اهداف کلی

۱-ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی شهر کاشان

۱-۴-۱-اهداف جزئی

تعیین ارتباط بین سازگاری اجتماعی با متغیرهای سن کودک، سن مادر، سطح تحصیلات مادر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و رتبه تولد فرزند در مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر شهر کاشان

۵-۱- فرضیه‌های پژوهش

۱-سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی کمتر از مادران کودکان عادی است.

۲-سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در انجام وظایف روزمره کمتر از مادران کودکان عادی است.

۳-سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه کمتر از مادران کودکان عادی است.

۴-سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط با خویشاوندان کمتر از مادران کودکان عادی است.

۵-مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط زناشویی مشکلات بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند.

۶-مادران کودکان عقب مانده ذهنی در نقش والدینی مشکلات بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند.

۷-از نظر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط خانوادگی بیشتر از مادران کودکان عادی دچار مشکل هستند.

۸- از نظر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در وضعیت اقتصادی بیشتر از مادران کودکان عادی دچار مشکل هستند.

سوال‌های پژوهش

۱- آیا بین سن کودک و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟

۲- آیا بین سن مادر و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟

۳- آیا بین سطح تحصیلات مادر و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟

۴- آیا بین طول مدت ازدواج و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟

۵- آیا بین تعداد فرزندان و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟

۶- آیا بین رتبه تولد فرزند و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟

۶-۱- تعریف واژه‌ها

۶-۱-۱- سازگاری اجتماعی

تعریف نظری: سازگاری اجتماعی در اصطلاح، مراد از بین فرد و محیط اجتماعی تعریف شده است (ویزمن و پی کل، ۱۹۷۴). آرامش روانشناختی، کارایی شغلی، نشانه‌های جسمی و پذیرش اجتماعی از شاخص‌های سازگاری اجتماعی هستند (شوهان، ۱۹۹۳).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پی کل بدست می‌آورد و خرده مقیاس‌های این آزمون شامل: انجام وظایف روزمره، شرکت در فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی، موقعیت اقتصادی می‌شود.

۶-۱-۲- عقب مانده ذهنی

تعریف نظری: مهمترین مشخصه عقب ماندگی ذهنی، کارکرد ذهنی عمدتاً پایین تر از متوسط است که با محدودیت‌های مهم در کارکرد انطباقی در حداقل دو مورد از مهارت‌های سازشی زیر همراه است: مراقبت از خود، زندگی خانوادگی، مهارت‌های اجتماعی و میان فردی، بهره برداری از منابع اجتماعی، خودگردانی، مهارت‌های کارکردی تحصیلی، کار، اوقات فراغت، بهداشت و ایمنی. سن شروع اختلال باید پیش از هجده سالگی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ ترجمه نیکخو، ۱۳۷۳).

۳-۶-۱ عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

تعریف نظری: افراد این سطح از عقب ماندگی طی سالهای پیش دبستانی مهارتهای اجتماعی و ارتباطی را کسب می کنند و در سالهای آخر نوجوانی می توانند مهارت‌های تحصیلی حدود کلاس ششم را کسب کنند. در سالهای بزرگسالی معمولاً مهارتهای اجتماعی و شغلی کافی را پیدا می کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ ترجمه نیکخو، ۱۳۷۳).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش به کودکی که بهره هوشی او بین ۵۰ تا ۷۰ باشد اطلاق می شود. بهره هوشی در پرونده تحصیلی او ثبت شده و جزء دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر طبقه بندی شده باشد.

۴-۶-۱-کودکان عادی

تعریف نظری: دانش آموزی که به ظاهر نقص جسمی، روانی و شناختی قابل ملاحظه‌ای نداشته و در مدارس عادی به تحصیل مشغول است (رضازاده، ۱۳۷۹).

تعریف عملیاتی: منظور دانش آموزی است که در مدارس عادی شهر کاشان در مقطع راهنمایی به تحصیل مشغول است.

۵-۶-۱-مادر

کسی که کودک را به دنیا آورده و در حال حاضر کودک با او زندگی می کند.

فصل دوم

پیشینه تحقیق

چهار چوب پنداشتی

مروری بر مطالعات پیشین

۱-۲- چهار چوب پنداشتی

این فصل مشتمل بر چهار چوب پنداشتی و مروری بر مطالعات انجام شده می‌باشد. چهار چوب پنداشتی این پژوهش بر اساس مفاهیم عقب ماندگی ذهنی و سازگاری اجتماعی است. عقب ماندگی ذهنی بیماری نیست؛ بلکه حاصل یک فرایند بیمارگونه در مغز و با محدودیت در کارکرد هوشی و انطباقی است. علت عقب ماندگی ذهنی غالباً نامشخص می‌ماند و پیامدهای آن در مشکلات بیمار در کارکرد هوشی و مهارت‌های زندگی تظاهر می‌کند.

در میانه دهه ۱۸۰۰ بسیاری از کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی به مؤسسات شبانه‌روزی و بر اساس این باور که اگر این کودکان آموزش جدیدتری دریافت کنند، خواهند توانست به خانواده‌های خود باز گردند و در جامعه در سطحی بالاتر فعالیت نمایند، سپرده شدند. این مؤسسات شبانه‌روزی ویژه کودکان مبتلا به عقب ماندگی در اواسط دهه ۱۹۰۰ به اوج خود رسید. آگاهی مردم از شرایط پرازدحام، غیربهداشتی و در مواردی توأم با سوء رفتار مؤسسات به طلوع نهضت مؤسسه‌زدایی منجر گردید. از اواخر دهه ۱۹۶۰، کودکان

معدودی به مؤسسات شبانه روزی سپرده شده‌اند و مفهوم وارد کردن در محیط مدارس و بهنجارسازی در موقعیت‌های زندگی بین گروههای طرفدار و اکثر مردم بارزتر شده است.

پس از تصویب قانون عمومی ۱۴۲-۹۴ (قانون آموزش برای همه) در ۱۹۷۵، سیستم مدارس عمومی موظف شده‌اند که خدمات آموزشی مناسب برای کودکان مبتلا به ناتوانی فراهم کنند. این قانون در سال ۱۹۹۰ تعدیل و گسترده شد. در حال حاضر پیش بینی آموزش عمومی برای همه کودکان از جمله کودکان مبتلا به ناتوانی از نظر قانون الزامی است و باید در محیطی با کمترین میزان محدودیت ارایه شود.

علاوه بر سیستم آموزشی، سیستم‌های زیادی برای حمایت از کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی بوجود آمده‌اند در بین آنها انجمن کودکان استثنایی و انجمن ملی برای شهروندان عقب مانده مشهورترند.

شاخص‌ترین سازمان حمایتی در این زمینه انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی است که در آموزش عموم مردم در مورد عقب ماندگی ذهنی و نیز حمایت از پژوهش و تصویب قوانین در ارتباط با عقب ماندگی ذهنی بسیار مؤثر بوده است (کاپلان سادوک، ۱۹۹۳ به نقل از پورافکاری، ۱۳۸۲ ص ۳۳۹).

افزایش علاقه به قرار دادن کودکان استثنایی در کنار کودکان عادی در طول سه دهه گذشته نمایانگر این احساس در جامعه است که همه افراد جدای از شرایط ویژه‌ای که دارند باید فرصتها و مجال‌هایی را جهت شکوفا ساختن هر چه بیشتر توانایی‌های خود در اختیار داشته باشند (کرک و کالاک، ۱۹۹۳ به نقل از کجباف، ۱۳۷۷).

والدینی که باید با مشکلات یک کودک مبتلا به معلولیت شدید مقابله کنند، با دو بحران مواجه می‌باشند: اولین، بحران مرگ سمبولیک کودک است که برایشان اتفاق افتاده است. والدینی که در انتظار تولد کودک می‌باشند، به صورت اجتناب‌ناپذیر درباره کودک که هنوز متولد نشده است، فکر می‌کنند. آنها هدف‌هایی نظیر موفقیت‌ها، تحصیلات و امنیت مالی برای کودک خود در نظر می‌گیرند. اینگونه والدین پس از مرگ سمبولیک کودک، از بر باد رفتن آرزوها و رؤیاهایشان دچار رنج می‌شوند. بحران دوم که در واقع با بحران اول متفاوت است، مسأله مراقبت‌های روزانه از کودک استثنایی می‌باشد. این اندیشه که کودک فرایند طبیعی رشد را طی نخواهد کرد و نخواهد توانست به بزرگسالی مستقل تبدیل شود، بر دوش والدین سنگینی می‌کند بنابراین برخی از خانواده‌ها قادرند خود را با مشکل داشتن کودک که دچار عقب ماندگی

¹.Krik & Gallager

است تطبیق دهند در حالی که دیگران دچار آشفتگی می‌شوند (کرک و کالاکوه، ۱۹۹۳ به نقل از کجباف، ۱۳۷۷).

مفهوم عقب ماندگی ذهنی از دیدگاه متحولی‌پاژه

حرکتی که در تشخیص عقب ماندگی ذهنی از حدود سال ۱۹۴۰ آغاز شده و همچنان ادامه دارد، براساس نظریه متحولی‌پاژه و همکار برجسته او اینهلدر است که با تحقیقات و پژوهش‌های مسقر، پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای داشته است. در این نظریه دو مفهوم اساس کار قرار گرفته: تثبیت و چسبندگی.

وقتی که وضع عقلی یک کودک عقب مانده را به کمک آزمون‌های عملیاتی تعیین می‌کنیم نشان داده می‌شود که این کودک، بی‌چون و چرا در مرحله‌ای از تحول، تثبیت شده است به دلیل اینکه تست‌های غیر عملیاتی زیربنای تحولی و مرحله‌ای ندارند، این واقعیت را نشان می‌دهند. بر پایه استفاده از الگوی تحولی در تشخیص عقب ماندگی ذهنی که نخستین بار توسط همکار برجسته‌پاژه، اینهلدر تحقق پذیرفت تحول روانی در عقب مانده ذهنی عمیق در پایان دوره حسی - حرکتی، عقب ماندگان ذهنی شدید و نیمه شدید در دوره پیش عملیاتی و عقب ماندگان خفیف در دوره عملیات عینی متوقف می‌شود (رابینسون و رابینسون، ۱۹۷۵ به نقل از کجباف، ۱۳۷۷).

تعریف عقب ماندگی ذهنی

مهمترین مشخصه عقب ماندگی ذهنی، کارکرد ذهنی عمدتاً پایین‌تر از متوسط است که با محدودیت‌های مهم در کارکرد انطباقی در حداقل دو مورد از مهارت‌های سازشی زیر همراه است: مراقبت از خود، زندگی خانوادگی، مهارت‌های اجتماعی و میان‌فردی، بهره‌برداری از منابع اجتماعی، خودگردانی، مهارت‌های کارکردی تحصیلی، کار، اوقات فراغت، بهداشت و ایمنی. سن شروع اختلال باید پیش از هجده سالگی باشد.

همچنین سبب شناسی عقب ماندگی ذهنی بسیار متفاوت است و می‌توان آن را به عنوان برآیند عمومی و نهایی فرایندهای آسیب‌شناختی تلقی کرد که کارکرد دستگاه اعصاب مرکزی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

کارکرد ذهنی به کمک هوشبهر^۱ تعیین می‌شود که به وسیله اجرای یک یا بیش از یک آزمون هوش فردی استاندارد شده سنجیده می‌شود (مثل مقیاس‌های تجدید نظر شده هوشی و کس لر برای کودکان، آزمون استنفورد - بینه و مجموعه آزمون کافمن برای کودکان).

هوشبهر حدود ۷۰ یا کمتر از آن را که به طور تقریب دو انحراف معیار پایین‌تر از میانگین است به عنوان کارکرد ذهنی‌ای محسوب می‌شود که به طور معناداری پایین‌تر از متوسط است. باید توجه داشت که در سنجش هوشبهر حدود ۵ نمره خطای اندازه‌گیری وجود دارد، هر چند این میزان ممکن است از یک آزمون به آزمون دیگر تفاوت داشته باشد (مثلاً ۷۰ از هوشبهر و کس لور را به عنوان دامنه بین ۶۵ تا ۷۵ محسوب می‌کنند).

بنابراین در مورد افراد با هوشبهر بین ۷۰ و ۷۵ که دارای کاستی‌های چشمگیر در رفتار انطباقی هستند امکان تشخیص عقب ماندگی ذهنی برای او مطرح نمی‌شود. در انتخاب ابزار مورد نیاز برای سنجش و نیز در تفسیر نتایج باید عواملی را که ممکن است باعث محدودیت عملکرد در آزمون شوند، مورد توجه قرار دهیم (مانند زمینه اجتماعی، فرهنگی فرد، زبان بومی و معلولیت‌های حسی و حرکتی و ارتباطی). هرگاه در نمره‌های خرده آزمون یا آزمون‌های فرعی آزمونی، پراکندگی معنی‌دار وجود داشته باشد. نیمرخ توانایی‌ها و ضعف‌های او در مقایسه با هوشبهر کلی که با محاسبات ریاضی به دست آمده است، توانایی‌های یادگیری وی را با دقت بیشتری نشان خواهد داد.

هنگامی که بین نمره‌های کلامی و عملی ناهمخوانی چشمگیری وجود داشته باشد، میانگین‌گیری برای به دست آوردن یک نمره کلی گمراه‌کننده است. در افراد عقب‌مانده ذهنی معمولاً اختلال‌هایی که در کارکرد انطباقی وجود دارد در مقایسه با پایین بودن نمره هوشبهر، نشانه مهمتری به شمار می‌رود.

کارکرد انطباقی به این معنا است که افراد تا چه اندازه به معیارهای استقلال شخصی که مقتضای گروه سنی خاص، زمینه اجتماعی، فرهنگی و محیط اجتماعی خاص از آنان انتظار می‌رود دست یابند. کارکرد انطباقی تحت تأثیر عوامل گوناگون قرار می‌گیرد و مانند تحصیلات، انگیزش، ویژگی‌های شخصیت، فرصت‌های اجتماعی و شغلی و اختلال‌های روانی و بیماری‌های جسمانی که ممکن است با عقب ماندگی ذهنی همراه باشند.

^۱. Intelligence Quotient

در مقایسه با هوشبهر که معمولاً بچهر به عنوان یک ویژگی ثابت باقی می‌ماند احتمال بهبود مشکلات انطباقی به کمک اقدامات ترمیمی بیشتر است. گردآوری شواهد برای اختلال‌های کارکرد انطباقی از یک و یا بیش از یک منبع مستقل قابل اعتماد، می‌تواند مفید واقع شود (مانند ارزیابی معلم و سوابق آموزشی و طبی و سوابق مربوط به رشد) همچنین برای اندازه‌گیری کارکرد یا رفتار انطباقی چندین مقیاس طراحی شده است (مانند مقیاس‌های رفتار انطباقی). این مقیاس معمولاً یک نمره برش^۱ به دست می‌دهد که ترکیبی از عملکردها در تعدادی از حیطه‌های^۲ مهارت انطباقی است. باید توجه داشت که در بعضی از این آزمون‌ها برای حیطه‌های خاص نمره جداگانه‌ای وجود ندارد و ممکن است نمره‌های این حیطه‌های خاص از لحاظ پایایی دارای تفاوت چشمگیری باشند. در اینجا نیز مانند بخش کارکرد ذهنی باید به مناسب بودن آزمون مورد استفاده با زمینه اجتماعی، فرهنگی، تحصیلات، معلولیت‌ها، انگیزش و همکاری شخص توجه داشت (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ ترجمه نیکخو، ۱۳۷۳ ص ۱۰۸-۱۰۷).

تعریف انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی^۳ سه مؤلفه مهم دارد: هوش، رفتار سازشی^۴ و مراحل تحول. هوش: در یک مقیاس هوش، نمره^۱ یک شخص بر حسب میانگین آماری نمره همسن و سالان، یعنی کسانی که همان تست را انجام داده‌اند، مقایسه می‌گردد. میانگین آماری برای تست هوش عموماً عدد ۱۰۰ است. براساس تست هوش، افراد با هوشبهر تقریبی ۷۰ تا ۷۵ و کمتر به عنوان عقب مانده ذهنی در نظر گرفته می‌شوند.

رفتار سازشی: آسیب دیدگی‌های رفتار سازشی به عنوان محدودیت معنی دارد و توانایی شخص جهت کسب معیارهای پختگی، یادگیری، استقلال شخصی و مسئولیت پذیری شخصی که از سایر افراد یک سطح سنی و گروه فرهنگی مقایسه مورد انتظار خواهد بود، تعریف شده است. رفتار سازشی یک شخص توانایی سازگاری یا غلبه بر تقاضاهای محیطی می‌تواند از خفیف یا شدیداً عمیق توصیف شود. گروسمن (۱۹۸۳) تفاوت بین هوش و رفتار سازشی را ترسیم کرده است. از نظر او رفتار سازشی به مراقبت‌هایی که افراد از خودشان و دیگران در طی زندگی روزمره به عمل می‌آورند گفته می‌شود تا توانایی هوش انتزاعی. مقیاس‌های رفتار سازشی عموماً یک فرد را در قالب هنجارهای ثابت (از لحاظ سنی و فرهنگی) که در جنبه‌های مراقبت از

^۱. Cut off score

^۲. Domain

^۳. American Association on Mental Retardation AAMR

^۴. Adaptive

نیازهای شخصی، نشان دادن صلاحیت‌های اجتماعی و اجتناب از رفتارهای دشوار خلاصه می‌شود، مقایسه می‌کند (گروسمن، ۱۹۸۳ به نقل از شریفی در آمدی، ۱۳۸۰ ص ۱۰۵).

دوره تحول: در تعریف (AAMR) دوره تحول به عنوان دوره زمانی بین تولد تا هیجدهمین سال بعد از تولد تعریف شده است (گروسمن، ۱۹۸۳ ص ۱). دلیل این امر، تشخیص عقب ماندگی ذهنی از سایر شرایطی است که تا بزرگسالی نمی‌تواند علت یا منبع عقب ماندگی ذهنی باشد، از قبیل آسیب دیدگی یا جراحی‌ها و شکستگی سر و فرسودگی (شریفی در آمدی، ص ۱۰۸-۱۰۷).

مزیت دیدگاه AAMR این است که به جای تعیین درجه عقب ماندگی شخص بر اساس سطح کارکردی و انطباقی، درجه حمایت لازم را برای کارکرد و ویژگی تعیین می‌کند (کاپلان سادوک، ۱۹۹۳ به نقل از پورافکاری، ۱۳۸۲ ص ۳۴۰).

طبقه بندی

هدف از گسترش نظام‌های طبقه بندی فراهم آوردن چاره جویی برای مرجع قرار دادن مطالعه، فهمیدن و درمان افرادی است که به آنها برچسب عقب ماندگی ذهنی زده شده است. افراد عقب مانده اغلب در قالب گروه متجانسی از افراد عقب مانده با ویژگی‌های فیزیکی و توانایی‌های یادگیری یکسان قرار داده می‌شوند. در واقع عقب ماندگی ذهنی طیف وسیعی از ویژگی‌ها و سطوح کنش‌وری را در بر می‌گیرد.

برای فهم روشن‌تر تفاوت‌های افرادی که به آنها برچسب عقب ماندگی ذهنی زده شده، نظام‌های طبقه بندی متعددی توسعه یافته است. در اینجا دو روش طبقه بندی افراد عقب مانده ذهنی بر حسب شدت شرایط و انتظارات تربیت‌پذیری مورد بحث قرار می‌گیرد.

شدت عقب ماندگی

برای توصیف درجه بندی میزان انحراف توانایی‌های هوشی و رفتار سازشی شخص از آنچه بهنجار گفته می‌شود، می‌توان از اصطلاحاتی همچون: خفیف^۱، متوسط^۲، شدید^۳ و عمیق^۴ استفاده کرد. هر یک از این چهار اصطلاح اهمیت نقص هوشی و میزان آن را توصیف می‌کند. عقب ماندگی ذهنی خفیف بالاترین سطح کنش‌وری یا عملکرد افرادی که به عنوان عقب مانده ذهنی طبقه بندی شده‌اند توصیف می‌کند؛ عقب

^۱.Mild

^۲.Moderate

^۳.Severe

^۴.Profound

ماندگی ذهنی مقدماتاً از طریق به کار بستن مقیاس‌های تست هوشی و نشانگرهای رفتارسازی تعیین می‌گردد.

AAMR (گروسمن، ۱۹۸۳) چهار سطح کنش هوشی گروه افراد عقب مانده ذهنی را براساس روی آوری شدت به سطوح زیر تقسیم می‌کند:

خفیف، هوشبهر ۵۵ تا ۷۰

متوسط، هوشبهر ۴۰ تا ۵۵

شدید، هوشبهر ۲۵ تا ۴۰

عمیق، هوشبهر ۲۵ یا کمتر

انتظارات تربیت پذیری^۱

آموزش پذیر^۲ (هوشبهر ۵۵ تا حدود ۷۰): میزان پیشرفت تحصیلی در مدرسه از پایه دوم تا پایه پنجم است
سازگاری اجتماعی در جایی از استقلال در جامعه را میسر می‌سازد. به احتمال قوی خود حمایتی کامل یا نسبی در پرداختن به کار وجود دارد.

تربیت پذیر^۳ (هوشبهر ۴۰ تا ۵۵): یادگیری سطح مهارت‌های خودیاری پیشرفت در سطوح تحصیلی مورد نظر، سازگاری اجتماعی محدود به خانه و محیط‌های بسته و فرصت‌های شغلی حمایتی در یک محیط شغلی مانند فروشگاه‌های حمایتی وجود دارد.

حمایت پذیر^۴/ پناهگاهی (هوشبهر کمتر از ۴۰): شامل عقب ماندگان ذهنی شدید و عمیق است. افراد ممکن است نتوانند مهارت‌های کافی برای رسیدن به تأمین نیازهای اساسی را به دست آورند. معمولاً سطح معنی‌داری از مراقبت و به سرپرستی دائمی در طول زندگی نیاز دارند (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰ ص ۱۱۱-۱۰۹).

ویژگی‌ها و اختلال‌های توأم با عقب ماندگی ذهنی

هیچ نوع ویژگی شخصیتی یا رفتار وجود ندارد که منحصرأ با عقب ماندگی ذهنی همراه باشد. بعضی از افراد عقب مانده نافع‌ال، آرام و وابسته‌اند اما بعضی دیگر پرخاشگر و تکانشی هستند. نداشتن مهارت‌های

¹. Educability expectation

². Trainable

³. Educable

⁴ Custodial

ارتباطی ممکن است زمینه ساز رفتارهای انحرافی و پرخاشگری باشد که جانشین زبان ارتباطی می‌شود. برخی از بیماری‌های جسمانی که با عقب ماندگی ذهنی رابطه دارند به صورت نشانه‌های رفتاری ویژه‌ای مشخص می‌شوند.

افراد عقب مانده در معرض استعمار شدن قرار دارند (مانند بهره کشی بدنی و جنسی) و یا حقوق و امکانات آنان نادیده گرفته می‌شود. شیوع اختلال‌های روانی توأم با عقب ماندگی ذهنی در افراد عقب مانده به طور تقریبی سه یا چهار بار بیش از جمعیت عادی است. در بعضی از این موارد این حالت ممکن است حاصل یک عامل سبب شناختی مشترک هم در عقب ماندگی ذهنی و هم اختلال روانی همراه با آن رایج است (چنانکه وارد شدن ضربه به سر ممکن است باعث عقب ماندگی ذهنی شود).

همه انواع اختلال‌های روانی را در عقب ماندگی ذهنی می‌توان مشاهده کرد و شواهدی وجود ندارد که نشان دهد اختلال روانی در افراد عقب مانده ماهیت متفاوتی دارد. در هر حال تشخیص اختلال‌های روانی توأم با عقب ماندگی اغلب مشکل است، زیرا جلوه بالینی آنها ممکن است با توجه به شدت عقب ماندگی و معلولیت همراه آن تغییر یابد.

شایع‌ترین اختلال‌های روانی همراه با عقب ماندگی ذهنی عبارتند از: اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های فراگیر رشد، اختلال حرکت کلیشه‌ای و اختلال‌های روانی مرتبط با بیماری‌های جسمانی (مانند زوال عقل ناشی از آسیب سر). افرادی که به عقب ماندگی ذهنی ناشی از نشانگان داون مبتلا هستند ممکن است به شدت در معرض خطر ابتلا به زوال عقل از نوع آلزایمر باشند. تغییرات آسیب شناختی مغز در ارتباط با این اختلال معمولاً در حدود سنین بین ۴۰ تا ۵۰ سالگی رخ می‌دهند ولی نشانه‌های بالینی زوال عقل تا سنین بعد آشکار نمی‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ ترجمه نیکخو، ۱۳۷۳ص ۱۱۳).

یک مطالعه همه گیر شناختی جدید به این نتیجه رسید که (۴۰/۷) درصد از کودکان ۴ تا ۷ ساله که واجد ملاکهای عقب ماندگی ذهنی بودند، حداقل یک نوع اختلال روانی مؤثر دارند؛ رفتارهای گسلنده و اختلال سلوک در گروه عقب مانده ذهنی خفیف بیشتر بود، عقب ماندگان ذهنی شدید مسایل روانی مربوط به اتیسم مانند جرح اندام را نشان می‌دادند (کاپلان سادوک، ۱۹۹۳ به نقل از پورافکاری، ۱۳۸۲ص ۳۴۲).

عوامل زمینه ساز

عوامل سبب شناختی در عقب ماندگی ذهنی امکان دارد در درجه اول زیستی یا روانی و یا ترکیبی از این دو باشد. تقریباً در مورد ۳۰ تا ۴۰ درصد افرادی که در موقعیت‌های بالینی مورد مشاهده قرار می‌گیرند. با وجود اقدامات گسترده برای ارزیابی آنان عوامل سبب شناختی آشکاری برای عقب ماندگی ذهنی پیدا نمی‌شود. عمده ترین عوامل زمینه ساز عبارتند از:

وراثة (حدود ۵ درصد): از جمله این عوامل خطاهای متابولیکی مادر زادی است که اغلب از طریق مکانیسم‌های ژنهای نهفته غیر جنسی به ارث می‌رسد (مانند بیماری تائ - ساکس)^۱. مورد دیگر نابهنجاری‌های تک ژنی با توارث مندلی و جلوه‌های متفاوت است (مانند اسکروز توبروز)^۲. انحراف کروموزومی است (مانند نشانگان داون بر اثر جابجایی کروموزوم‌ها و نشانگان کروموزوم × شکسته). تغییرات زودرس در رشد جنینی (حدود ۳۰ درصد): این عوامل شامل تغییرات کروموزومی (مانند نشانگان داون بر اثر سه گانه بودن کروموزوم شماره ۲۱) یا آسیب قبل از تولد بر اثر سموم است (مانند مصرف الکل از سوی مادر و یا عفونت).

مشکلات مربوطه به دوران بارداری و زمان تولد (حدود ۱۰ درصد): این عوامل شامل سوء تغذیه جنینی، تولد زودرس، کمبود اکسیژن، عفونت‌های ویروسی و غیره و آسیب یا ضربه است.

بیماری‌های جسمانی که در شیرخوارگی یا کودکی رخ می‌دهد (حدود ۵ درصد): این عامل شامل عفونت‌ها، آسیب‌ها و مسمومیت‌ها است (مانند مسمومیت با سرب).

اثرات محیطی و سایر اختلال‌های روانی (حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد): این عوامل شامل محرومیت از تربیت و تحریک‌های اجتماعی، کلامی و غیره و نیز اختلال‌های شدید روانی است مانند اختلال اتیپتیک (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ ترجمه نیکخو، ۱۳۷۳ ص ۱۱۴).

شیوع

به طور کلی تخمین زده شده که از یک نهمه درصد جمعیت کلی عقب ماندگی ذهنی دارند (گروسمن، ۱۹۸۳ و وندت، ۱۹۸۶). عقب ماندگی ذهنی در جنس مذکر به مؤنث تقریباً ۱/۵ است. افراد عقب مانده ذهنی خفیف ۹۰ درصد کودکان عقب ماندگی ذهنی را تشکیل می‌دهند که براساس تخمین ۳ درصدی تقریباً ۲/۵

^۱. Tay-sachs

^۲. Tuberosclerosis

درصد از جمعیت کل به عنوان عقب مانده ذهنی خفیف طبقه بندی می شوند. افراد عقب مانده ذهنی متوسط، شدید و عمیق درصد کوچکی از جمعیت کل عقب ماندگان را تشکیل می دهند (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰).

دوره یا سیر:

شرط عقب ماندگی ذهنی آن است که آغاز اختلال قبل از ۱۸ سالگی باشد، سن و شیوه آغاز عقب ماندگی ذهنی به سبب شناختی و شدت آن بستگی دارد. عقب ماندگی شدید به ویژه زمانی که همراه با یک نشانه دارای ویژگی فنوتیپی^۱ باشد، زودتر قابل شناسایی است. ولی عقب ماندگی خفیف از نوعی که منشاء ناشناخته دارد معمولاً دیرتر شناسایی می شود. در عقب ماندگی شدید که ناشی از یک علت اکتسابی است اختلال ذهنی عمدتاً ناگهانی ظاهر می شود (مانند عقب ماندگی پس از ابتلا به آنرفالیت). دوره عقب ماندگی ذهنی تحت تأثیر دوره بیماری جسمانی و عوامل محیطی قرار می گیرند (مانند فرصت های آموزشی و غیره، تحریک محیطی و مناسب بودن راهنمایی). اگر بیماری جسمانی نامتغیر باشد، دوره عقب ماندگی ضرورتاً یک اختلال مداوم نیست. افرادی که در اوایل زندگی به عقب ماندگی ذهنی خفیف به شکل ناتوانی در یادگیری مهارت های تحصیلی مبتلا هستند با آموزش و ایجاد فرصت های مناسب، مهارت های انطباقی خوبی را در سایر زمینه ها می آموزند و تشخیص عقب ماندگی ذهنی در مورد آنان طرح نخواهد شد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴ ترجمه نیکخو، ۱۳۷۳ ص ۱۱۵).

سازگاری خانواده کودکان معلول

گرچه بسیاری از خانواده های کودکان معلول قادر به تطبیق دادن خود با معلولیت کودک می باشند اما برخی از خانواده ها در اثر داشتن کودکان معلول دچار مشکلاتی از قبیل افسردگی، ناامیدی، طلاق و ... می گردند.

تحقیقات زیادی در مورد سازگاری خانواده نسبت به استرس و نحوه مقابله آنها با استرس خانواده صورت گرفته است از جمله این تحقیقات، تحقیق هیل^۲ می باشد. هیل تئوری ABCX را در مورد استرس خانواده مطرح می کند.

^۱.Phenotype

^۲.Hill

در این تحقیق A ویژگی‌های عامل استرس زا^۱، B نیروها^۲ و ذخائر درونی خانواده به منظور مقابله با استرس‌ها، C تعریف و تعبیر خانواده از عوامل استرس‌زا^۳ و X که این تعریف و تعبیر می‌تواند در جلوگیری و یا تسریع بحران^۴ خانوادگی نقش داشته باشد.

۱) ویژگی‌های عامل استرس زا کودک معلول از جمله نوع معلولیت کودک و سازگاری (A) در تحقیق انجام شده توسط محقق، نشان داده شد که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از میزان استرس بیشتری نسبت به سایر مادران برخوردار هستند.

منظور از ویژگی‌های عامل استرس‌زا (A) نوع معلولیت، جنسیت، سن و رفتارهای کودک معلول می‌باشد. نوع معلولیت: به نظر می‌آید که میان نوع معلولیت کودک و میزان استرس والدین و سازگاری آنان در برابر استرس رابطه‌ای وجود داشته باشد. برای مثال، در معلولیت‌هایی نظیر نابینایی و ناشنوایی میزان استرس خانواده و به خصوص مادر نسبت به معلولیت‌هایی مانند اتیسم و عقب ماندگی ذهنی کمتر است. دلایل این است که کودک نابینا و ناشنوا قادر به رشد در جنبه‌های مختلف می‌باشند. برای مثال، این کودکان با افزایش سن قادر به رشد رفتارهای اجتماعی و کسب مهارت‌های حرفه‌ای می‌باشند. این امر به نوبه خود موجب کاهش میزان وابستگی کودک به والدین می‌شود.

جنسیت: اینکه جنسیت کودک معلول چه رابطه‌ای با میزان استرس و سازگاری والدین دارد باید به مسایل فرهنگی توجه نمود. برای مثال، در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی معلولیت دختر نسبت به معلولیت پسر بهتر پذیرفته می‌شود. دلیل آن می‌تواند در این جوامع به داشتن شغل و کسب درآمد باشد. بنابراین، هنگامی که پسر به دلیل معلولیت در کسب شغل دارای مشکل می‌شود عملاً فشار بیشتری را بر خانواده وارد می‌کند. در حالی که دختران با کسب مهارت‌های نه چندان مشکل‌قادر به انجام امور مربوط به خانه شده و بدین ترتیب بیشتر جذب خانواده شده و به عنوان فردی نسبتاً مفید به حساب می‌آیند.

سن: به نظر می‌آید که در مورد سن، هر قدر کودک معلول کم سن و سال‌تر باشد میزان استرس و فشار روانی والدین کمتر باشد. دلیل این امر این است که کودک کم سن و سال دارای اندازه فیزیکی کوچکتری

¹.Stressors

².Resources

³.Perception Of Stressors

⁴.Crisis

بوده قابل کنترل می‌باشد و نگرش جامعه نسبت به آنها مثبت‌تر است. از طرف دیگر، به دلیل سن کم امیدواری والدین و به ویژه مادر در مورد آینده او بیشتر است.

۲) نیروها و ذخائر روانی و اجتماعی و سازگاری (B)

نیروها و ذخائر خانواده به ویژگی‌های روانی، اجتماعی، شخصی والدین و امکانات اعضاء خانواده و کل جامعه اشاره می‌کند. ویژگی‌های مثبت روانی والدین و نیز امکانات مختلف آنان و جامعه به عنوان ذخائری هستند که امکان و توان خانواده برای مقابله با استرس ایجاد شده ناشی از معلولیت کودک و در نتیجه سازگاری آنان را افزایش می‌دهد. در این رابطه دو نوع حمایت وجود دارد که به عنوان ذخائر خانواده تلقی می‌شوند که عبارتند از حمایت اجتماعی غیر رسمی و حمایت اجتماعی رسمی.

الف - حمایت اجتماعی غیر رسمی. ارزشی که دیگران برای تلاش والدین در برخورد با مشکلات کودک معلول از خود نشان می‌دهند، توجه آنان به والدین و نیز احترام آنان به والدین نگرش مثبت آنان نسبت به معلولیت و کودک معلول به عنوان عواملی هستند که عملاً ذخائر و نیروی والدین را برای مقابله با مشکلات معلولیت کودک و در نتیجه افزایش سازگاری آنان افزایش می‌دهد.

ب - حمایت اجتماعی رسمی. منظور از حمایت‌های اجتماعی رسمی ادامه خدمات و امکانات توانبخشی و آموزشی از طرف ارگان‌های اجتماعی می‌باشد. اکثر مطالعات نشان می‌دهند هنگامی که این نوع حمایت‌ها در جامعه وجود داشته باشد، از یک طرف موجب رشد کودک معلول در جنبه‌های مختلف شده و از طرف دیگر به دلیل کم شدن وابستگی کودک معلول به خانواده، میزان استرس خانواده کمتر می‌شود که این امر خود موجب سازگاری بیشتر در آنان می‌شود. یکی از دلایل مشکل سازگاری والدین در جامعه، ناکافی بودن این نوع حمایت از طرف آن جامعه می‌باشد.

۳) تعبیر و تفسیر خانواده از رویداد استرس‌زا (C)

چندین تعریف و تعبیر از عامل استرس‌زا یعنی معلولیت کودک وجود دارد که مهمترین آن تعریف ذهنی است که والدین در مورد معلولیت کودک خود دارند. در واقع این تعبیر ذهنی والدین از معلولیت است که در میزان استرس آنها اثر دارد. چنانچه این تعریف و تعبیر ذهنی مثبت باشد و والدین اعتقاد به پیشرفت کودک معلول خود داشته باشند عملاً بهتر قادر خواهند بود با مشکل معلولیت کودک مقابله نمایند. اعتقاد به

اینکه با توانبخشی و آموزش می‌توان در کودک معلول تغییر مثبت ایجاد نمود، موجب می‌شود که سازگاری والدین بیشتر شود.

عامل این که این تعریف و تعبیر چه اثری در پیشگیری از بحران روانی و یا تسریع آن دارد. چنانچه این تعریف منفی باشد، بحران ایجاد شده شدت یافته که حاصل آن افزایش شدت استرس و کم شدن میزان سازگاری والدین خواهد بود. برعکس چنانچه این تعریف مثبت باشد، توان والدین در برخورد با معلولیت کودک افزایش یافته که حاصل آن کمک بیشتر به کودک و سازگاری خواهد بود (اسکوت^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

با این که پدران امروزی بیش از پدران نسل‌های قبل در کار فرزندانشان درگیر می‌شوند، ولی شواهد نشان دهنده این حقیقت است که دخالت‌های پدر همیشه به طور غیر مستقیم بوده و پدر در نقش حامی و مادر در نقش مراقب بوده‌اند. همیشه بین کودک عقب مانده و اعضای خانواده رابطه دو جانبه و آشکاری وجود دارد. هر چه این رابطه صمیمانه‌تر باشد احتمال با ثبات بودن، قابل کنترل بودن، آرام‌تر بودن کودک بیشتر است و کودک محبت و حمایتی را که احتیاج دارد تا سازگاری خود را برقرار سازد را به دست می‌آورد و در نتیجه کسانی که با کودک زندگی می‌کنند رضایت و ثبات بیشتری خواهند داشت. یکی از عوامل مهم در سازگاری و رابطه میان والدین و کودک مسأله هوش والدین است. در خانواده‌های باهوش درک عقب ماندگی کودک برای خانواده بسیار رنج آور است و از طرف دیگر خانواده‌هایی که از توانایی هوش کمی برخوردارند بهتر قادرند که از کودک عقب مانده خود حمایت کرده و برای او برنامه ریزی نمایند.

والدین کودک بایستی سعی کنند ناتوانی کودک را بپذیرند و در جهت سازگاری به او کمک کنند و از بلند پروازی پرهیزند و قبول کنند که کودک نیز می‌تواند کارهای زیادی در حد توانایی خود انجام دهد. گر چه کودک از نظر آکادمیک نمی‌تواند مطلوب باشد اما مهارت‌های فردی و حرفه‌ای بسیاری وجود دارد که او می‌تواند در آنها موفقیتی داشته باشد. اگر کودک در روابط خانوادگی احساس امنیت کند و اگر بداند که والدین از او مراقبت و حمایت خواهند کرد و وقتی از پیشرفت‌های کمی که دارد راضی هستند، کودک سازگارتر شده و تلاش بیشتری برای یادگیری و سازگاری با دنیای خارج خواهد کرد (میلانی فر، ۱۳۷۸ص ۱۵۳).

^۱.Scott

تولد یک کودک معلول می‌تواند برای خانواده واقعه‌ای ناگوار باشد. اکثر والدین انتظار دارند که کودکانی جذاب، تیزهوش، تندرست، شاد و دوست‌داشتنی داشته باشند. والدین کودکان معلول نه تنها برای انتظارات بر باد رفته خود افسوس می‌خورند بلکه اغلب با فشارهای بسیار روانی و اقتصادی نیز روبرو هستند. خانواده‌ها در سازگاری و انطباق خویش با کودک عقب مانده، ظرفیتهای متفاوتی دارند. سازگاری خانواده به عوامل متعددی بستگی دارد. شاید مؤثرترین آنها دامنه محدودیت کودک عقب مانده باشد. عقب مانده‌های متوسط و شدید به برنامه‌ریزی و مراقبت و نظارت شدید در سرتاسر عمر نیازمندند. در مورد عقب مانده‌های خفیف تا مدتهای دراز والدین در اضطراب و هراس وجود یا عدم نارسایی به سر می‌برند. سازگاری خانواده همچنین از قابل دسترس بودن خدمات تخصصی و کیفیت آن تأثیر می‌پذیرد. عوامل مهم دیگری چون روابط زناشویی، اعتقادات مذهبی، میزان تحصیلات، ساخت خانواده و وضعیت اقتصادی-اجتماعی هم در این سازگاری نقش دارند (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۵۵).

یکی از عوامل و نیروهایی که باعث می‌شود خانواده بسازگاری بهتر دست یابد و بتواند کودک عقب مانده را پذیرا باشد، اعتقاد داشتن به ارزش‌ها مانند اعتقادات دینی قوی است (کرک و گلاکر، ۱۹۹۳). تأثیر کودک عقب مانده بر سیستم خانواده:

خانواده واحد بنیانی است و با کنار هم قرار دادن خانواده‌ها، جامعه پدید می‌آید و لذا هرگونه ورزیدگی در خانواده، در نوع جامعه‌ای که از این گونه خانواده‌ها تشکیل می‌شود، تأثیر خواهد داشت. جامعه‌ای که از خانواده‌های سالم تشکیل شده باشد، مسلماً اجتماعی است سالم و شرط آن که خانواده‌ای سالم باشد، آن است که افراد آن سالم باشند و لذا برای بهبودی وضع جامعه سعی در بهبود وضع خانواده و افراد آن اهمیت ویژه‌ای دارد. در واقع خانواده، سنگ زیربنای جامعه و کانون اصلی حفظ ارزشهای والا و مورد احترام، و شالوده مستحکم مناسبات پایدار اجتماعی، روابط خویشاوندی و مبدأ بروز و ظهور عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و مهد و پرورش فکر و اندیشه و اخلاق تعالی روح انسانی به حساب می‌آید.

به طور سنتی خانواده پنج وظیفه را بر عهده دارد که عبارتند از نقش تولیدی، نقش اقتصادی، نقش جنسی، نقش تربیتی و عاطفی. تولد کودک عقب مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می‌توانند با بحران‌ها به خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف پذیر باشند. خانواده یک نظام است و هنگامی که

تغییری در نقش یک عضو آن به وجود آید، موجب تغییر در سایر اعضا و سایر نقش‌ها هم می‌شود. گریگوری پتسون^۱ خانواده را به یک سیستم سیپنتیک تشبیه کرده است که اعضا آن ارتباط حلقوی با هم دارند (شفر به نقل از بلورچی، ۱۳۷۰).

مینوچین^۲ (۱۹۷۴) بر اهمیت مرزها در خانواده تأکید دارد و مدعی است که پدر و مادر در خانواده به عنوان یک مجموعه مستقل والدین و بچه‌ها نیز به عنوان یک زیر گروه مستقل خواهر و برادری و خانواده نیز به عنوان یک سیستم، نیاز به هویت سیستمی خویش را دارد که آن را از سایر خانواده‌ها متمایز می‌سازد. این خانواده‌ها با ازدواج شکل می‌گیرند و با تولد فرزند کامل می‌شوند. در خانواده‌های نرمال که مرزهای انعطاف پذیر و باز دارند و روابط بین اعضا صمیمانه و گرم است و زیر مجموعه‌ها ارتباط نزدیک با هم دارند. مینوچین معتقد است که حضور کودک عقب مانده در خانواده‌ها مرزها را تهدید می‌کند و این تهدید در اثر نیازهای ویژه و غیر عادی کودک معلول است که وقت و انرژی خانواده را به خود اختصاص می‌دهد. لذا وقت و انرژی که باید زن و شوهر، به خود و دیگر فرزندان اختصاص دهند، به کودک استثنایی اختصاص می‌دهند و به این طریق مرزهای زیر گروه والدینی سست و شکننده شده و زیر مجموعه خواهر و برادری نیز مورد تهدید واقع می‌شود. والدین وقتی انرژی خود را به کودک عقب مانده اختصاص می‌دهند، دیگر فرزندان و مسایل زناشویی را نادیده می‌گیرند و این زنگ خطر برای ثبات خانواده است (مینوچین، ۱۹۸۹ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۳).

یکی از عمده‌ترین دیدگاه‌ها در مطالعه خانواده «نظریه سیستم‌ها»^۳ می‌باشد. در بافت خانواده چنین دیدگاهی یعنی تمامی اعضا به طور همزمان بر هم اثر می‌گذارند و این تعامل‌ها به طور سیال و به نحوی دایره‌ای و متقابل جریانی دائمی دارند. تحول هر کودک تنها در صورتی قابل فهم است که آن را در شبکه پیچیده چند جهت تعامل‌هایی که بین تمامی اعضای خانواده در جریان هستند بررسی نماییم برونفن برونو^۴ (۱۹۸۶). با استفاده از دیدگاه سیستمی خانواده می‌توان گفت که خانواده یک «کل» یا مجموعه «پیچیده وحدت یافته»^۵ است و در این مجموعه هر فرد از اعضای خانواده، الزاماً تحت نفوذ افراد دیگر است. بنابراین

^۱.Gregorypatson

^۲.Mino china

^۳ Systems Aproach Theory

^۴.Bronfen broner

^۵.Comply Integratedwhole

هر عضو از اعضای خانواده ناگزیر در سیستم بزرگتری جا گرفته هرگز مستقلاً و بدون در نظر گرفتن سایر سیستم‌ها به طور کامل قابل درک نیست (مینوچین، ۱۹۸۹ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۳).

والدین کودکان با ناتوانی تجربه استرس مزمن دارند (آشوم گوپتا^۱، ۲۰۰۴ ص ۲۲).

والدین کودکان عقب مانده ذهنی در بعضی از مراحل سنی فرزند استرس بیشتری دارند این مراحل عبارتند از: زمان تشخیص، زمان سپردن به مرکز، سن شروع مدرسه و سن بلوغ (بک من، ۱۹۹۱ به نقل از رضایی، ۱۳۷۷ ص ۱۴۹).

تاریخچه فردی خانواده‌هایی که سازگاری عالی داشتند نشان می‌دهد که اغلب آنها از نظر مالی و تربیتی موقعیت بسیار خوبی داشتند، بعلاوه کودک عقب مانده آنها فاقد مسایل و مشکلات روانپزشکی بود (ورتیس، ۱۹۶۶ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷ ص ۶۲۵).

مک اندرو^۲ (۱۹۷۶) عنوان کرده است که والدین کودکان مبتلا به ناتوانی اغلب یک تخریب در روابط با اعضای خانواده، دوستان و خویشاوندان را که پس از تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی ایجاد شده است را گزارش کرده‌اند.

تاثیر داشتن کودک با ناتوانی تنها روی والدین نیست بلکه خواهر و برادر و روابط بین اعضای فامیل را هم در بر می‌گیرد (آشوم گوپتا، ۲۰۰۴ ص ۲۳).

بعضی از خانواده‌های کودک با ناتوانی از نظر اجتماعی منزوی هستند و ممکن است در مقابل اختلال استرس پس از سانحه آسیب^۳ پذیرتر باشند (فردریچ^۴، ۱۹۸۹ ص ۵۵۱-۵۵۳).

تعیین ناتوانی کودک اغلب به عنوان یه شوک شدید تلقی می‌شود و باعث تغییر در شرایط عادی زندگی، شغل و روابط با فامیل می‌شود (آشوم گوپتا، ۲۰۰۴ ص ۲۶).

والدین کودکان ناتوان دارای حالات هیجانی ناپایدار، بیماری‌های روانشناختی، سوگ پایداری، ناسازگاری مادری و انزوای اجتماعی هستند (چاندورکار^۵، ۲۰۰۲).

¹.Ashom Gupta

².Mc Androw

³.Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

⁴.Friedrich

⁵.Chandorkar

اگر پدر و مادر، وقت و انرژی خود را وقف مراقبت از فرزند ناتوان بکنند برای روابط زناشویی نه وقت می ماند و نه انرژی و تدبیر. اینگونه پدر و مادرها در روابط زناشویی مشکل دارند چرا که استرس مزمن، میل جنسی را کاهش می دهد و لذت و خوشی را از آنها می گیرد و لذا روابط زناشویی برای این قبیل افراد لذت بخش نیست (دماهی، ۱۹۹۱ به نقل از حسین نژاد، ۱۳۷۵).

استرس تجربه شده ناشی از حضور کودک ناتوان در خانواده منجر به اختلافات زناشویی در رابطه با تربیت کردن کودک، فشارهای مالی اضافی برای بدست آوردن خدمات ضروری و از دست دادن اوقات فراغت می شود (آشوم گوپتا، ۲۰۰۴ ص ۲۴).

با به دنیا آمدن کودک استثنایی فشارهایی بر والدین وارد می گردد که موجب برهم خوردن آرامش و انسجام خانواده شده، در نتیجه سازش یافتگی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد (شریفی درآمدی، ۱۳۸۰ ص ۱۶۵).

اکثر مطالعات بیانگر تأثیر منفی کودک معلول بر خواهران و برادران است ل یندر زی و دیگران (۱۹۸۵) معتقدند که در این نوع خانواده ها خواهران و برادران سالم، افراد فراموش شده ای هستند که کارشان نگهداری و مراقبت از برادر یا خواهر معلول خود است.

لاوینیوس^۱ (۱۹۸۸) خاطر نشان می سازد که خواهران و برادران کودکان عقب ماندگی ذهنی اغلب دچار افسردگی شدید، کابوس، پرخاشگری، مشکلات آموزشی، بی اختیاری ادرار، ترس از مدرسه و اضطراب می شوند.

اندرسن^۲ (۱۹۸۸) به احساسات گناه و یا خشم در خواهران و برادران سالمی که مراقبت و نگهداری خواهر و یا برادر عقب مانده خود را به عهده دارند، اشاره می نماید وقتی خواهران و برادران سالم به نگهداری و مراقبت از خواهر و یا برادر عقب مانده خود می پردازند، عشق، مهربانی و انسان دوستی و احساس رضایت را تجربه می کنند.

البرزی (۱۳۷۵) خاطر نشان می سازد که تأثیر کودک عقب مانده بر روی سایر فرزندان بیشتر باعث ایجاد محبت و همکاری می شود تا رفتارهای دیگری از قبیل پرخاشگری، حسادت و یا رفتارهای کود کانه.

^۱.Lovenews

^۲.Anderson

البرزی (۱۳۷۵) معتقد است که احساس عطف و دلسوزی بیشترین واکنشی است که سایرین نسبت به خانواده کودک عقب مانده ذهنی دارند و واکنش‌هایی از قبیل سرزنش کردن، متهم به گناه کردن و یا مستوجب دانستن در سطوح پایین‌تر قرار می‌گیرد (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰ ص ۱۶۵).

بسیاری از محققان فرض می‌کنند که تولد یک کودک عقب مانده ذهنی به خودی خود یک عامل فشارزا برای اعضای خانواده محسوب می‌شود و یک عامل نگران‌کننده برای سازگاری خانواده می‌باشد. به خصوص وقتی که سطح اجتماعی - اقتصادی خانواده پایین باشد (محمدی، ۱۳۸۰).

یکی دیگر از خصوصیات خانواده که به وسیله درآمد، سطح تحصیلات و اشتغال والدین مشخص می‌شود، موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده می‌باشد. این دو ویژگی می‌تواند در سازگاری خانواده مؤثر باشد. گر چه بعضی از خانواده‌ها دوره‌هایی از فشار مالی را دارند، اما برای بعضی‌ها این مشکل نسبت به دیگران مزمن‌تر می‌باشد. شرایط اقتصادی - اجتماعی با میزان سازگاری و سلامت خانواده در ارتباط می‌باشد. منزلت اجتماعی - اقتصادی خانواده می‌تواند نقش مهمی در میزان انطباق و سازگاری والدین با معلولیت و بیماری مزمن خانواده داشته باشد (هانت و مارشال به نقل از حسین‌نژاد، ۱۳۷۵).

بنوگ کردن یک کودک مبتلا به ناتوانی با فشارهای هیجانی^۱، فشارهای جسمی^۲ و همچنین فشارهای مالی بالایی همراه است (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰ ص ۱۶۵).

در مورد رابطه بین متغیرهای دموگرافیک و تاثیر آن بر سازگاری و سطح تنش والدین تحقیقات نشان می‌دهد که: بین متغیرهای دموگرافیک و سطح تنش والدین ارتباط معنادار وجود دارد ولی با سازگاری والدین ارتباط معنادار وجود ندارد (ایلالی، ۱۳۷۶).

همبستگی کمی بین نمره‌های مشکلات مربوط به معلولیت برای والدین با متغیرهای دموگرافیک وجود دارد (والاندر^۳ و همکاران، ۱۹۹۷).

روی آورده‌های خانواده‌های دارای کودک استثنایی ناتوان

الف) روی آورد مرحله‌ای به خانواده: پاره‌ای از خانواده‌ها در نائل آمدن به واقعیت «پدیده استثنایی» یک توالی پنج مرحله‌ای را پشت سر می‌گذارند که عبارتند از:

^۱. Emotion strain

^۲. Physical strain

^۳. Walander

۱- ضربه

۲- انکار

۳- غم و خشم

۴- موازنه

۵- نظم دوباره و سازش یافتگی

از مزیت‌های این روی آورد این است که چون توالی ثابتی دارد می‌توان والدین به ویژه والدینی که در مرحله اضطراب متوقف شده‌اند را به شکلی وادار کرد که به مرحله خشم و سپس سازش یافتگی دست یابند و از سرمایه گذاری بیش از حد انرژی در یک مرحله خاص اجتناب ورزیده و دست به جابجایی سرمایه بزنند و تا حد امکان گذار به مرحله سازش یافتگی هموار گردد.

(۲) روی آورد سیستمی به خانواده:

یک روی آورد سیستمی می‌گوید خانواده یک مجموعه خنثی و بی‌گرایش نیست بلکه اعضای خانواده به هم وابسته هستند و هر حادثه‌ای می‌تواند کل نظام خانواده را زیر تأثیر خود بگیرد. در روی آورد سیستمی مداخله‌های مبتنی بر بهداشت روانی بر فرد متمرکز نیست بلکه بر خانواده تأکید می‌ورزد. الگوی «ترنبول‌ها» الگوی خاصی در روی آورد سیستمی است که به چهار مؤلفه زیر اشاره دارد:

۱- ویژگی‌های خانواده

۲- تعامل خانواده

۳- کنش‌های خانواده

۴- چرخه زندگی خانواده (کافمن و هالاهان، ۱۹۹۱)

خود تعامل خانواده به چگونگی درک کنش‌های خانواده بستگی دارد. در اینجا دو نکته مهم است یکی میزان «به هم پیوستگی زن و شوهر» و دیگری «درجه سازش یافتگی» آنان است. به هم پیوستگی کم به عدم حمایت از کودک معلول منجر می‌شود و به هم پیوستگی زیاد به حمایت افراطی از کودک و متعاقباً به عدم تکامل و استقلال او منتهی می‌شود. سازش یافتگی به انعطاف پذیری و تقبل نقش‌های متعدد زن و شوهر به ویژه در غیاب و یا در حال ناتوانی دیگری اشاره دارد. خلاءها و کمبودها ی یکدیگر را از طریق نقش

پذیری‌های فعال و مضاعف عمل کردن در برابر موقعیت‌های غیر عادی جبران می‌کنند (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰ ص ۱۷۰-۱۶۸).

محیط خانه باید دارای ویژگی‌هایی مانند توافق یا هم‌رایی^۱، یکپارچگی^۲ و انطباق‌پذیری^۳ و ابراز احساسات باشد، این ویژگی‌ها خانواده را در برابر بحران‌ها مقاوم می‌سازند و به وسیله این ویژگی‌ها خانواده توانایی سازگاری و انطباق با بحران‌های مختلف را پیدا می‌کند. محیط خانواده می‌تواند یک روش مقابله‌ای مناسب در برابر فشارهای روانی باشد (برسفرورد، ۱۹۹۴ به نقل از حسین نژاد، ۱۳۷۵).

جو خانواده در اشکال مختلف در روابط اعضای خانواده با یکدیگر مشخص می‌شود، سازگاری افراد در محیطی معتدل و همچنین همکاری آنها در تأمین و تحقق هدف‌های خانواده و تشریک مساعی اعضای پذیرش مسؤلیت از سوی آنها و بهره‌مندی از فعالیت‌های مشترک، محیط خانواده را از لحاظ اخلاقی به صورت ایده‌آل در می‌آورد (شریعتمداری، ۱۳۷۴ به نقل از حسین نژاد، ۱۳۷۵).

وجود کودک عقب مانده بی‌شک مسایل و مشکلاتی را در خانواده‌ها ایجاد می‌کند. به خصوص اگر سایر کودکان دارای هوش طبیعی باشند. واکنش پدر و مادر نسبت به کودکان خود یکسان نخواهد بود و غالباً بستگی به میزان عقب ماندگی کودک، موقعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده، خصوصیات شخصیتی والدین، وضعیت راهنمایی پزشکی، روانشناس و سایر عوامل دارد (میلانی فر، ۱۳۷۸ ص ۱۴۷). لئو کانر، روانپزشک معروف کودک، واکنش‌های والدین نسبت به عقب ماندگی کودکان را به سه نوع تقسیم می‌کند:

الف) قبول واقعیت و پذیرش کودک معلول

ب) تغییر شکل دادن واقعیت

ج) انکار کامل وجود هرگونه عقب ماندگی

کانر^۵ تأکید می‌کند تا زمانی که این نگرش‌ها هم جنبه‌های مراقبت و اداره کودک عقب مانده را تحت الشعاع قرار می‌دهند، وظیفه پزشکان شناسایی نگرش موجود در والدین و معاینه کودک به منظور پذیرش

¹. Cohesion
². Integration
³. Adaptability
⁴. Berresford
⁵. Kaner

کودک عقب مانده توسط خانواده‌ها است. دلایل مختلفی برای اینکه والدین یکی از این عکس العمل‌ها را بروز دهند می‌تواند ارائه شود از جمله طبیعت و خوی فردی والدین، آموزش و فرهنگ والدین، اقتصاد در زمینه‌های اجتماعی و فلسفه اساسی آنها برای زندگی (سلیمی اشکوری، ۱۳۶۶).

آگاهی والدین از نارسایی و معلولیت فرزندشان ممکن است ناگهانی یا تدریجی باشد اما انواع واکنش‌های اولیه آنان ثابت است.

انواع واکنش‌های نخستین والدین

واکنش‌های زودگذر: از قبیل حسرت، خشم، اضطراب، از کار و فعالیت باز ماندن، انگیزه خودکشی و فرزندکشی و ...

واکنش‌های پایدار: از قبیل احساس گناه و حمایت افراطی که فضای خانواده و چرخه روابط خانواده را تا سال‌های بعد تحت تأثیر خود دارد. دوگانگی عاطفی، ناکامی، اندوه مزمن، تنهایی، از دست دادن امید به زندگی و احساس عدم تداوم نسل (ملک پور، ۱۳۶۳)، احساس خجالت، شرمساری و پنهان داشتن فرزند معلول (البرزی، ۱۳۷۵ به نقل از شریفی در آمدی، ۱۳۸۰).

احساس گناه: (دمایر^۱، ۱۹۹۱ به نقل از هاریس، ۱۹۹۵) گزارش می‌دهد که مادران این کودکان دارای احساس گناه هستند و خود را بی‌صلاحیت می‌دانند. آنها به این دلیل که تصور می‌کنند کار مؤثری برای فرزند خویش نکرده‌اند دچار احساس گناه می‌شوند.

(روز^۲، ۱۹۹۲ به نقل از هاریس، ۱۹۹۵) معتقد است که بسیاری از والدین فرزندان را عامل ادامه حیات و بقا خویش می‌دانند و وقتی فرزند عقب مانده ذهنی دارند، این احساس در آنها متزلزل می‌شود، هویت خویش را در معرض خطر احساس می‌کنند و لذا به ناراحتی و احساس گناه آنها افزوده می‌شود.

احساس خشم: خشم واکنشی منطقی است که در کنترل شناخت قرار دارد. احساس خشم به اندازه احساس گناه و افسردگی نیست اما خشم به کودک، خشم به همسر، خشم به بدشانس بودن در والدین شایع است (هاریس^۳، ۱۹۹۵).

¹.Demir

².Roos

³Harris

حمایت افراطی: معمولاً مادران راحت‌ترند تمام امور کودک را خود انجام دهند تا این‌که به او بیاموزند که خود کودک کارهایش را انجام دهد. از طرفی کندی رشد موجب می‌شود تا بین کودک و مادر وابستگی لذت بخش متقابلی برقرار شود و این می‌تواند دلیلی بر چنین رفتاری نزد مادران باشد. عامل سومی که در این ارتباط تأثیر دارد این است که مادران برای سرپوش گذاشتن بر احساس گناه طرد و خشونت نسبت به کودک از او حمایت بیش از اندازه می‌کند (ملک پور، ۱۳۶۹).

مشکلات بین فردی: رابطه اعضای خانواده با هم و با بیرون از خانه همچنین رشد و پیشرفت این ارتباطات، از وجود کودک عقب مانده در منزل تأثیر می‌پذیرد. هزینه‌های مالی بالا در زمینه‌های درمان، آموزش، رفت و آمد، صرف وقت زیاد، در امر مراقبت و پرستاری از کودک، احتمالاً موجب می‌شود تا والدین نتوانند با دوستان معاشرت داشته باشند همچنین بد رفتاری‌های کودک معلول در محل، موجب رنجش و تیرگی روابط با همسایه‌ها می‌شود (رابینسون و رابینسون، ۱۹۷۵ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷).

به تدریج والدین واقعیت معلول بودن فرزندشان را می‌پذیرند و این پذیرش، عاملی اساسی و حیاتی در تداوم زندگی است. مؤلفان مختلف فرایند پذیرش و کنار آمدن با مسأله معلولیت ذهنی را از ۳ مرحله تا ۶ مرحله متغیر می‌دانند. برای مثال چهار چوب پنج مرحله‌ای روزن به قرار زیر است:

الف) آگاهی از مسأله

وقتی اغلب خانواده‌های کودکان عقب مانده به کلینیک تشخیصی یا روان شناس می‌آیند، از اینکه کودکشان به مشکلی دچار است آگاهند، اما ممکن است توجه آنها بیشتر به جنبه‌های رشد و تحول متمرکز باشد. در زمان مراجعه به کلینیک، معمولاً حداقل یکی از والدین می‌پذیرد که در مورد رفتار غیر معمولی کودک به طور جدی نگران است. با وجود این اغلب پدر و مادر، پدر بزرگ یا مادر بزرگ و دیگر اقوام وجود مسأله را نفی می‌کنند. آنها معمولاً ادعا می‌کنند این حالت کودک خوب خواهد شد.

ب) تشخیص و باز شناسی چیستی مسأله

والدینی که خود عقب مانده نیستند، اغلب مشکل کودک را همراه با یک احساس عمیق سردرگمی و شوک درک می‌کنند، رویاهای آنها در باب آینده کودک می‌باشد، احساساتشان در باب کفایت کودک به طور جدی آشفته و متزلزل می‌گردد، بسیاری یک واکنش اندوهبار را طی زمانی که حتی ممکن است از دیگران کناره گیری کرده تا با غم خود تنها باشند، تجربه می‌کنند. آرزوی مرگ برای فرزند دل‌بند کنشی سالم تلقی

می‌شود، این واکنش احتمالاً فرصتی جهت رویارویی با مسأله و تلویحات عمیق و صمیمانه آن و نیز ظهور نگرش‌های اندیشمندانه فراهم می‌کند (سولنیت^۱ و استارک^۲، ۱۹۷۱ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷).

اغلب والدین جهت درک و فهم اصطلاحات تشخیصی مناسب و حذف برچسب‌های نامناسب به کمک نیاز دارند. برخی والدین به ندرت نظر روشنی در باب معنای کلمات عقب ماندگی ذهنی دارند، درک و فهم آنها از این اصطلاحات کم است.

ج) جستجوی علت

هنگامی که والدین از میزان عقب ماندگی کودک خود مطلع می‌شوند، اغلب به جستجوی علت این تراژدی که آنها را به ستوه آورده است، می‌پردازند. برای این پرس و جو حداقل دو انگیزه وجود دارد. انگیزه اول که خردمندانه‌تر از دومی است، امید است که با کشف علت شناسی اختلال بتوان راهی جهت بهبود آن یا جلوگیری از رخداد مجدد آن در مورد کودکان آینده پیدا کرد. انگیزه دیگر می‌تواند ناشی از خواست درونی جهت رهایی از بار سنگین مسئولیت و احساس گناه باشد (کورکس^۳، ۱۹۵۵ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷).

د) جستجو شیوه‌ها و تدابیر درمانی

علم پزشکی چنان به سرعت پیش می‌رود که بسیاری از والدین امید دارند، در صورتی که به متخصص صالح مراجعه کنند، به یک درمان معجزه آسا دست یابند. آنها منابع و وقت گرانبهای خود را صرف معالجه از یک کلینیک به کلینیک دیگر می‌کنند (راینسون و راینسون، ۱۹۷۵ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷).

ه) پذیرش کودک

شاخص‌های پذیرش عبارتند از: میزانی که مادر به شیوه معمولی خود عمل کرده و پیوند خود را با دوستان ادامه می‌دهد و میزانی که هر دو والدین به نیازهای کودکان بهنجار و عقب مانده‌شان پاسخ می‌دهند (راینسون و راینسون، ۱۹۷۵ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷).

پذیرش یا طرد بزرگسال عقب مانده در اصل به سازگاری عمومی و هیجانی والدین و تا حدی به گروه‌های قومی مربوط می‌باشد (سینگر، ۱۹۷۵ به نقل از ماهر، ۱۳۷۷ ص ۶۲۵).

^۱.Solnit

^۲.Stark

^۳.Korkes

درمان

عقب ماندگی ذهنی با انواع اختلالات روانی توأم است و معمولاً مستلزم حمایت‌های روانی-اجتماعی متعدد است. بهترین درمان عقب ماندگی مدل طب پیشگیری بر اساس پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث است. پیشگیری اولیه: به تلاشها و اقدامات انجام شده برای حذف یا کاهش عوامل و شرایطی که به پیدایش اختلالات همراه با عقب ماندگی ذهنی منجر می‌گردد، اطلاق می‌شود. این اقدامات مشتمل است بر آموزش به منظور بالا بردن سطح معلومات عامه مردم در مورد عقب ماندگی ذهنی، وضع قوانین برای تامین مراقبت مطلوب برای مادر و کودک است. مشاوره خانوادگی و ژنتیک به کاهش میزان بروز عقب ماندگی ذهنی در خانواده‌هایی که سابقه اختلال ژنتیک با عقب ماندگی ذهنی در آنها وجود دارد کمک می‌کند. پیشگیری ثانوی و ثالث: وقتی اختلال یا حالت مربوط به عقب ماندگی ذهنی مشخص شد لازم است برای هر چه کوتاهتر ساختن دوره بیماری (پیشگیری ثانوی) و نیز به حداقل رساندن معلولیت ناشی از آن (پیشگیری ثالث) تحت درمان قرار گیرد (کاپلان سادوک، ۱۹۹۳ به نقل از پورافکاری، ۱۳۸۲ ص ۳۶۳-۳۶۲).

یکی از روشهای کاهش استرس، آموزش ادراکات مثبت است. تجربیات استرس‌زا و حوادث منفی با ادراکات مثبت در مورد آن تعدیل می‌شود (آشوم گوپتا، ۲۰۰۴).

سازگاری اجتماعی^۱

سازگاری و هماهنگ شدن با خود و با محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده یک ضرورت حیاتی است. تلاش روزمره همه آدمیان نیز عموماً بر محور همین سازگاری دور می‌زند. هر انسانی، هوشیارانه یا ناهشیارانه می‌کوشد نیازهای متنوع و متغیر و گاه متعارض خود را در محیطی که در آن زندگی می‌کند، برآورده سازد. این نیازهای فطری^۲ و اکتسابی به مثابه نیرویی پر فشار آدمی را بر می‌انگیزاند و در جهت تأمین نیازها و بازیابی تعادل و آرامش بر هم خورده به حرکت در می‌آورند (والی پور، ۱۳۶۰).

انسان در بسیاری از شئون زندگی اجتماعی خود با سایر افراد جامعه در یک رابطه فعل و انفعال مداوم قرار دارد. او باید برای ادامه حیات و تأمین نیازهای خود به زندگی گروهی تن در دهد و با دیگران برای رسیدن به هدف‌های مشترک تشریک مساعی کند. در چنین شرایط و در رابطه با سایر افراد جامعه است که هر کس ناگزیر باید به نوعی سازگاری رضایت بخش دست یابد و به همین دلیل است که مشکلات و موانع سازگاری

^۱. Social Adjustment

^۲. Innate

آدمی از حیات اجتماعی او مایه می‌گیرد. در این بازی سازگاری و رفع نیاز و تحقق خواست‌ها، انسان خود را در شرایطی می‌بیند که محشون از مقررات، محدودیت‌ها، امر و نهی‌ها، معیار و آداب و رسوم اجتماعی است و باید خود را با این شرایط تطبیق دهد.

نه تنها موانع، مشکلات، ناکامی‌ها^۱ و شکست‌های آدمی ناشی از اوضاع و احوال محیط اجتماعی او است، بلکه نیازها و آرمان‌ها و هدف‌های او نیز رنگ اجتماعی به خود گرفته و ساخته و پرداخته فرهنگ و محیطی می‌شود که در آن زندگی می‌کند. مقررات، توقعات، اعتقادات، ارزش‌ها، رقابت‌ها، همکاری‌ها، کارشکنی‌ها، موانع و عوامل واقعیت‌هایی از این نوع که او را در راه تأمین خواسته‌هایش هیچ‌گاه تنها نخواهد گذاشت (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۳۳).

علی‌الاصول سازگاری اجتماعی بر این ضرورت متکی است که نیازها و خواسته‌های فرد با منافع و خواسته‌های گروهی که در آن زندگی می‌کند، هماهنگ و متعادل شود و حتی الامکان از برخورد مستقیم و شدید با منافع و ضوابط گروهی جلوگیری به عمل آید. ضرورت حفظ مبانی زندگی اجتماعی طبعاً محدودیت‌هایی را در راه ارضای نیازهای فردی انسان موجب می‌شود که چاره‌ای جز سازگاری با آن نیست یعنی انسان قبول می‌کند که این محدودیت‌ها اجتناب‌ناپذیر هستند و می‌کوشد تا خود را با آن تطبیق دهد (والی‌پور، ۱۳۶۰).

مفهوم سازگاری از پیچیدگی‌ها و مشکلات زیادی برخوردار است و همانطوری که در مورد اکثر مفاهیم صادق است، اختلاف نظرهای زیادی در این خصوص به چشم می‌خورد. در سال‌های اخیر ما شاهد تغییرات گسترده‌ای در نگرش نسبت به سلامت و سازگاری بوده‌ایم. انسان هر دم با مشکلاتی رو در رو می‌گردد و می‌کوشد تا بر این موانع و مصائب فائق آید و گونه‌ای تعادل نسبی را در امور زندگی پدید آورد. این تعادل از طریق هماهنگی و ارتباط بین مشکلات و ساز و کارهای موجود جهت حل آنها به دست می‌آید. ناهماهنگی در تعادل ساز و کارهای مشکل‌گشایی یا فروگشودن مشکلات در ارتباط با تهدیدها منجر به ایجاد بحرانهای روانی می‌گردد. مک‌گروری (۱۹۷۸) هر گونه عاملی را که تعادل فرد را بر هم زند بحران نام داده است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۲۸۹).

^۱. Frustrations

سازگاری اجتماعی در اصطلاح، مراد از بین فرد و محیط و محیط اجتماعی تعریف شده است و یزمن و پی کل (۱۹۷۴). سازگاری اجتماعی به منظور اجرای وظایف، ارتباط با دیگران و خشنودی از این نقش‌ها را در بر می‌گیرد. سازگاری اجتماعی شامل انکار درونی و رفتارهای غیر مشهود نمی‌شود که معمولاً در این مواقع بیماری به عنوان علائم بیماری تلقی می‌شود.

در تبیین مفهوم سازگاری اجتماعی، یزمن و پی کل (۱۹۷۴) مانند پارسون و بالز (۱۹۵۵) نقش‌ها را به دو دسته تقسیم کرده‌اند: نقش‌های وسیله‌ای و نقش‌های مستقیم.

نقش‌های وسیله‌ای، غالباً مربوط به حفظ روابط عاطفی در بین اعضای خانواده می‌باشد. فردی ممکن است در یکی از اینها دچار مشکل شده باشد، ولی در دیگری مشکلی نداشته باشد. مثلاً در شغل ناسازگاری نشان بدهد ولی به عنوان پدر یا مادر موفق باشد (ویزمن و پی کل، ۱۹۷۴ به نقل از میرزمانی ص ۸۴).

منظور از سازگاری، انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین خود و محیط به نحوی است که حداکثر خویشتن‌سازی را همراه با رفاه اجتماعی، ضمن رعایت حقایق خارجی امکان‌پذیر می‌سازد، بدین ترتیب سازگاری به معنی هم‌رنگ شدن با جماعت نیست. سازگاری یعنی شناخت این حقیقت که هر فرد باید هدف‌های خود را با توجه به چهار چوب‌های اجتماعی، فرهنگی تعقیب نماید (راجرز، ۱۳۵۷ ص ۳۲۰ به نقل از فرید، ۱۳۷۵).

وقتی می‌گوییم فردی سازگار است که پاسخ‌هایی را که او را به تعامل با محیطش قادر می‌کند آموخته باشد تا در نتیجه به طریق قابل قبول اعضای جامعه خود رفتار کند تا احتیاجاتی در او ارضا شوند. یک فرد در یک موقعیت اجتماعی خاص می‌تواند خود را به طریق مختلف با آن موقعیت تطبیق دهد یا سازگار کند (مک دانلد به نقل از فرید، ۱۳۷۵).

جریانی که با به وجود آمدن احتیاجی شروع شده و انسان پس از انجام فعالیت‌هایی به برطرف کردن آن احتیاجات اقدام کند، سازگاری می‌نامند (پورمقدس، ۱۳۶۷ ص ۳).

هرگاه تعادل جسمی و روانی فرد به گونه‌ای دچار اختلال شود که حالت ناخوشایندی به وی دست می‌دهد و برای ایجاد توازن نیازمند به کارگیری نیروهای درونی و حمایت‌های خارجی باشد و در این اسلوب ساز و کارهای جدید موفق شود و مسأله را به نفع خود حل کند، گویند فرایند سازگاری به وقوع پیوسته است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۱۲).

روان‌شناسان به طور سنتی سازگاری فرد را در برابر محیط مورد توجه قرار داده‌اند و ویژگی‌هایی از شخصیت را به هنجار تلقی کرده‌اند که به فرد کمک می‌کند تا خود را با جهان پیرامون خویش سازگار سازد. یعنی با دیگران در صلح و صفا زندگی کند و جایگاهی برای خود در جامعه به دست آورد. اکنون بسیاری از روان‌شناسان احساس می‌کنند که اگر اصطلاح «سازگاری» در معنای هم‌نوائی با اعمال و اندیشه‌های دیگران تلقی شود، در این صورت چنان باری از تلویحات منفی خواهد داشت که دیگر نمی‌تواند توصیفی از شخصیت سالم به دست دهد. آنان بیشتر به ویژگی‌های مثبتی مانند فردیت، آفرینندگی و شکوفایی استعدادها بالقوه تأکید دارند (براهنی و همکاران، ۱۳۶۸ به نقل از فرید، ۱۳۷۵).

سازگاری اجتماعی بر این ضرورت متکی است که نیازها و خواسته‌های فرد با منافع و خواسته‌های گروهی که در آن زندگی می‌کند هماهنگ و معتدل شود و تا حد امکان از برخورد و اصطکاک مستقیم و شدید با منافع و ضوابط گروهی جلوگیری به عمل آید (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۳۷).

سازگاری فرایندی در حال رشد و تحول پویا است که شامل توازن بین آنچه افراد می‌خواهند و آنچه جامعه‌شان می‌پذیرد به عبارت دیگر، سازگاری یک فرایند دوسویه است؛ از یک طرف به صورت مؤثر با اجتماع تماس برقرار می‌کند و از طرف دیگر، اجتماع نیز ابزارهایی را تدارک می‌بیند که فرد از طریق آنها توانایی‌های بالقوه خویش را واقعیت می‌بخشد. در این تعامل، فرد و جامعه دستخوش تغییر و دگرگونی شده و سازشی نسبتاً پایدار به وجود می‌آید (دینو کاوکیل، ۱۹۹۹ به نقل از شادمان، ۱۳۸۳).

سازگاری اجتماعی به وضعیتی گفته می‌شود که افراد یا گروه‌ها، رفتار خود را به تدریج و از روی عمد و غیر عمد تعدیل می‌کنند تا خود را با فرهنگ موجود سازگاری نمایند مانند رعایت عادت‌ها، عرف و تقلید. به عبارتی سازگاری اجتماعی آن نوع واکنش‌هایی است که شخص برای رعایت محیط اجتماعی از خود نشان می‌دهد و آنها را به علت هماهنگی‌شان با معیارهای اجتماعی و پذیرفته شدن از طرف آن، اساس رفتار خود قرار می‌دهد (آکسفورد، ۱۹۸۰ به نقل از دیلمی، ۱۳۸۰).

انسان محصول اجتماع است و مسلماً تحت تأثیر نظامها و فرهنگهای جامعه خود قرار دارد و سازگاری او یک سازگاری اجتماعی است؛ و در چنین شرایطی است که باید نیازهای خود را بر آورده سازد و آرامش و تعادل خود را حفظ کند، بنابراین انسان می‌باید با اجتماع سازش یا سازگاری نماید (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۳۸).

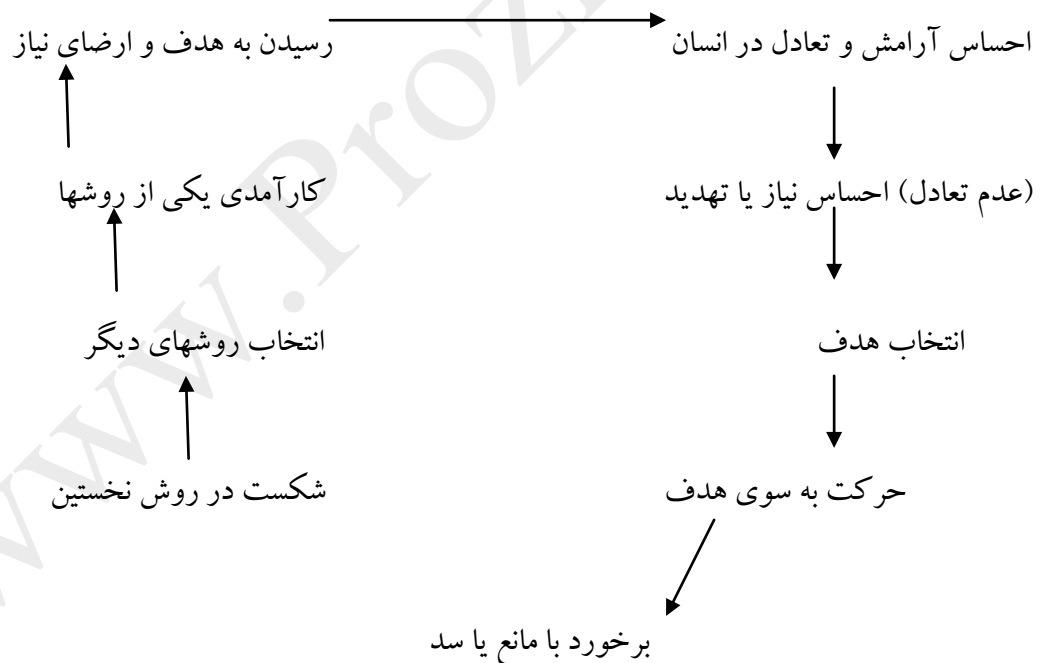
موشازیندر^۱ دو نوع شیوه سازگاری را مطرح می‌کند:

سازگاری هیجان مدار: شامل استراتژی‌های تخیلی کردن، فعالیت‌های هوشیاری که تحت تأثیر قانونمندی خاصی است.

سازگاری مساله مدار: شامل استراتژی‌های حل مساله، عقلانی کردن، کم کردن موقعیت استرس‌زا (موشازیندر، ۱۹۹۶ ص ۹).

تحلیل فرایند سازگاری

جریان سازگاری از مراحل به هم پیوسته گوناگونی تشکیل شده که افراد را در حالات گوناگون در برمی‌گیرد. آغاز فرایند سازگاری از نیاز یا سائق شروع شده و با ارضای آن تمام می‌شود. بنابراین می‌توان مراحل سازگاری را خروج از حالت تعادل و رسیدن به حالت تعادل مجدد دانست. چرخه سازگاری را به صورت زیر می‌توان مطرح کرد (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۸۱-۸۲).



^۱.Mosha Zinder

بهداشت روان و سازگاری

هدف اساسی بهداشت روانی، پیشگیری از ابتلا به بیماری روانی در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه است. به عبارت دیگر سیستم بهداشت روانی، درصدد سلامت جامعه می‌باشد. سلامت روانی رابطه تنگاتنگ و نزدیکی با سازگاری دارد.

در گذشته‌های دور بیماران روانی را از آن رو که رفتاری متفاوت از سایر مردم داشتند به طرق مختلف طرد می‌کردند. آنها را مجنون و شیطانی قلمداد نموده و از اجتماع دور می‌کردند تا دکتر پینل^۱ فرانسوی برای اولین بار در جهل حاکم بر آن روزگار و برای اثبات درمان‌پذیری و غیر انسانی بودن این طرز برخورد غل و زنجیر از پای آنها گشود و به آنان زندگی دوباره بخشید. باید بتوان مفهوم سلامت، بیماری روانی و حدود آنها را معین نمود. افراد اجتماع وقتی با مفاهیم اولیه بهداشت روانی آشنایی ندارند چگونه می‌توانند روش سازگاری را بیابند.

انسان سازگار ابعاد بهداشت روانی را شناسایی کرده، به آنها عمل می‌کند. البته گذشت زمان، پیشرفت فرهنگ، آداب، رسوم، سطح دانش مردم، میزان بیماری‌ها و تقسیم‌بندی افراد بهنجار و نابهنجار و نوع رفتارهای قابل قبول جمعی می‌تواند در نحوه عملکرد مورد انتظار دخیل باشد (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۲۱).
دلایل سازگاری:

- ۱- می‌خواهیم به آرمان و آرزویمان برسیم.
- ۲- به خود شناسی و خود سازی اقدام و سپس احساس سلامت کنیم.
- ۳- نیازهای معنوی را پاسخ بگوییم.
- ۴- رابطه‌ای با خداوند برقرار کنیم و احساس کنیم که خالق از بنده راضی است.
- ۵- در طریق منطقی و عقلی گام گذاردن است.
- ۶- برای پیشرفت و تعالی و جلو رفتن و بهتر شدن است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۱۷).

ملاک و معیار سازگاری

در فرایند سازگاری اجتماعی مشکلات و مسایل روانی - شناختی بروز می‌کند. انگیزش و نیازهای اکتسابی، نیازهای غالب و متفاوت، ناکامی، تعارض‌ها، اضطراب‌ها و رفتارهای دفاعی در این فرایند آشکار می‌شوند.

^۱.Pinel

شاید به همین علت باشد که سلامتی و بهنجاری افراد را به منزله سازش و سازگاری با توقعات جهان بیرون در نظر گرفته می‌شود. ناسازگاری در یک موقعیت گذشته برای سازگاری در موقعیت‌هایی در آینده لازم و ضروری است. بنابراین بهتر است که توانایی فرد برای سازگاری را در نظر گرفت. بر این اساس هر فردی که بتواند با مسایل و مشکلات خود کنار بیاید با خود و اطرافیانش سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب پذیر درونی از خود سازگاری نشان دهد، انسانی به هنجار تلقی می‌گردد. چنین فردی واجد توانایی‌های دفاعی و سازشی است و می‌تواند بین خود و نیازهای کشاننده‌ای خود و واقعیت، تعادل برقرار سازد (دادستان، ۱۳۷۰ به نقل از شادمان، ۱۳۸۰).

ناسازگاری می‌تواند جزئی یا کلی باشد. ناسازگاری جزئی مربوط به برخی از جنبه‌های شخصیت و رفتار فرد است. ولی ناسازگاری کلی مجموعه فرایندهای اجتماعی شدن فرد را به مخاطره می‌اندازد. پس می‌بایست ناسازگاری به معنای خاص را از ناسازگاری به علت عدم استعداد برای نگهداری یک موقعیت سازش یافته متمایز دانست.

در سازگاری با محیط درونی، هدف این است که تنش‌هایی که سلامت و تعادل فرد را مورد تهدید قرار می‌دهد، کاهش یابد. اما برای کاهش این تنش‌ها بر آوردن توقعات محیط بیرونی کافی نیست. ممکن است رفتار یک فرد منحرف با واقعیت درونی خود سازگاری یافته باشد، بدون اینکه با واقعیت اجتماعی سازگاری باشد. پس یک تعامل پویایی میان این دو واقعیت وجود دارد، سازگاری بیرونی در واقع مستلزم درجه‌ای سازش با واقعیت درونی است (شادمان، ۱۳۸۰).

معیارهای معینی برای ارزیابی کفایت سازگاری یک فرد نسبت به محیط ابداع شده‌اند. برای مثال، ویژگی‌های زیر برای ارزیابی به عنوان پیشرفت اهمیت زیادی دارند.

آسودگی یا آرامش روان شناختی: یکی از ضروری‌ترین علایم ناتوانی در سازگاری آن است که احساس گناه یا ترس از بیماری و غیره در فرد شکل می‌گیرد. تجربه کردن ناراحتی اغلب به معنای بی‌کفایتی در سازگاری روان شناختی است.

کارایی شغلی: نشانه دیگری که شاخص مشکلات سازگاری است، ناتوانی در استفاده کامل از قابلیت‌های اجتماعی است.

نشانه‌های جسمانی: گاهی تنها علامت سازگاری نامناسب به شکل آسیب به بافت‌های بدن جلوه می‌کند. یک

شخص بهنجار و دارای سازگاری خوب نباید از نشانه‌های جسمانی رنج بکشد.

پذیرش اجتماعی: بعضی از افراد سازگار از نظر اجتماعی مورد پذیرش هستند، یعنی افرادی هستند که

دیگران آنها را می‌پذیرند (شوهان، ۱۹۹۳).

برخی از خصوصیات انسان سازگار به شرح زیر است:

- به میزان کافی می‌تواند فعالیت کند و برای کاری که بر عهده گرفته است شایستگی لازم را دارد و لزومی

نمی‌بیند که شغل خود را مرتب تغییر دهد.

- از اضطراب و تعارضی که او را از فعالیت سود بخش باز دارد، دوری می‌جوید.

- بتواند با مشکلات مواجه شود و درباره آنها بیندیشد و تصمیم بگیرد و عمل کند.

- بتواند نیازها، افکار و عواطف دیگران را بشناسد و پاسخ‌ها یا واکنش‌های مناسب از خود نشان بدهد.

- بیماری‌های بدنی نتوانند شایستگی و فعالیت او را کاهش دهند.

- انسان سازگار یا سالم مسئولیت همه اعمال، افکار و رفتارهای خود را می‌پذیرد و عاقلانه به نتایج آن

می‌اندیشد.

- شخص سازگار، پذیرش و تحمل اضطراب را یاد می‌گیرد و می‌داند چرخ زندگی همیشه به دلخواه شخص

نمی‌گردد و به هر حال ناراحتی‌هایی در زندگی به وجود خواهد آمد و اینها نیز به نوبه خود موجب اضطراب

و نگرانی می‌شوند.

- فرد سازگار باید بتواند بعضی از ناکامی‌ها را تحمل کند، زیرا در حقیقت تحمل ناکامی مانند پذیرش

اضطراب نشانه سازگاری مطلوب در شخص است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۳ ص ۲۳-۲۲).

مهارتهای سازگاری عبارتند از:

۱- توانایی در ارتباط کلامی با دیگران

۲- توانایی در مراقبت از خویشان

۳- رسیدگی و انجام امور روزانه زندگی

۴- مهارت در ارتباط اجتماعی با افراد

۵- توانایی در پیدایش و تعیین راه و مسیر ادامه زندگی و اهداف

- ۶- توجه به بهداشت و سلامتی فردی
- ۷- توانایی یادگیری، آموزش و ادامه تحصیل
- ۸- استفاده صحیح از ساعات تفریح و آزادی خود
- ۹- انجام کارها و مسئولیت های کاری
- ۱۰- توانایی ایجاد رابطه سالم با افراد خانواده، همقطاران و افراد مختلف اجتماع (ایرج معانی و همکاران، ۱۳۷۹ ص ۳۳۶).

عوامل مؤثر در سازگاری

سازگاری رضایت بخش فرد با موفقیت های اجتماعی عمده زندگی، به طور مستقیم با میزان ارضای همه نیازهای اساسی مرتبط است. نیازها و ارضاء آنها به ادراک فرد با توجه سن، جنس، استعدادهای ارثی و فرهنگی، طبقه اجتماعی، شغل، محل جغرافیایی، تعلیم و تربیت، تجارب و سازگاری های زندگی اشخاص دیگر بستگی دارد (گریسون و همکاران، ۱۹۶۷ به نقل از حسن آبادی، ۱۳۸۱).

متغیرهایی که در سازگاری مؤثر هستند:

- ۱- شخصیت فرد
- ۲- ادراک فرد از مشکل
- ۳- شدت مسأله و مشکل
- ۴- حمایت اجتماعی
- ۵- تعداد راه های ممکن برای رسیدن به هدف
- ۶- توانایی و استعداد برای مراقبت از سلامتی خود
- ۷- درک فرد از موقعیت خود
- ۸- درک خانواده از موقعیت فرد
- ۹- توانایی و استعداد فرد برای جذب حمایت های اجتماعی
- ۱۰- سابقه برخورد فرد با بحران ها یا ضربه های روانی
- ۱۱- وضعیت اقتصادی
- ۱۲- سلامت روانی

۱۳- انگیزه فرد برای زندگی

۱۴- نگرش‌ها و فعالیت‌های محیط مؤثر (اسلامی نسب، ۱۳۷۳ ص ۴۶).

نشانه‌شناسی اختلالات سازگاری؛ اگر فرد نتواند سازگار شود دچار علائم مرضی می‌شود:

۱- خلق افسرده

۲- آمادگی جهت گریه کردن

۳- نومیدی

۴- نگرانی

۵- افزایش وابستگی

۶- ناتوانی شغلی، فرهنگی، تحصیلی

۷- انزوای اجتماعی

۸- شکایات جسمی مانند سردرد، کمردرد و سایر دردها و خستگی (اسلامی نسب، ۱۳۷۳ ص ۲۰۴).

عوامل مستعد کننده در اختلالات سازگاری

۱. نظریه بین فردی سالیوان (۱۹۵۶): نقش مادر و محیط پرورش ظرفیت کودک را نسبت به واکنش در مقابل

فشار روانی در آینده مورد تأکید قرار داده است. عدم توانایی مادر است که اجازه استقلال به کودک

نمی‌دهد و در نتیجه فرد در آینده دچار مشکلاتی در ارتباط با سازش با مسائل زندگی می‌شود.

۲. نظریه روان پویایی اریکسون (۱۹۶۳): یک روش منظم و سازماندهی شده را جهت تشکیل شخصیت که با

کسب وظایف خاص در هر یک از مراحل زندگی به وجود آید، پیشنهاد کرده است اشکال در سازش روانی

مواقعی اتفاق می‌افتد که فرد نتواند با موفقیت کار و وظایف متناسب با آن سن را انجام دهد و در سطح

پایین‌تری از رشد و تکامل تثبیت شود.

۳. نظریه یادگیری ولف (۱۹۷۳): به نظر او کلیه رفتارها آموخته می‌شوند و می‌توان آنها را از یاد برد و یا با

رفتار مناسبتر و مؤثرتر جایگزین کرد. افراد مبتلا به مشکلات سازشی، یادگیری منفی را از طریق الگوی

ناکافی در نظام خانوادگی معیوب یا ناتوان تجربه کرده‌اند (اسلامی نسب، ۱۳۷۳ ص ۲۰۳).

نشانگان موضعی سازگاری^۱

نشانگان موضعی سازگاری یک واکنش موضعی بدن نسبت به تنیدگی می‌باشد. این واکنش شامل کل بدن نیست و شامل قسمتی از بدن می‌باشد (بافت، عضو). تنیدگی باعث سازگاری موضعی می‌شود ممکن است ضربه‌ای یا بر اثر بیماری باشد. سازگاری موضعی یک واکنش سازگاری کوتاه مدت است و مقدمتاً برای حفظ ثبات محیط داخلی صورت می‌گیرد، هر چند بدن قادر به نشان دادن بسیاری از واکنشهای موضعی تنیدگی می‌باشد.

نشانگان عمومی سازگاری^۲

نشانگان عمومی سازگاری یک مدل بیوشیمیایی تنیدگی است که بوسیله هانس سلیه ارائه شده است. مفهوم عوامل تنیدگی آور بعنوان عواملی که باعث تنیدگی می‌شود نیز بوسیله سلیه (۱۹۷۶) بیان شد. سه مرحله در سازگاری عمومی وجود دارد، این سه مرحله عبارتند از:

۱. در مرحله اول یا واکنش اخطار^۳

فرد یک عامل تنیدگی آور اختصاصی را دریافت می‌کند و مکانیسم‌های دفاعی مختلف فعال می‌شوند.

۲. مرحله دوم سازگاری عمومی مقاومت^۴ است. حال با دریافت خط و بسیج منابع بوجود آورنده آن بدن سعی به سازگاری با عامل تنیدگی آور می‌کند.

۳. مرحله سوم یا خستگی^۵

که نتیجه خستگی مکانیسم‌های سازگاری است. بدون دفاع بر علیه عوامل تنیدگی آور بدن ممکن است یا به استراحت پردازد و یا مکانیسم‌های دفاعی خود را برای برگشت به حالت طبیعی بسیج نماید و یا خستگی کامل رخ دهد و مرگ پیش آید (تیلور و همکاران، ۱۹۹۷ به نقل از ایلالی، ۱۳۷۶ ص ۳۶-۳۴).

¹.Local Adaption Syndrome

².General Adaption Syndrome

³.Alarm Reaction

⁴.Resistance

⁵.Exhanstion

مکانیزم‌های سازگاری در زندگی خانوادگی

با استفاده از مکانیسم‌های روانی، می‌توان کشمکش و مشکل‌های خانوادگی را کاهش داد. در صورتی که این روشها، با شدت و وسعت زیاد استفاده شود، تبدیل به مکانیزم‌های دفاعی خواهد شد. در زیر بطور خلاصه این مکانیزم‌ها شرح داده خواهد شد.

۱. سپر بلا شدن یا سرنش کردن^۱

یکی از اعضای خانواده به عنوان ایجاد کننده مشکل، شناخته می‌شود یا اینکه فرد ممکن است خود را مقصر اصلی قلمداد کنند. چنین روشهایی، از ایجاد درگیری جلوگیری کرده، اضطراب را کاهش می‌دهد. ولی به نوبه خود، از برقراری ارتباطی که می‌تواند ریشه مسایل را بشکافد، جلوگیری می‌کند.

۲. اتحاد یا آمیزش مصلحتی بین اعضاء^۲

برخی از افراد خانواده، اتحادی را علیه دیگر اعضاء ایجاد می‌کنند. در نتیجه حالت خصمانه را در واحد به وجود می‌آورند.

۳. کناره‌گیری از بوجود آمدن برخوردهای روانی^۳

ارتباط خانوادگی، به منظور جلوگیری از ایجاد کشمکش، کاهش می‌یابد و ارتباط خانوادگی بسیار سست و سطحی می‌شود، در نتیجه اعضای خانواده، نیازهای عاطفی خود را خارج از خانه جستجو می‌کنند.

۴. کشمکش مداوم^۴

به منظور کاهش تنش درون خانواده افراد از آزارهای کلامی و بدنی استفاده می‌کنند.

۵. واکنش معکوس^۵

در این حالت نگرشهای زیان آور به رفتار مخالف آن انتقال داده می‌شود. این گونه رفتارها از خانواده‌هایی

دیده می‌شود که هماهنگی سطحی با هم دارند (موری ورنتر، ۱۹۸۹ ص ۱۵۶ به نقل از ظریف صنایعی، ۱۳۸۴

ص ۵۸-۵۹)

^۱.Scapegoating Or Blaming

^۲.Coalitions Or Alliances

^۳Withdrawal Of Emotional Ties

^۴.Repetitive Fighting

^۵.Reaction Formation

دیدگاه‌ها در مورد سازگاری اجتماعی

در دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

این مدل به صورت تلویحی، مدلی از سلامتی را ارائه می‌دهد که شامل حالت ذهنی، توانایی انجام نقش‌های ارزشمند اجتماعی، رضایت از وضعیت جسمی و بدنی و مجموعه‌ای از متغیرهایی می‌شود که اغلب به عنوان «کیفیت زندگی» مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند. در نظام پیازه، سازش، تعادل بین درون‌سازی و برون‌سازی است. می‌توان سازش را ساختن مجموعه‌ای از روابط دانست که انسان خود را بین آنها قرار می‌دهد. چنین وضعیتی در نتیجه مجموعه واکنش‌هایی که فرد به وسیله آنها رفتار خود را تغییر می‌دهد تا بتواند به گونه‌ای موزون بر شرایط محیطی معین یا تجربه‌ای جدید پاسخ دهد.

همان‌طور که به نظر می‌رسد مفهوم «سازش زیستی» معنایی نسبتاً دقیق داشته باشد، ولی وقتی جنبه‌های روانی - اجتماعی سازگاری آدمی مطرح می‌شود مسأله بسیار پیچیده می‌گردد، چرا که این سازگاری شخصاً به خاطر حیات صورت نمی‌گیرد. از نقطه نظر روانی - اجتماعی سازگاری به خودی خود به طور انتزاعی وجود ندارد. فرد با چیزی، با موقعیتی و با یک محیط اجتماعی به طبع نظام‌های مرجع خود سازش یافته است که در ضوابط و معیارهای آن و آستانه خودداری از سازش را مشخص می‌کند، بنابراین بدون توجه به جنبه‌های روانی - اجتماعی مشکل است که بتوان حد و مرز این مفهوم را برای انسان مشخص کرد (شادمان، ۱۳۸۳).

دیدگاه تحلیل روانی

از دیدگاه تحلیل روانی به فردی سازگار گفته می‌شود که واحد «من» قوی و سالم باشد یا بتواند میان دو پایگاه دیگر شخصیت یعنی «من و فرامن» تعادل و هماهنگی ایجاد کند تا اینها بتوانند به وظایف خود به خوبی عمل نمایند. در این دیدگاه، شخصیت آدمی همانند یک نظام پویای انرژی تصور می‌شود که در یک تقسیم بندی از سه قسمت تشکیل شده است. هر یک از این سه نظام، نیروهای روانی مشخص دارند که دائم با یکدیگر در درون سیستم کلی شخصیت در حال فعل و انفعال می‌باشند که مبتنی بر تعارض پایگاه‌های مربوطه می‌باشند و بنابراین دیدگاه رفتار و حالات آدمی از جمله رفتارهای سازگار نتیجه عملکرد این نیروهای درونی است. از این دیدگاه ریشه و عمل همه ناسازگاری‌ها در تجربیات کودکی و در رابطه با چگونگی گذراندن مراحل تحول جستجو می‌شود. در این راستا ناسازگاری که به دلیل وجود تعامل بین

تکانه‌هایی که در جستجوی تخلیه و رهایی هستند از یک طرف دیگر به وجود می‌آید. وقتی که تکانه‌ها نتوانستند در هشیاری تحمل شوند و فرد نتواند به طور مؤثری در برابر آنان دفاع کند، من راه دیگری ندارد جز اینکه نشانه‌های سازگاری ایجاد نماید که در این صورت هدف رفتار ناسازگار کاهش تنش یا تعارض است (مک اسمراد^۱ به نقل از دیلمی، ۱۳۸۰).

دیدگاه یادگیری اجتماعی

رویکردهای یادگیری اجتماعی، سازگاری انسان را به سان حل مسأله یا رفتار کنار آمدن در نظر می‌گیرند. منظور ما از کنار آمدن، میزان یا درجه‌ای است که افراد می‌توانند سه چالش مهمی را که برای موجودیت آنها به وجود می‌آید، برطرف کنند و یا حداقل کنترل نمایند. این چالش‌ها عبارتند از:

الف) چالش‌های مستقیم حاصل از محیط فیزیکی

ب) چالش‌های ناشی از محدودیت‌ها

ج) چالش‌های بین فردی مربوط به محیط

دیدگاه یادگیری اجتماعی، سازگاری یا قابلیت انطباقی فرد را به عنوان توانایی برآورده سازی و کنار آمدن با فشارهای روانی و مشکلات، همراه با حداقل بی‌نظمی در جریان مداوم زندگی که پیامدهای فوری و دراز مدت رفتار را در بر می‌گیرد، مورد توجه قرار می‌دهد (دیلمی، ۱۳۸۰).

دیدگاه علوم رفتاری

سازگاری از نظر علوم رفتاری عبارتند از:

۱- عمل برقراری رابطه رضایت بخش میان خود و محیط

۲- عمل پذیری و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات فیزیکی

۳- سازگاری موجود زنده با تغییرات درونی و بیرونی (شعاری نژاد، ۱۳۷۰ به نقل از دیلمی ۱۳۸۰).

دیدگاه مراجع محوری

به اعتقاد راجرز^۲ خویشتن‌پنداری فرد از اضطراب یا تجربه ارگانیزمی او ناهماهنگی و در تضاد است. هر موقع که ادراک یک فرد از تجربه خودش تحریف یا انکار شود، تا حدودی حالت ناهماهنگی میان «خود» و تجربیات فرد، یا حالت ناسازگاری روانی و آسیب‌پذیری به وجود می‌آید و موجب پیدایش مکانیزم‌های

^۱. Mc semrad

^۲. Ragers

دفاعی می‌شود. در حقیقت فرد در مقابل تهدیدهای حاصل از ناهماهنگی میان تجربه و خویشتن پنداری، احساس اضطراب می‌کند و سپس با استفاده از یکی از مکانیزم‌های دفاعی در مقابل تهدید و اضطراب حادثه به دفاع از خود می‌پردازد. انسان روان نژند و ناسازگار با مشکل مواجه است زیرا ارتباطش را با خود و دیگران از دست داده است و روابطش نامطلوب است (شفیع آبادی، ۱۳۷۷).

دیدگاه انسان‌گرایی

بر طبق مدل‌های انسان‌گرایی - هستی‌گرایی، رشد شخصیتی تحریف شده یا س‌د شده، به عنوان عامل عمده‌ای است که سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این مدل تأکید روی انگیزه رشد در مقابل ایستایی لزوم بودن و شکل‌گیری خود است. اگر شخصی از فرصت‌های رشد محروم شود اضطراب، ناامیدی و ناکامی را تجربه خواهد کرد. تحریف طبیعت بشری به وسیله نیروهای محیطی نامطلوب به ناسازگاری منجر خواهد شد (رستمی، ۱۳۸۰).

بر طبق نظر مزلو افرادی که بیشترین سازگاری را دارند آنهایی هستند که در سراسر مراحل زندگی خود به طور موفقیت آمیزی رشد کرده‌اند و به بالاترین مرحله کمال یعنی خود شکوفایی رسیده‌اند. انسانی که به مرحله خود شکوفایی ارتقاء پیدا کرده، نیروهای بالقوه اساسی خویش را به کامل‌ترین صورت تحقق بخشیده است. شخص ممکن است تکانه‌های درونی را بازداري یا تعدیل کند و یا بکوشد تا خواست محیطی را به طریقی تغییر دهد تا تعارض را دفع نماید. پیازه^۱ به فرایند سازگاری اهمیت زیادی می‌داد. او اصطلاحات درون‌سازی^۲ و برون‌سازی^۳ را به کار برد. منظور از این دو واژه به ترتیب تغییر نسبی خود شخص یا تغییر محیط است. هم درون‌سازی و هم برون‌سازی به حل تعارض‌ها می‌انجامد (چوهان، ۱۹۹۳ به نقل از رستمی، ۱۳۸۰).

دیدگاه روان‌شناسی شناختی

در دیدگاه روان‌شناسی شناختی، انسان سازگار به کسی گفته می‌شود که توانایی و قدرت پردازش صحیح اطلاعات را داراست و چون قادر به چنین کاری است لذا یک نظام ارزشی واقع بینانه برای خود تنظیم

^۱. Piaget

^۲. Accommodation

^۳. Assimilation

می‌نماید تا تحت تأثیر نوسانات روانی دردناک و اختلاف با دیگران دچار آسیب نشود. این روند به او کمک می‌کند تا به احساس بهتری دست یابد (رستمی، ۱۳۸۰).

www.Prozhe.com

مروری بر مطالعات پیشین

نظری (۱۳۸۴) به منظور بررسی نظر والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش‌زا و میزان سازگاری آنان با این عوامل در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران تحقیقی را انجام داده است. نمونه‌ها شامل ۴۰۰ پدر و مادر کودکان مصروع می‌باشند. از پرسشنامه‌ای که در سه بخش تنظیم شده است: اطلاعات فردی، عوامل تنش‌زا، رفتارهای سازگارانه، استفاده شده است.

نتایج نشان می‌دهد که در حیطه عوامل تنش‌زا مادران (۸۰/۴ درصد) و پدران (۶۲/۸ درصد) و در حیطه سازگاری مادران (۷۰/۴ درصد) و پدران (۷۳/۶ درصد) رفتار سازگارانه داشتند. آزمون t نشان می‌دهد بین میزان تنش پدران و مادران کودکان مصروع اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p=0/001$). بین میزان سازگاری مادران با متغیرهای دموگرافیک سن مادر، میزان تحصیلات، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، سن کودک، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

مطالعه‌ای که توسط احترام السادات الحلالی به منظور بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش‌زا در مدارس استثنایی شهر ساری در سال ۱۳۷۶ انجام شده است. واحدهای پژوهش شامل ۹۸ پدر و مادر کودک عقب مانده ذهنی مدارس استثنایی شهر ساری می‌باشد. پرسشنامه‌ای در سه بخش: ۱. اطلاعات فردی ۲. عوامل تنش‌زا ۳. رفتارهای سازگارانه.

عوامل تنش‌زا و رفتارهای سازگارانه در سه حیطه زیستی، اجتماعی، روانی سنجیده می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که: (۱) در سه حیطه عوامل تنش‌زا در والدین بالاترین سطح تنش مربوط به حیطه اجتماعی می‌باشد که در مادران (۹/۶۲ درصد) و پدران (۲/۵۴ درصد) می‌باشد. (۲) در سه حیطه سازگاری در والدین بالاترین سطح سازگاری مربوط به حیطه روانی می‌باشد که مادران (۴/۵۸ درصد) و پدران (۹/۶۱ درصد). (۳) از نظر ارتباط بین عوامل تنش‌زا با متغیرهای دموگرافیک والدین ارتباط معنی‌داری با سطح تحصیلات، وضعیت شغلی والدین و همچنین وضعیت تاهل، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان عقب مانده، سن کودک عقب مانده و سن تشخیص عقب ماندگی ذهنی کودک وجود داشت.

شریعتی و داورمنش (۱۳۷۴) به منظور بررسی اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده تحقیقی را انجام دادند. نمونه‌ها شامل ۱۵۸۹ خانواده که از این تعداد ۸۳۳ مورد خانواده‌هایی که فرزند عقب مانده ذهنی داشتند و ۷۵۶ خانواده که فاقد فرزند عقب مانده ذهنی بودند. در این تحقیق برای جمع‌آوری اطلاعات از

فرم‌های اطلاعاتی و ترازومتر استفاده شده بود. یکی از متغیرهایی که مورد مطالعه قرار گرفته روابط اجتماعی خانواده بود که برای بررسی آن از شاخص‌هایی از ارتباط اجتماعی خانواده استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان داد که در مورد روابط اجتماعی خانواده‌های استثنایی، از جمله کم‌یت و کیفیت مهمانی رفتن خانواده‌ها و مهمان آمدن برای آنها و تفریح دفعات مسافرت رفتن آنها می‌توان نتیجه گرفت اولاً وجود یک فرزند عقب مانده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده‌ها می‌گردد و ثانیاً هر قدر شدت عقب ماندگی ذهنی فرزند بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگتر می‌شود. وجود یک فرزند عقب مانده ذهنی در یک خانواده، بر کارکرد خانواده به عنوان پایگاه برقراری ارتباطات اجتماعی تأثیری گذاشته و هر قدر شدت عقب ماندگی بیشتر باشد، تأثیر منفی آن بر این کارکرد مهم خانواده بیشتر خواهد بود (ص ۱۲۳).

چاوشی (۱۳۶۶) در پژوهشی تحت عنوان بررسی مسایل روانی مادران عقب مانده ذهنی به این نتایج دست یافت: وجود فرزند عقب مانده ذهنی سلامت جسمی و روانی مادران را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی به دنبال دارد. ۵۸ درصد مادران اظهار کرده‌اند که وجود کودک عقب مانده سلامت روانی آنها را مختل می‌کند. آسیب پذیری مادران باسواد از داشتن فرزند عقب مانده از مادران بی‌سواد بیشتر است. مادران جوان‌تر بیشتر از مادران مسن‌تر تحت تأثیر عقب ماندگی ذهنی فرزند قرار می‌گیرند.

ورمایز^۱ (۲۰۰۵) در تحقیقی به بررسی سازگاری روانی والدین در خانواده‌هایی که کودک با نقص ستون فقرات دارند پرداخت. بر اساس ۳۳ مطالعه‌ای که انجام شده بود، ۱۵ مورد از آن را برای مطالعه فراتحلیلی انتخاب کرد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که کودکان با نقص ستون فقرات در دراز مدت بر سازگاری روانی والدین تأثیر می‌گذارند و پسرانی که دچار نقص بودند بیشتر بر روی مادر تأثیر می‌گذارد تا پدر. فاکتورهای زیر با سازگاری روانی والدین ارتباط دارند.

فاکتورهای کودک (سن، مشکلات ارتباطی، مشکلات عاطفی، عقب ماندگی ذهنی)

فاکتورهای خانواده (سازگاری عاطفی، امیدواری، استرس، سازش و مؤلفه‌های والدینی)

فاکتورهای خانواده (درآمد خانواده، روابط با دوستان، محیط خانواده)

فاکتورهای محیطی (حمایت اجتماعی)

^۱.Vermaes

سالوویت^۱ (۲۰۰۳) به منظور بررسی استرس پدران و مادرانی که از کودک با ناتوانی هوشی مراقبت می‌کنند بر اساس مدل سازگاری ABCX دوگانه تحقیقی را بر روی ۱۱۶ مادر و ۱۲۰ پدر که دارای کودک با ناتوانی هوشی ۱-۱۰ ساله بودند انجام داد. روش پژوهش: مولفه‌های سازگاری ABCX به صورت جداگانه در پدران و مادران بررسی شده بود. نتایج نشان داد که مادران (۷۲ درصد) و پدران (۷۸ درصد) استرس داشتند.

ویز^۲ (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به ارزیابی تاثیر حمایت اجتماعی و توانایی فرد بر سطوح استرس در مادران کودکان ویژه، مادران کودکان اتیسم و مادران کودکان عقب مانده ذهنی پرداخت. از هر گروه ۴۰ مادر و مجموعه ۱۲۰ مادر انتخاب شدند. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت‌های معنی‌داری در گروه‌ها در میزان افسردگی، اضطراب، شکایات بدنی و تحلیل توانایی و قوای بدن وجود دارد. همچنین حمایت‌های اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سازگاری موفق هستند.

مک‌گلون^۳ (۲۰۰۲) بررسی استرس در سازگاری پدر خوانده یا مادر خوانده کودکان با نیازهای ویژه، مطالعه روی ۳۵ پدر خوانده یا مادر خوانده کودکان با نیازهای ویژه انجام داد. نتایج نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در سازگاری پایین خانواده با افزایش استرس در آنها وجود دارد، همچنین استرس در طول سالها بدون تغییر می‌ماند.

رونیت‌گال^۴ (۲۰۰۲) در تحقیقی در مورد تفاوت‌های بین پدران و مادران افراد بزرگسال با عقب مانده‌گی ذهنی در سطوح استرس، راهبردهای سازشی و نگرش در مورد یکپارچه سازی دختران و پسران در جامعه را بررسی کرده است. نمونه شامل ۸۵ مادر و ۵۰ پدر که دارای دختر و پسر ۱۸ تا ۲۶ سال بودند. از ۴ پرسشنامه (۱) مشخصات دموگرافیک (۲) پرسشنامه استرس و منابع (۳) پرسشنامه راهبردهای سازشی (۴) پرسشنامه نگرش والدین راجع به عادی سازی استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که مادران به دلیل آگاهی از ناتوانی‌ها و تفاوت کودکانشان با سایر کودکان استرس بالاتری را نسبت به پدران تحمل می‌کنند. مادران برای سازگاری از راهبردهای سازشی هیجان مدار و پدران از راهبردهای مشکل مدار استفاده می‌کنند. همچنین مادران بیشتر از پدران از راهبردهای سازشی استفاده می‌کنند.

^۱.Salovita

^۲.Weiss

^۳.Mc Glon

^۴.Ronit Gol

به منظور بررسی سازگاری خانواده‌هایی که دارای کودک با ناتوانی‌های رشدی هستند، باری تروت و دیاناهیرت-مورنی^۱ (۲۰۰۲) ۸۷ خانواده را که دارای کودک باناتوانی رشدی در سنین پیش از مدرسه بودند را مورد ارزیابی قرار دادند و ۷ سال بعد وقتی فرزندان آنها در دوره پیش از نوجوانی بودند، والدین را دوباره مورد مصاحبه قرار دادند. از مقیاس تاثیر ناتوانی کودک بر خانواده که شامل ۱۵ آیتم است و خلاصه‌ای از ارزیابی مثبت و منفی والدین در مورد کودکشان و یک نمره کلی که استرس والدین در دراز مدت را پیش بینی می‌کند، استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که حتی وقتی متغیرهایی مثل سازگاری زناشویی و سطوح ناتوانی کودک کنترل می‌شود والدین نسبت به آینده استرس دارند.

پلچت^۲ (۱۹۹۹) در تحقیقی سازگاری والدین نوزادان ناتوان و رابطه آن با نوع ناتوانی را بررسی کرد. آزمودنی‌ها بر طبق سه نوع ناتوانی و یک گروه کنترل انتخاب شدند: (۱) والدین نوزادان با سندروم داون^۳ (۲) بیماری‌های قلبی مادرزادی^۴ (۳) شکاف لب یا شکاف کام^۵ (۴) گروه سالم^۶

از یک پرسشنامه خودتنظیمی استفاده شده که شامل ارزیابی استرس، استرس والدینی و افسردگی روانی^۷ است. نتایج نشان داد که والدین نوزادان با سندروم داون و والدین نوزادان با بیماری‌های قلبی مادرزادی سطح بالایی از استرس و افسردگی روانی را نسبت به والدین نوزادان با شکاف کام و والدین نوزادان سالم داشتند. در کل مادران سطوح بالایی از استرس و افسردگی داشتند.

وارفیلد^۸ (۱۹۹۹) به بررسی سازگاری در سالهای اولیه زندگی کودک در بین مادران کودکان باناتوانی پرداخت. نمونه‌ها شامل ۷۹ مادر بودند. برای بررسی استرس مادر در سه دوره سنی یک سالگی، سه سالگی، و پنج سالگی کودک، فهرستی از استرس‌های مادر تهیه و بوسیله مادران تکمیل شد. نتایج نشان داد که استرس مربوط به کودک در طول سه دوره سنی بطور معنی‌داری در مادران افزایش می‌یافت و در پنج سالگی یک سوم از مادران نمره‌های بالا گرفتند. در خانواده‌هایی که انسجام و یکپارچگی بیشتری داشتند و حوادث منفی در زندگی آنها کمتر بود در زمانی که کودک ۵ ساله بود استرس کمتری داشتند.

¹.Trute & Hiebert

².Pelchat

³.Down,s Syndrom

⁴.Congenital heart disease

⁵.Cleft lip/Palate

⁶.Nodisability

⁷.Psychological dis tress

⁸.Warfield

بک من^۱ (۱۹۹۱) در مقایسه ادراک مادران و پدران از تاثیر ناتوانی کودک بر آنها تحقیقی بر روی ۵۴ مادر و ۵۴ پدر که دارای کودک با ناتوانی و بدون ناتوانی اند، انجام داد. تفاوت معنی داری در مورد استرس پدران و مادران بدست آمد. نتایج نشان می دهد مادران استرس بیشتری نسبت به پدران گزارش کردند. والدین کودکان با ناتوانی استرس و نیازهای بیشتری را در همه زمینه ها مطرح کردند. استرس بطور منفی با حمایت رسمی پدران و مادران ارتباط داشت و بطور مثبت با افزایش نیازهای مادران ارتباط داشت.

فلینت^۲ (۱۹۸۹) برای بررسی استرس و رفتارهای سازشی ۹۰ مادر کودکان با عقب ماندگی ذهنی خفیف را مورد بررسی قرار داد. او از استرس و مقیاس سازش خانواده با توجه به دوره های سه گانه رشد کودک استفاده کرد. نتایج نشان می دهد تفاوت معنی داری در نمره های استرس خانواده و دوره سوم رشد کودک وجود دارد. همچنین تفاوت های معنی داری بر اساس نژاد و سن مادر با استرس مادر وجود دارد. تفاوت های معنی داری در رفتارهای سازشی با نژاد، وضعیت مادی، پایگاه اجتماعی خانواده وجود دارد. پاتریکیا^۳ (۱۹۸۵) بررسی سازگاری خانواده هایی که بخاطر داشتن کودک با نقص عضو استرس دارند. فاکتورهایی که روی سازگاری این خانواده ها تاثیر می گذارد و ادراک خانواده از استرس در رابطه با کمک های داخلی و خارجی خانواده و خصوصیات کودک ناتوان بررسی شده است.

نمونه ها به گروه از والدین که کودک دارای نقص عضو مادرزادی داشتند و در مرکز پزشکی ماکسی میلان در تورنتو بودند و به گروه نیز از والدین کودکان عقب مانده ذهنی انتخاب شدند. از ۴ پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات استفاده شده بود: ۱) مقیاس محیط خانه^۴ ۲) مقیاس ارزیابی بحران مدار شخصی خانواده^۵ ۳) پرسشنامه استرس و منابع^۶ ۴) چک لیست خانوادگی

نتایج تحقیق نشان می دهد که استرس ادراک شده پایین در ارتباط با داشتن کودک ناتوان بطور مثبتی با یکپارچگی خانواده، بیانگری^۷ بالا، تعارض پایین، استقلال بالا، کمک های روحی بالا، حمایت اجتماعی بالا مرتبط بود. همچنین استرس والدین از نظر نوع ناتوانی و موقعیت اجتماعی-فرهنگی والدین متفاوت بود.

^۱.Bakman

^۲.Flynt

^۳.Patricia

^۴.Family Envoirment Scale

^۵.Family Crisis Oriented Personal Envaluation Scale

^۶.Questionnaire on Resources and Stress

^۷.Expressireness

به منظور بررسی شیوه سازگاری و تطابق پدر و مادر دارای کودک سندرم داون (دامروش، ۱۹۸۲ به نقل از ایلالی) تحقیقی را در مری لند روی ۲۵ خانواده این بیماران انجام داد. محقق، والدین کودکان شیرخوار تا سن بلوغ را مورد بررسی قرار داد. او از پرسشنامه سازگاری والدین و غمگینی مزمن برای بررسی استفاده کرد. در این تحقیق تفاوت شیوه سازگاری پدر و مادر به وضوح نشان داد شده است. پدران (۸۳٪) تطابق باثبات داشتند ولی مادران (۶۸٪) دچار بحرانهای روانی بودند و میزان بالایی از افسردگی مزمن داشتند. (۱٪) رفتارهای سازگاری پدر و مادر با هم تفاوت داشت. مادران سطح بالایی از احساس تحمل، بار سنگین فشار، گرفتگی، پریشانی، مطرح کردند. نگرانی از آینده، اضطراب و ترس برای چیزهایی که افراد دیگر درباره آنها می گویند و احساس حسادت و تنفر نسبت به مادران کودکان سالم داشتند.

فصل سوم

روش شناسی تحقیق

این فصل به منظور شرح روش پژوهش و ملاحظات اخلاقی تدوین شده است.

۱-۳ روش پژوهش

روش پژوهش در این بررسی شامل نوع پژوهش، جامعه پژوهش و نمونه پژوهش که خود مشتمل بر معیارهای انتخاب نمونه و روش نمونه گیری است، می باشد. همچنین در این بخش از پژوهش به شرح محیط پژوهش، متغیرها و نحوه سنجش آنها، روش کار و تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته می شود.

الف) نوع پژوهش

این پژوهش یک مطالعه مورد-شاهدی^۱ از نوع تحلیلی است. مطالعه تحلیلی سعی دارد علل یا عوامل ایجاد یک مساله و یا بیماری خاص را از طریق مقایسه دو گروه و یا بیشتر بر اساس متغیرهای مربوط تعیین نماید. در مطالعه تحلیلی پژوهشگر هیچ مداخله و دستکاری ندارد، بلکه اثرات مواجهه خود به خودی افراد با عوامل خطر و عوامل تعیین کننده را مطالعه می کند (عابدسعیدی، ۱۳۸۱ص ۵۶).

ب) جامعه پژوهش

جامعه، هر گونه، مجموعه معینی از اشیاء، اشخاص، رویدادها یا متغیرهایی است که به عنوان مبنای طبقه

بندی یا اندازه گیری مشخص شده اند (دلاور، ۱۳۷۷ص ۱۸۳).

^۱.Case-Control

جامعه مورد نظر در این پژوهش عبارت از مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مدارس استثنایی شهرستان کاشان و مادران کودکان عادی که در مدارس راهنمایی مشغول به تحصیل بودند.

ج) توصیف نمونه پژوهش

نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر است که ۴۰ مادر دانش آموز عقب مانده ذهنی که در مدارس استثنایی بودند و ۴۰ مادر دانش آموز عادی که در مدارس راهنمایی مشغول به تحصیل بودند.

ویژگی های فردی نمونه ها در جداول ابتدای فصل چهار به نمایش گذاشته شده است.

اولین ویژگی سن کودک بود. بیشترین درصد (۸۱/۲۵) در گروه سنی ۱۲-۱۴ سال قرار دارند و (۷/۵ درصد) از کودکان در سنین ۱۷-۱۵ سال بودند.

دومین ویژگی سن مادر بود. در مجموع (۵۷/۵ درصد) از مادران هر دو گروه در رده سنی ۳۱-۴۰ سالگی قرار داشتند. کمترین درصد هم در رده سنی ۵۱-۶۰ سال می باشد.

ویژگی سوم طول مدت ازدواج بود. در مجموع (۶۰ درصد) از مادران هر دو گروه ۲۰-۹ سال بودند که ازدواج کرده و کمترین درصد (۱۰) مربوط به آنهایی بود که ۳۱-۴۰ سال از ازدواج آنها می گذشت.

ویژگی بعدی سطح تحصیلات مادران بود. در مجموع (۵۳/۷۵ درصد) از مادران هر دو گروه دارای تحصیلات ابتدایی و (۲۰ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و (۲/۵ درصد) از مادران کودکان عادی بیسواد و بقیه دارای سیکل و دیپلم بودند.

ویژگی پنجم تعداد فرزندان بود. (۶۰ درصد) مادران کودکان عقب مانده ذهنی از ۳ فرزند بیشتر داشتند و ۵۰ درصد مادران کودکان عادی دارای ۲ فرزند بودند.

ویژگی ششم رتبه تولد فرزند بود. (۵۵ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی کودکان فرزند سوم و بالاتر بود و (۵۷/۵ درصد) از مادران کودکان عادی، کودکان اولین فرزند بود.

د) معیارهای انتخاب افراد مورد مطالعه

معیارهای پذیرش نمونه:

۱- مادرانی که فرزند آنها در دامنه سنی ۷-۱۸ سال بودند

۲- مادرانی که فرزند آنها در مدارس استثنایی شهرستان کاشان مشغول به تحصیل بود

۳- مادرانی که فرزند آنها دختر و سالم بوده و در مدارس عادی شهرستان کاشان در مقطع راهنمایی مشغول به تحصیل بود

۴- مادرانی که دارای فرزند دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر بودند
معیارهای حذف نمونه:

۱- مادرانی که فرزند پسر عقب مانده ذهنی و پسر سالم داشتند

۲- مادران غیر خانه‌دار (شاغل)

۳- دانش آموزانی که مادر نداشتند یا با مادر خود زندگی نمی‌کردند

ه) روش نمونه‌گیری

اولین قدم در نمونه‌گیری، داشتن تعریف روشن از جامعه مورد مطالعه و خصوصیات آن است. نمونه هر

گونه زیر مجموعه ای است که جامعه از آن انتخاب می‌شود (دلاور، ۱۳۷۷ ص ۱۸۳).

نمونه‌ها شامل مادرانی بود که خانه دار بودند و دانش آموز را به فرزند خواندگی قبول نکرده بودند. ابتدا

لیست کلیه دانش آموزان مدارس استثنایی با هماهنگی مسولان مدارس تهیه شد و سپس بر اساس معیارهای

پذیرش و حذف نمونه ۴۰ نفر از دانش آموزانی که مطابق با معیارها بودند انتخاب شدند. بعد از انتخاب

نمونه‌ها از مشاور مدرسه خواسته شد تا با مادران آنها تماس گرفته و بعد از هماهنگی برای انجام مصاحبه در

مدرسه از آنها دعوت بعمل آمد. حضور یافتن مادران در مدرسه و مصاحبه با آنها اجباری بود و چنانچه

رضایت داشتند با آنها مصاحبه به عمل می‌آمد. از آنجا که دامنه سنی (۶۵ درصد) دانش آموزان عقب مانده

ذهنی ۱۵-۱۲ سال بود، برای گروه مقایسه نیز نمونه‌ها از مادران دانش آموزان دختری که در مدارس راهنمایی

و دامنه سنی ۱۵-۱۲ بودند، انتخاب شدند.

همچنین مدارس راهنمایی عادی (شهید سالم و شهید حیدری) از همان مناطقی که مدارس استثنایی از آن جا

انتخاب شدند، برگزیده شد. پس از حضور در مدارس راهنمایی عادی لیست کلیه دانش آموزان بر اساس

معیارهای پذیرش و حذف نمونه تهیه شد و سپس اسامی دانش آموزان هر کلاس نوشته شد و از بین آنها در

هر دو مدرسه کلاس اول ۱۴ نفر، در کلاس دوم ۱۴ نفر و در کلاس سوم نیز ۱۲ نفر انتخاب شدند. از مشاور

مدرسه درخواست شد تا با مادران آنها هماهنگی لازم را بعمل آورده و برای انجام مصاحبه در مدرسه از آنها

دعوت کند.

ویژگی‌های فردی مادران دو گروه با همدیگر هم‌تا سازی نشود و افراد گروه مقایسه بر اساس معیارهای پذیرش و حذف پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. البته بهتر بود که در مورد مادران هم بر حسب ویژگی‌های فردی هم‌تا سازی صورت می‌گرفت تا اثر متغیرهای مداخله‌گر کاهش می‌یافت.

(و) حجم نمونه و شیوه محاسبه آن

در مدارس استثنایی نمونه‌گیری به صورت سرشماری و در مدارس عادی نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد. در این پژوهش حجم نمونه شامل ۸۰ نفر است که ۴۰ مادر دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی و ۴۰ مادر دانش‌آموز عادی که در مدارس راهنمایی مشغول به تحصیل بودند را شامل می‌شدند.

$$n = \frac{p(\frac{1}{1-p}) * (\frac{\alpha}{d})}{d}$$

$$n = \frac{(\frac{1}{1-p}) * (\frac{\alpha}{d})}{d} = \frac{1}{d^2} * (\frac{\alpha}{1-p})$$

(ز) مکان و زمان انجام تحقیق (محیط پژوهش)

مکانی که پژوهش در آن انجام می‌شود را محیط پژوهش می‌نامند. محیط پژوهش باید به گونه‌ای انتخاب شود که شرایط انجام بررسی یا آزمایش در آن فراهم باشد (عابد سعیدی، ۱۳۸۲ ص ۱۰۱).

مکان‌هایی که این پژوهش در آنجا صورت گرفت عبارتند از:

۱- مدرسه استثنایی شهید فهمیده که دخترانه و پسرانه است. دانش‌آموزان این مدرسه شامل ۱۲۰ دانش‌آموز بود که ۵۲ نفر آنها دختر بودند.

۲- مدرسه استثنایی جواهری نیکبخت دخترانه و پسرانه است. دانش‌آموزان این مدرسه شامل ۲۵ نفر دانش‌آموزان که ۱۲ نفر آنها دختر بود.

۳- مدرسه راهنمایی شهید سالم که شامل ۱۲۰ دانش‌آموز دختر است که آنها در کلاسهای اول، دوم و سوم مشغول به تحصیل بودند.

۴- مدرسه راهنمایی شهیدحیدری که شامل ۱۰۰ دانش‌آموز دختر که آنها هم در کلاسهای اول، دوم و سوم مشغول به تحصیل بودند.

(ح) متغیرها و نحوه سنجش آنها

در ابتدا سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک با توجه به اهمیت متغیرهای سن کودک، سن مادر، طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات مادر، تعداد فرزندان، رتبه تولد فرزند با صلاحدید مشاور آمار لحاظ گردید.

ابزار سنجش سازگاری اجتماعی، مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پی کل بود که این پرسشنامه نسخه ترجمه شده آن است. این مقیاس در سال ۱۹۷۴ توسط ویزمن و پی کل و در سال ۱۳۷۸ بوسیله میرزمانی طی پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس یک مصاحبه نیمه سازمان یافته^۱ است که سازگاری اجتماعی رادرهفت نقش کل حوزه اصلی بررسی می کند. این نقشها عبارتند از: سازگاری در انجام وظایف روزمره، فعالتهای اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والد یری، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی.

سوالات مربوط به وظایف روزمره برای افراد عبارت بودند از شاغل بودن، خانه دار بودن، دانش آموز یا دانشجو و غیر شاغل بودن و از آنجایی که کلیه آزمودنیها را زنان خانه دار تشکیل می دهند سوالات مربوط به زنان خانه دار پرسیده شد. سوالات مربوط به وظایف روزمره شامل: اتلاف وقت، عملکرد مختل، احساس عدم کفایت، اصطکاک^۲، پریشانی، بی علاقهگی می شود.

سوالات مربوط به فعالتهای اجتماعی و فوق برنامه مشتمل بر مجموعه سوالات در مورد اوقات فراغت و دوستان آزمودنی در طی دو ماه گذشته بود و کاهش تماسها، کاهش روابط اجتماعی، فعالتهای فوق برنامه آسیب دیده^۳، اصطکاک، حساسیت بیش از حد، ناراحتی اجتماعی، تنهایی، ملال، کاهش قرار ملاقات، بی علاقهگی نسبت به قرار گذاشتن را در بر می گرفت.

سوالات مربوط به روابط خویشاوندی نیز شامل سوالاتی در مورد خویشاوندان و بستگان آزمودنی در طی دو ماه گذشته بود و مواردی مثل اصطکاک، کم گویی، کناره گیری، وابستگی، سرکشی، نگرانی، احساس گناه، تنفر را در بر می گرفت.

سوالات مربوط به روابط زناشویی مشتمل بر مجموعه سوالاتی برای افراد متأهل بود که روابط زوجین را در طی دو ماه گذشته مورد پرسش قرار می داد. در مورد آزمودنیهایی که همسرشان فوت کرده بود سوالات مربوط به نقش والدینی پرسیده می شد. سوالات این قسمت شامل اصطکاک، کم گویی، رفتار تحکمی، سلطه پذیری، وابستگی، فقدان مهر و عاطفه، کاهش روابط جنسی، مشکلات جنسی و بی علاقهگی می شود. در

^۱ در این نوع مصاحبه، سؤالها از قبل طراحی شده اند و هدف کسب اطلاعات عمیق از مصاحبه شونده است.

^۲ رفتارهای آشکار مانند بحث کردن، عصبانیت آشکار، کناره گیری به دلیل تنش را ارزیابی می کند.

^۳ میزان علاقه فرد به فعالتهای فوق برنامه را بررسی می کند.

هنگام پرسیدن سوالات روابط زناشویی باید دقت می‌شد تا طرز بیان سوال تهدید آمیز نباشد و آزمودنی تمایل به همکاری داشته باشد به طوری که و احساس نکند در زندگی او دخالتی می‌شود و یا کسی وارد حریم خصوصی او می‌شود.

سوالات مربوط به نقش والدیری در رابطه با تمام فرزندان بود که با آزمودنی در خانه زندگی می‌کردند. در اینجا فرزندان که ازدواج کرده بودند مستثنی می‌شوند. در مورد هر کودک سوالها باید جداگانه پرسیده می‌شد و سپس حد متوسط پاسخها در نظر گرفته می‌شد. در اینجا باید نحوه روابط با فرزندان در طی دو ماه گذشته ارزیابی می‌شد. این سوالات شامل فقدان مسولیت، روابط معیوب، اصطکاک، کمبود مهر و محبت می‌شدند.

سوالات مربوط به روابط خانوادگی مربوط به همسر و فرزندان بود که روابط خانوادگی را در طی دو ماه گذشته بررسی می‌کرد و مشتمل بر نگرانی، احساس گناه، رنجش می‌شد.

سوالات مربوط به وضعیت اقتصادی در رابطه با امور مالی بود و اینکه افراد در دو ماه گذشته پول کافی برای نیازهای ضروری خود داشته‌اند. این سوال برای ارزیابی مشکلاتی بود که آزمودنی بخاطر نداشتن پول متحمل می‌شد و استقلال مالی را در نظر نداشت.

نمره گذاری این سوالات بصورت پنج نمره‌ای بود و نمره کمتر نشان دهنده سازگاری بهتر بود. اولین نمره، حاکی از وضعیت عالی، نمره دوم حاکی از درجه خفیف ناسازگاری نسبت به مقدار تقریبی متوسط جامعه و سه نمره دیگر حاکی از درجات مختلف ناسازگاری می‌باشد. در هر حوزه نقش، سوال مشخصی در رابطه با عملکرد، رضایت، اصطکاک، ناراحتی و مانند آن متناسب با آن نقش پرسیده می‌شد. بنابراین در هر حوزه چندین نوع نمره گذاری تابع برای مقایسه پنج نمره‌ای صورت گئی. برای مثال، بخش وظایف روزمره دارای قسمتی بنام "عملکرد مختل" بود که نمره گذاری آن به این صورت بود:

۱- مختل نشده است

۲- کافی، ولی کمی مختل شده است

۳- بطور متوسط مختل شده یا نیازمند کمک است

۴- مختل

۵- خیلی مختل

بعد از پرسیدن این چهل و دو سوال نوبت به ارزیابی کلی می‌رسید. نمره‌گذاری این چهل و دو سوال منطبق بر پاسخی بود که آزمودنی می‌داد و محقق همان پاسخ را مشخص می‌کرد. اما در ارزیابی کلی همه اطلاعات در دسترس محقق نیز در نمره‌گذاری دخالت می‌کرد. قصد بر این بود که این قضاوت تا حدی غیر سازمان یافته و ترکیبی آگاهانه از تمام اطلاعات در دسترس باشد. فایده این کار این بود که در اینجا بر خلاف سوالهای قبل انکارهای آزمودنی نیز مد نظر قرار می‌گرفت. مثلاً آزمودنی ممکن بود که در مورد روابط با همسرش ابراز رضایت کند در حالیکه مضطرب و دستپاچه بود، برخی کلمات را چند بار تکرار می‌کرد و سعی در قبولاندن این مساله داشت که با همسرش رابطه خوبی دارد.

سوالات مربوط به ارزیابی کلی شامل وظایف روزمره، فعالتهای اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدیری و سازگاری عمومی بود. نمره‌گذاری ارزیابی کلی به صورت مقیاس هفت نمره‌ای بود و از سازگاری عالی، سازگاری خوب، ناسازگاری خفیف، ناسازگاری متوسط ناسازگاری زیاد، ناسازگاری شدید، ناسازگاری خیلی شدید نمره داده می‌شد. نمره‌گذاری براساس تعریفی بود که هر قسمت داشت مثلاً سازگاری عالی به معنای نداشتن ناسازگاری و عملکرد عالی فرد بود.

سازگاری عمومی نیز مانند ارزیابی کلی بر اساس قضاوت محقق و به صورت هفت نمره‌ای صورت می‌گرفت. برای تمام سوالات دوره ارزیابی دو ماه قبل از مصاحبه بود. این مقیاس شامل چهل و هشت سوال و در دو قسمت (۱) حدود و حوزه های نقش (۲) طبقات کفنی بود.

طبقات کیفی در درون هر نقش عملکردی بکار می‌رفت. همه طبقات در تمام نقشها بطور مساوی نشان داده نشده‌اند و این بستگی به تناسب آنها داشت. بخش اصلی به سه صورت رفتار، احساسات و رضایت بود و ارزیابی کلی که نمره‌گذاری آن متفاوت بود. در بخش رفتار، تلاش شد تا رفتار واقعی نه احساسات و ادراک بازگو شده توسط آزمودنی، ارزیابی شود. ترتیب سوالات از قبل مشخص و برای شروع هر قسمت، سوالی اولیه در نظر گرفته شد.

این مصاحبه بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت و نیم طول می‌کشید.

پایایی و اعتبار مقیاس سازگاری اجتماعی

ویژمن و پی کل پایایی مقیاس را بر روی یک نمونه از ۱۸ زن افسرده گزارش دادند. آنها دو شاخص توافق بکار برده‌اند: ۱- تعداد نمره گذاری‌هایی که توافق را نشان می‌دهد ۲- ضریب همبستگی پی‌سون بین نمره گذاران.

با توجه به توافق خام، از آنجایی که مقیاس‌ها به استثناء ارزیابی کلی و عمومی بصورت پنج دامنه بود؛ برای عدم توافق حداکثر یک مجاز دانسته شد. بهتر این توافق برای نمره گذاری‌های سوالات عینی در نقش فعالیت‌های روزمره و بدترین توافق برای فعالیت‌های اجتماعی و فوق برنامه بدست آمد. در ۶۷٪ از سوالات توافق کامل بدست آمد و در ۲۹٪ دیگر یک نمره اختلاف دیده شد. ۳۹٪ از نمره گذاری‌ها بیش از یک نمره اختلاف داشتند. ضریب پی‌سون بر روی یک دامنه، از یک حد پایین ۳۳٪ برای مشکلات در فعالیت‌های روزمره تا به یک حد بالا، ۹۷٪ برای عدم کفایت اقتصادی بدست آمد و تنها یک نمره گذاری همبستگی زی ۶۰٪ نشان داد در حالیکه اکثراً بالای ۷۰٪ بود. میانگین همبستگی تمام سوالات ۸۳٪ بود که حاکی از این است که نمره گذاری دارای پایایی قابل قبولی است.

جهت تعیین اعتبار علمی^۱ مصاحبه از آزمون مجدد^۲ استفاده گردید. منظور از اعتبار علمی یک ابزار اندازه‌گیری ثبات و پایایی نمره‌های آزمون در طول زمان است. یعنی اگر یک آزمون چند بار تحت شرایط یکسان درباره یک آزمودنی اجرا شود، نتایج حاصل تا چه حدی مشابه، دقیق و قابل اعتماد است (پاشاشریفی، ۱۳۸۰ ص ۱۴۰).

مصاحبه با ۱۱ نفر از مادران در هر دو گروه که همان مشخصات اصلی افراد نمونه را دارا بودند، انجام شد. پس از گذشت دو هفته مجدد با همان مادران مصاحبه به عمل آمد و نتایج نهایی هر دو مرحله با استفاده از ضریب همبستگی محاسبه شده و میزان ثبات درونی مقیاس بدست آمد. یافته‌های نهایی مبین همبستگی قوی میان پاسخ‌های داده شده در دو مرحله بود. میزان همبستگی از ۳۲٪ تا ۹۸٪ بدست آمد، با توجه به این امر اعتبار علمی مصاحبه مورد تایید قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۱-۳) مشاهده می‌شود، همانطور که ملاحظه می‌شود برخی از ابعاد سازگاری اجتماعی معنادار نشد که دلیل آن می‌تواند کم بودن تعداد نمونه

^۱. Reliability

^۲. Test re test

باشد. همچنین بعد از مشخص کردن میانگین، با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ اختلاف علمی سنجیده شد و مصاحبه با اعتماد ۰/۹۳ مورد استفاده قرار گرفت.

جدول (۴-۸): همبستگی بین دو بار اجرای مصاحبه در دو گروه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

مادران کودکان عادی			مادران کودکان عقب مانده ذهنی			گروه
p-value	ضریب همبستگی	تعداد	p-value	ضریب همبستگی	تعداد	متغیر
۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱۱	فعالتهای روزمره
۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱۱	۰/۱۰۳	۰/۹۰	۱۱	فعالتهای اجتماعی و فوق برنامه
۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱۱	۰/۱۷	۰/۹۶	۱۱	روابط خویشاوندی
۰/۰۲	۰/۷۰	۱۱	۰/۰۴	۰/۸۸	۱۱	روابط زناشویی
۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱۱	نقش والدین
۰/۰۰۳	۰/۸۵	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱۱	بعد خانواده
۰/۳۵	۰/۳۲	۱۱	۰/۰۱	۰/۸۱	۱۱	وضعیت اقتصادی
۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱۱	سازگاری کلی

ط) روش جمع آوری داده‌ها

ابتدا از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نامه برای مراجعه به آموزش و پرورش شهرستان کاشان

اخذ شد که پس از دریافت مجوز به محیط پژوهش مراجعه و معرفی به مسئولین مدارس معرفی صورت

گرفت. پس از آن هماهنگی‌های لازم و هدف از انجام تحقیق و شیوه انجام آن را توضیح داده و پروپوزال در

اختیار آنها قرار گرفت. بعد از مشخص شدن مدارس استثنایی که شامل مدارس شهید فهمیده و جواهری نیکبخت بود، دو مدرسه عادی شهید سالم و شهید حیدری نیز در همان مناطق انتخاب شدند. ابتدا فهرست اسامی کلیه دانش آموزان مدارس استثنایی و مدارس عادی تهیه شد. سپس نمونه گیری به صورت سرشماری در مدارس استثنایی و در مدارس عادی نمونه گیری تصادفی بر اساس معیارهای پذیرش و حذف نمونه صورت گرفت. بعد از انتخاب نمونه از مشاور مدرسه خواسته شد با مادران دانش آموزان هماهنگی به عمل آورد و بعد از کسب رضایت آنها برای انجام مصاحبه به مدرسه دعوت شدند. برای هر فرد روز و ساعت خاصی در نظر گرفته شد، مثلاً برای هر روز ۴ نفر دعوت می شدند مصاحبه در اتاق مشاور صورت می گرفت. ابتدا محقق خود را معرفی و هدف از اجرای تحقیق و لزوم آن را برای آنها توضیح می داد و سپس در مورد محرمانه بودن پاسخها به مادران اطمینان می داد.

در هنگام مصاحبه اگر آزمودنی ها متوجه سوالی نمی شدند برای آنها توضیح داده می شود. برای هر آزمودنی برگه پاسخ نامه جداگانه تهیه شد که بعد از پرسیدن مشخصات دموگرافیک و تعیین کد برای هر آزمودنی، پاسخها در آن یادداشت شد بعد از اتمام مصاحبه از اینکه آنها وقت خود را در اختیار پژوهش قرار داده بودند، تشکر می شد. پس از مصاحبه با توجه به اطلاعات بدست آمده و قضاوت شخصی محقق ارزیابی کلی صورت می گرفت.

از هر گروه یازده نفر برای اجرای مجدد مصاحبه انتخاب شدند و در پایان مصاحبه از آنها درخواست شد که بعد از دو هفته برای تکرار مصاحبه به مدرسه مراجعه نمایند.

ی) روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این پژوهش متغیر مستقل سازگاری اجتماعی و متغیر وابسته عقب ماندگی ذهنی بود.

اطلاعات جمع آوری شده به کمک روشهای آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی به شاخصهای فراوانی و درصد فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد پرداخته می شود و در بخش استنباطی بر اساس فرضیه ها به کمک روشهای آماری استنباطی مقایسه ها با استفاده از آزمونهای آماری از جمله t مستقل^۱، آنالیز واریانس و کولموگروف اسمیرنف^۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

^۱. Independent-t

^۲. Kolmogoroff Smirnov

ک) ملاحظات اخلاقی

۱. معرفی نامه از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران جهت ارائه به آموزش و پرورش شهرستان کاشان دریافت گردید.
۲. اهداف پژوهش و لزوم اجرای آن برای مسولان آموزش و پرورش شهرستان کاشان توضیح داده شد.
۳. به مسولان آموزش و پرورش شهرستان کاشان اطمینان داده شد که در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار ایشان قرار داده خواهد شد.
۴. برای انجام مصاحبه بعد از معرفی خود هدف از انجام پژوهش برای شرکت کنندگان در پژوهش توضیح داده شد.
۵. به افراد در زمینه شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش حق انتخاب داده شد.
۶. به مسولان مدرسه و مادران در مورد محرمانه بودن و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.
۷. محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده از شرکت کنندگان تضمین گردید و بدین منظور نام و نام خانوادگی افراد قید نشده است.
۸. نتایج حاصل از این پژوهش در صورت تمایل مسولان در واحدهای مورد پژوهش در اختیار آنها قرار خواهد گرفت.

فصل چهارم

توضیح و تحلیل داده‌ها

۴-۱ مقدمه

در این فصل داده‌های جمع‌آوری شده به کمک روشهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه گردیده است.

در بخش توصیف داده‌ها:

در این بخش مشخصات دموگرافیک با استفاده از جداول دو بعدی (۴-۱) الی (۴-۶) نشان داده شده است.

۴-۲: توصیف داده‌ها

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی افراد برحسب سن کودک و به تفکیک دو گروه مادران کودکان عقب مانده

ذهنی و مادران کودکان عادی

جمع		مادران کودکان عادی		مادران کودکان عقب مانده ذهنی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن کودک
۱۱/۲۵	۹	۲/۵	۱	۲۰	۸	۹-۱۱
۸۱/۲۵	۶۵	۹۷/۵	۳۹	۶۵	۲۶	۱۲-۱۴
۷/۵	۶	۰	۰	۱۵	۶	۱۵-۱۷
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

همانگونه که جدول ۴-۱ نشان می دهد ۶۵ درصد مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۹۷/۵ درصد مادران کودکان عادی دارای فرزند رده سنی ۱۲-۱۴ سال بودند. در مجموع ۸۱/۲۵ درصد مادران دارای فرزند ۱۲-۱۴ ساله بودند.

جدول ۴-۲: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب سن آنها و به تفکیک دو گروه مادران کودکان عقب

مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

جمع		مادران کودکان عادی		مادران کودکان عقب مانده ذهنی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن مادر
۱۶/۲۵	۱۳	۱۵	۶	۱۷/۵	۷	۱۹-۳۰
۵۷/۵	۴۶	۶۲/۵	۲۵	۵۲/۵	۲۱	۳۱-۴۰
۱۳/۷۵	۱۱	۱۲/۵	۵	۱۵	۶	۴۱-۵۰
۱۲/۵	۱۰	۱۰	۴	۱۵	۶	۵۱-۶۰
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

جدول ۲-۴ نشان می‌دهد که ۵۲/۵ درصد مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۶۲/۵ درصد مادران کودکان عادی در رده سنی ۳۱-۴۰ سالگی بودند و در مجموع ۵۷/۵ درصد مادران در رده سنی ۳۱-۴۰ سالگی بودند. جدول ۳-۴: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب طول مدت ازدواج در دو گروه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

جمع		مادران کودکان عادی		مادران کودکان عقب مانده ذهنی		گروه طول مدت ازدواج
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۰	۴۸	۶۷/۵	۲۷	۵۲/۵	۲۱	۹-۲۰
۳۰	۲۴	۲/۵	۱۰	۳۵	۱۴	۲۱-۳۰
۱۰	۸	۷/۵	۳	۱۲/۵	۵	۳۱-۴۰
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

جدول ۳-۴ گویای آن است که ۵۲/۵ درصد از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۶۷/۵ درصد مادران کودکان عادی ۹-۲۰ سال بود که ازدواج کرده بودند و در مجموع ۶۰ درصد از مادران ۹-۲۰ سال از ازدواج آنها سپری شده بود.

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادران در دو گروه مادران کودکان عقب

مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

جمع		مادران کودکان عادی		مادران کودکان عقب مانده ذهنی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سطح تحصیلات مادر
۱۱/۲۵	۹	۲/۵	۱	۲۰	۸	پیسواد
۵۳/۷۵	۴۳	۵۰	۲۰	۵۷/۵	۲۳	ابتدایی
۲۰	۱۶	۳۰	۱۲	۱۰	۲	سیکل
۱۵	۱۲	۱۷/۵	۷	۱۲/۵	۵	دیپلم و بالاتر
۱۰۰	۸۰۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

جدول ۴-۴: نشان می‌دهد که ۵۷/۵ درصد مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۵۰ درصد مادران کودکان عادی دارای تحصیلات ابتدایی بودند، در مجموع ۵۳/۷۵ درصد از مادران دارای تحصیلات ابتدایی بودند.

جدول ۴-۵: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب تعداد فرزندان به تفکیک در دو گروه مادران

کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

جمع		مادران کودکان عادی		مادران کودکان عقب مانده ذهنی		گروه
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد فرزندان
۸/۷۵	۷	۷/۵	۳	۱۰	۴	۱
۴۰	۳۲	۵۰	۲۰	۳۰	۱۲	۲
۵۱/۲۵	۴۱	۴۲/۵	۱۷	۶۰	۲۴	۳ و بیشتر
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

جدول ۴-۵ نشان می‌دهد که ۶۰ درصد از مادران کودکان عقب مانده ذهنی ۳ و بیشتر از ۳ فرزند داشتند در حالیکه ۵۰ درصد مادران کودکان عادی ۲ فرزند داشتند.

جدول ۴-۶: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب رتبه تولد فرزند به تفکیک در دو گروه مادران

کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

جمع		مادران کودکان عادی		مادران کودکان عقب مانده ذهنی		گروه
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	رتبه تولد فرزند مورد مطالعه
۴۶/۲۵	۳۷	۵۷/۵	۲۳	۳۵	۱۴	اول
۱۰	۸	۱۰	۴	۱۰	۴	دوم
۴۳/۷۵	۳۵	۳۲/۵	۱۳	۵۵	۲۲	سوم و بالاتر
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

جدول ۴-۶ گویای آن است که ۵۵ درصد از مادران، کودک عقب مانده شان فرزند سوم یا بالاتر بود در حالیکه ۵۷/۵ درصد از مادران کودکان عادی، کودکانشان فرزند اول بود.

۴-۳: تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این بخش نخست توزیع نمرات سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی شهرستان کاشان در ابعاد وظایف روزمره، فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی، وضعیت اقتصادی در جدول ۴-۷ نمایش داده می‌شود.

www.Prozhe.com

جدول ۷-۴: توزیع نمرات سازگاری اجتماعی به تفکیک در دو گروه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و

مادران کودکان عادی

مادران کودکان عادی				مادران کودکان عقب مانده ذهنی				متغیر
معنی داری	p-value	آمار کلموگروف اسمیروتف	تعداد	معنی داری	p-value	آمار کلموگروف اسمیروتف	تعداد	
*	۰/۱۱	۱/۱۹	۴۰	*	۰/۳۷	۰/۹۱۶	۴۰	وظایف روزمره
*	۰/۳۱	۰/۹۶۰	۴۰	*	۰/۹۲	۰/۵۵۱	۴۰	فعالیت‌های اجتماعی و فوق برنامه
	۰/۰۴	۱/۳۷	۴۰	*	۰/۷۰	۰/۷۰۵	۴۰	روابط خویشاوندی
*	۰/۵۶	۰/۷۹۰	۳۸	*	۰/۵۵	۰/۷۹۳	۴۰	روابط زناشویی
	۰/۰۳	۱/۴۴	۴۰	*	۰/۰۰۹	۱/۶۳	۴۰	روابط والدینی
	۰/۰۰۶	۱/۷۰	۴۰	*	۰/۱	۱/۲۰	۴۰	روابط خانوادگی
	۱/۰۰۱	۲/۱۱	۴۰	*	۰/۰۷	۱/۲۷۴	۴۰	وضعیت اقتصادی
	۰/۲۷	۰/۹۹۷	۴۰	*	۰/۷۲	۰/۶۸۹	۴۰	سازگاری کلی

* به معنی معنی دار بودن است.

جهت پاسخ به فرضیه‌های پژوهش به ترتیب جداول (۸-۴) الی (۲۳-۴) تنظیم شده است.
 جدول ۸-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی

گروه	تعداد	میانگین	SD	P-value
مادران کودکان عقب مانده ذهنی	۴۰	۹۰/۰۲	۱۹/۵۸	۰/۰۰۱
مادران کودکان عادی	۴۰	۶۸/۸۷	۱۱/۸۴	

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره سازگاری اجتماعی نرمال است ($p=0.689$).
 بنابراین جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شده است. نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (90.02) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (68.87) وجود دارد ($P=0.001$).

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

در مورد سازگاری اجتماعی دامنه نمرات از ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (109.6) به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره را گرفته بودند، ناسازگار و افرادی که پایین‌تر از این نمره را داشتند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۹-۴: فراوانی ناسازگاری در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

درصد	فراوانی	تعداد	ناسازگاری گروه
۲۰	۸	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۰	۰	۴۰	مادران کودکان عادی

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می شود ۸ نفر (۲۰ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری اجتماعی پائین تری برخوردار بودند.

جدول ۱۰-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در رابطه با انجام وظایف روزمره

P-value	SD	میانگین	تعداد	گروه
۰/۰۰۱	۳/۷۶	۱۱/۴۲	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
	۳/۰۳	۸/۸۰	۴۰	مادران کودکان عادی

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره فعالیت‌های روزمره نرمال است ($p=91\%$). بنابراین جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شده است.

نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۱۱/۴۲) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (۸/۸۰) وجود دارد ($P=0/001$).

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پائین تری برخوردار بودند.

با توجه به اینکه دامنه نمرات فعالیت روزمره از ۶ تا ۳۰ است. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۱۱/۸۳)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره را کسب کردند، ناسازگار و افرادی که پایین تر از این نمره قرار داشتند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۱۱-۴: فراوانی مادران ناسازگاری در رابطه با انجام وظایف روزمره در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

درصد	فراوانی	تعداد	ناسازگاری گروه
۴۰	۱۶	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۱۷/۵	۷	۴۰	مادران کودکان عادی

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می شود ۱۶ نفر (۴۰ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۸ نفر (۱۷/۵ درصد) از مادران کودکان عادی در انجام وظایف روزمره از سازگاری کمتری برخوردار بودند. جدول (۱۲-۴): ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در بعد فعالیت‌های اجتماعی و فوق برنامه

P-value	SD	میانگین	تعداد	گروه
۰/۰۰۴	۶/۲۲	۲۶/۵۷	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
	۵/۶۶	۲۲/۶۷	۴۰	مادران کودکان عادی

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره فعالیت‌های اجتماعی و فوق برنامه نرمال است (p=۰/۵۵۱). بنابراین جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شد. نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۲۶/۵۷) و نمره

سازگاری مادران کودکان عادی (۲۲/۶۷) وجود دارد ($p=۰/۰۰۴$). همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پائین تری برخوردار بودند.

در مورد فعالیت اجتماعی و فوق برنامه دامنه نمرات از ۱۱ تا ۵۵ می‌باشد. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۲۸/۳۳)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره بودند، ناسازگار و افرادی که پایین تر از این نمره را کسب کرده بودند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۱۳-۴: فراوانی مادران ناسازگار در انجام فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

گروه	تعداد	فراوانی	درصد
مادران کودکان عقب مانده ذهنی	۴۰	۱۲	۳۰
مادران کودکان عادی	۴۰	۴	۱۰

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ۱۲ نفر (۳۰ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۴ نفر (۱۰ درصد) از مادران کودکان عادی در بعد فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

جدول ۱۴-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در بعد روابط با خویشاوندان

گروه	تعداد	میانگین	SD	P-value
مادران کودکان عقب مانده ذهنی	۴۰	۱۴/۶۷	۳/۵۵	۰/۰۰۱
مادران کودکان عادی	۴۰	۱۰/۴۲	۳/۰۳	

با توجه به تست نرمالیتی کلمونگروف اسمیرونف توزیع نمره روابط با خویشاوندان نرمال است ($P=0/705$). بنابراین جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شد. نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره (مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۱۴/۶۷) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (۱۰/۴۲) وجود دارد ($p<0/001$).

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پایین‌تری برخوردار بودند.

در مورد سازگاری در روابط با خویشاوندان دامنه نمرات از ۸ تا ۴۰ است. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۱۳/۴۵)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره را کسب کردند، ناسازگار و افرادی که پایین‌تر از این نمره قرار داشتند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۱۵-۴: فراوانی مادران ناسازگار در روابط با خویشاوندان در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

درصد	فراوانی	تعداد	ناسازگاری گروه
۶۷/۵	۲۷	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۱۰	۴	۴۰	مادران کودکان عادی

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ۲۷ نفر (۶۷/۵ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۴ نفر (۱۰ درصد) از مادران کودکان عادی در روابط با خویشاوندان از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

جدول ۱۶-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در بعد روابط زناشویی

گروه	تعداد	میانگین	SD	P-value
مادران کودکان عقب مانده ذهنی	۴۰	۲۱/۶۵	۶/۱۴	۰/۰۰۱
مادران کودکان عادی	*۳۸	۱۶/۳۳	۳/۳۵	

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره روابط زناشویی نرمال است ($p=۰/۷۹۳$)، بنابراین جهت مقایسه میانگین ها از آزمون t استفاده شد. نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۲۱/۶۵) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (۱۶/۳۳) وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$).

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پایین تری برخوردار بودند.

در مورد روابط زناشویی دامنه نمرات از ۹ تا ۴۵ است. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۱۹/۶۸)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره بودند، ناسازگار و افرادی که پایین تر از این نمره را کسب کرده بودند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

* به دلیل اینکه دو نفر از نمونه ها همسرانشان فوت شده بودند، سئوالات این قسمت پرسیده نشد.

جدول ۱۷-۴: فراوانی مادران ناسازگار در روابط زناشویی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

درصد	فراوانی	تعداد	ناسازگاری گروه
۵۵	۲۲	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۱۷/۵	۷	۳۸	مادران کودکان عادی

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می شود ۲۲ نفر (۵۵ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) مادران کودکان عادی در روابط زناشویی از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

جدول ۱۸-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در نقش والدینی

P-value	SD	میانگین	تعداد	گروه
۰/۰۰۶	۳/۲۱	۸/۲۷	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
	۱/۲۳	۶/۷۵	۴۰	مادران کودکان عادی

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره نقش والدینی نرمال است ($p=۱/۶۳$)، بنابراین جهت مقایسه میانگین ها از آزمون t استفاده شد.

نتیجه آزمون t نشان داد که تفاوت معنی داری از لحاظ آماری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۸/۲۷) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (۶/۷۵) وجود ندارد ($p=۰/۰۰۶$).

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پایین‌تری برخوردار بودند.

با توجه به اینکه دامنه نمرات نقش والدینی از ۴ تا ۲۰ است. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۷/۹۸)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره بودند، ناسازگار و افرادی که پایین‌تر از این نمره قرار داشتند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۱۹-۴: فراوانی مادران ناسازگار در نقش والدین در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

درصد	فراوانی	تعداد	ناسازگاری گروه
۵۵	۲۲	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۲۷/۵	۱۱	۴۰	مادران کودکان عادی

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ۲۲ نفر (۵۵ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۱۱ نفر (۲۷/۵ درصد) از مادران کودکان عادی در نقش والدینی از ناسازگاری کمتری برخوردار بودند. جدول ۲۰-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در روابط خانوادگی

P-value	SD	میانگین	تعداد	گروه
۰/۰۰۱	۲/۰۴	۴/۸۲	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
	۱/۵۳	۳/۴۵	۴۰	مادران کودکان عادی

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره روابط خانوادگی نرمال است ($p=1/208$)، بنابراین جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شد.

نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۴/۸۲) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (۳/۴۵) وجود دارد ($P=0/001$).

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پائین‌تری برخوردار بودند.

در مورد روابط خانوادگی دامنه نمرات از ۳ تا ۱۵ است. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۴/۹۸)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره بودند، ناسازگار و افرادی که پایین‌تر از این نمره قرار داشتند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۲۱-۴: فراوانی مادران ناسازگار در روابط خانواده در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

درصد	فراوانی	تعداد	ناسازگاری گروه
۵۰	۲۰	۴۰	مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۱۷/۵	۷	۴۰	مادران کودکان عادی

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ۲۰ نفر (۵۰ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) از مادران کودکان عادی در بعد خانواده از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

جدول ۲۲-۴: ارزیابی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مقایسه آن با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی در بعد وضعیت اقتصادی

گروه	تعداد	میانگین	SD	P-value
مادران کودکان عقب مانده ذهنی	۴۰	۲/۵۵	۰/۹۸	۰/۰۱
مادران کودکان عادی	۴۰	۲/۵۷	۰/۶۵	

با توجه به تست نرمالیتی کلموگروف اسمیرونف توزیع نمره وضعیت اقتصادی نرمال است ($p=1/271$)، بنابراین جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شد.

نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین میانگین نمره مادران کودکان عقب مانده ذهنی (۲/۵۵) و نمره سازگاری مادران کودکان عادی (۲/۵۷) وجود دارد ($P=0/01$).

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می شود میانگین نمره سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی بود به این معنی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

در مورد وضعیت اقتصادی دامنه نمرات از ۱ تا ۵ است. برای تحلیل بیشتر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین نمره مادران کودکان عادی (۲/۷۲)، به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. افرادی که بالاتر از این نمره بودند، ناسازگار و افرادی که پایین تر از این نمره را کسب کرده بودند، سازگار تلقی شدند. جدول زیر فراوانی مادران ناسازگار را در هر دو گروه نشان داد.

جدول ۲۳-۴: فراوانی مادران ناسازگار از نظر وضعیت اقتصادی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

گروه	تعداد	فراوانی	درصد
مادران کودکان عقب مانده ذهنی	۴۰	۲۱	۵۲/۵
مادران کودکان عادی	۴۰	۸	۲۰

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ۲۱ نفر (۵۲/۵ درصد) از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۸ نفر (۲۰ درصد) از مادران کودکان عادی از نظر وضعیت اقتصادی سازگاری کمتری داشتند.

نمرات سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی با نمرات سازگاری ارزیابی کلی آنها بررسی شد. جهت مقایسه میانگین‌ها از آزمون t استفاده شد. نتیجه آزمون t نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ارزیابی کلی آنها وجود نداشت ($P=0/007$).

جهت پاسخ به سوالهای پژوهش جداول ۴-۲۴، ۴-۲۵ و ۴-۲۶ تنظیم شده است. جدول ۴-۲۴: همبستگی بین سازگاری اجتماعی و متغیرهای سن کودک، سن مادر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان در گروه مادران کودکان عقب مانده ذهنی

متغیر	سن کودک	سن مادر	طول مدت ازدواج	تعداد فرزندان
سازگاری اجتماعی	۰/۱۰۴	۰/۰۸	۰/۲۵	-۰/۰۹
همبستگی				
سطح معناداری	۰/۵۲۳	۰/۶۲۳	۰/۱۱۴	۰/۵۶۲

ضریب همبستگی سن کودک و سازگاری اجتماعی مادران ۰/۱۰۴ در سطح معنی‌داری ($P=0/523$) محاسبه شد. این بدین معنی است که سن کودک با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی رابطه معنی‌داری ندارد.

همینطور ضریب همبستگی ۰/۰۸ بین سن مادر و سازگاری اجتماعی، او نشان داد که سن مادر رابطه‌ای با سازگاری اجتماعی او ندارد ($P=0/623$).

همینطور ضریب همبستگی ۰/۲۵ بین طول مدت ازدواج و سازگاری اجتماعی، نشان داد که بین طول مدت ازدواج و سازگاری مادران رابطه معنی‌دار وجود ندارد ($P=0/114$). این بدین معنی است که طول مدت ازدواج با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی همبستگی ندارد.

با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، مقدار $0/09$ - نشان داده شد که بین تعداد فرزندان و سازگاری اجتماعی مادران رابطه معنی دار وجود ندارد ($P=0/562$).

این بدین معنی که تعداد فرزندان با سازگاری اجتماعی همبستگی ندارد. بعبارت دیگر سازگاری یا سازگاری پایین مادران کودکان عقب مانده ذهنی به تعداد فرزندان آنها بستگی ندارد.

جدول ۲۵-۴: آنالیز واریانس بین سازگاری اجتماعی با متغیر چهار حالتی سطح تحصیلات مادران کودکان

عقب مانده ذهنی

P-value	SD	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات مادران کودکان عقب مانده ذهنی
0/749	12/48	70/62	8	بیسواد
	11/16	68/18	22	ابتدایی
	2/94	65/20	5	سیکل
	19/67	72/80	5	دیپلم و بالاتر
	11/84	68/87	40	جمع

همانطور که در جدول ۲۵-۴ ملاحظه می شود رابطه ای بین سطح تحصیلات مادران و سازگاری آنها دیده

نشود.

جدول ۲۶-۴: آنالیز واریانس بین سازگاری اجتماعی با متغیر سه حالتی رتبه تولد فرزند مادران کودکان عقب

مانده ذهنی

P-Value	SD	میانگین	تعداد	رتبه تولد فرزند مادران کودکان عقب مانده ذهنی
۰/۳۰۶	۱۲/۴۵	۷۲/۳۰	۱۳	اول
	۱۸/۷۳	۷۳	۳	دوم
	۱۰/۵۷	۶۶/۵۰	۲۴	سوم و بالاتر
	۱۱/۸۴	۶۸/۸۷	۴۰	جمع

نتایج حاصل از آنالیز واریانس نشان داد که بین سازگاری اجتماعی مادران و رتبه تولد فرزند رابطه‌ای وجود

ندارد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه‌گیری و پیشنهادات

این فصل شامل بحث و بررسی یافته‌ها، محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد برای کاربرد یافته‌ها و پیشنهاد بر اساس یافته‌ها برای پژوهش‌های بعدی می‌باشد.

(۱-۵): بحث و بررسی یافته‌ها

در این بخش به بحث و بررسی یافته‌های پژوهش و مقایسه آن با مطالعات دیگر پرداخته می‌شود. در پاسخ به فرضیه اول پژوهش تحت عنوان «سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی کمتر از مادران کودکان عادی است» نتیجه آزمون t نشان داد که سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی بطور معناداری با سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی متفاوت است و اختلاف بین دو گروه معنادار است.

(مک گلون، ۲۰۰۲) در تحقیقی که به بررسی استرس و سازگاری خانواده کودکان با نیازهای ویژه پرداخته، نشان داد که بین سازگاری پایین خانواده با افزایش استرس رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته رضازاده، ۱۳۷۹ همخوان است. این محقق در تحقیق خود می‌گوید که حضور کودک عقب مانده ذهنی سازگاری خانواده را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

بطور خلاصه ادبیات پژوهشی موجود در این زمینه نشان می‌دهد که وجود کودک عقب مانده ذهنی مسایل و مشکلاتی را در خانواده ایجاد می‌کند بنحوی که یکایک افراد خانواده دچار بحران‌هایی ناشی از حضور فرد معلول می‌شوند.

دلایل سازگاری پائین مادران کودکان عقب مانده ذهنی را می‌توان اینطور تبیین کرد که کودکان کم توان ذهنی به دلیل دارا بودن شرایط ویژه از جمله نیازها و ویژگی‌های خاص همواره در وهله اول برای والدین و خانواده‌ها و جوامع مشکل‌زا هستند. به دنبال تشخیص عقب ماندگی ذهنی کودک شرایط ویژه‌ای ایجاد می‌شود و موجب تغییر در زندگی، آسفتگی، افزایش سطوح استرس و بروز مشکلات هم برای فرد و هم برای والدین می‌شود. پدر و مادر برای سازگاری با این مساله و کسب آمادگی برای روبرو شدن با کودک ممکن است با حالت عدم تعادل مواجه شوند و گاهی نیز والدین نمی‌توانند خود را با این شرایط هماهنگ کنند. چون والدین اصلاً توقع داشتن چنین کودکی را ندارند و در برخورد با کودک دچار ابهام و ناتوانی می‌شوند، این وضعیت تاثیر منفی در زندگی آنها دارد و باعث بروز رفتارهای ناخواسته در والدین می‌شود. والدین کودکان عقب مانده ذهنی به دلیل مشکلاتی که داشتن این کودکان به دنبال دارند (مشکلاتی مثل: مراقبت‌های اضافی، محدودیت در روابط اجتماعی، ناسازگاری زناشویی، بروز ناسازگاری‌های رفتاری در سایر فرزندان و عدم توجه والدین به آنها مسایل و مشکلات درون خانه، هزینه‌های سنگین اقتصادی و سایر فشارهایی که بر خانواده وارد می‌شود)، همواره رنج می‌برند و با مشکلات فراوان روبرو هستند.

مجموعه این عوامل بر سازگاری اجتماعی تاثیر گذار هستند که این در مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی به مراتب بیشتر و شدیدتر است. در مجموع می‌توان چنین گفت که با توجه به اینکه سؤالات هم از خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی و هم از خانواده‌های بدون فرزند عقب مانده پرسیده شد و تفاوت در دو گروه معنادار بوده و میانگین نمرات مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان عقب مانده کمتر شد و با توجه به اینکه نمره کمتر نشان دهنده سازگاری بهتر است می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری اجتماعی پائین‌تری داشتند.

در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش تحت عنوان «سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در انجام وظایف روزمره کمتر از سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی است» نتایج آزمون t حاکی از وجود تفاوت معنادار در سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بود.

این تفاوت با توجه به میانگین نمرات به نفع مادران کودکان عادی بود. با توجه به اینکه نمره کمتر نشان دهنده سازگاری بهتر می‌باشد، مادران کودکان عادی از لحاظ سازگاری اجتماعی در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده وضعیت مطلوبتری داشتند و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی پایین‌تر بود.

نتایج این بررسی با یافته‌های ادیب‌سرشکی (۱۳۸۰) همخوان است. این محقق در یافته‌های خود بیان کرد در خانواده‌هایی که کودک معلول دارند، مادر بیشترین دشواری و فشار را تحمل می‌کند. او دیگر قادر نیست مانند قبل کارهایی مثل آماده کردن غذا، شستن لباسها، خرید هفتگی خانه و کمک در تکالیف مدرسه سایر فرزندان را بخوبی انجام دهد.

در توجیه علت سازگاری کمتر مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی در انجام وظایف روزمره بایستی به این مطالب توجه کنیم که وجود کودک عقب مانده ذهنی در خانواده آسیب‌زا است و پدر و مادر که مسئولیت پرورش و رسیدگی به فرزندان را بر عهده دارند به دنبال حضور کودک عقب مانده هر کدام در بعدی محتمل فشارهایی می‌شوند. مادر با عهده‌دار شدن مراقبت و رسیدگی اضافی که این کودکان به همراه دارند در زندگی تحت فشار قرار می‌گیرد. همچنین والدین برای تنظیم شرایط زندگی موفقیت‌چندانی ندارد و به دلیل مشکلات فراوان زندگی و بار مسئولیت مضاعفی که این کودکان بر دوش والدین می‌گذارند فرصت و توان اداره مطلوب زندگی را ندارند. لذا از زندگی احساس رضایت چندانی نمی‌کنند و عدم رضایت از زندگی باعث بی‌حوصلگی و عدم تمایل به انجام کارهای روزمره می‌شود. مادر وظیفه خود می‌داند که محیط گرم و امنی را برای اعضای خانواده خود فراهم آورند و برای رفاه حال همسر و فرزندانش تلاش کند. مادران اکثر کارهای خانه را خودشان انجام می‌دهند. محقق در طی مصاحبه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی در رابطه با انجام وظایف روزمره به یافته‌های زیر دست یافت:

مادران کودکان عقب مانده ذهنی عنوان می‌کردند که انگیزه‌ای برای انجام کارهای خانه نداشتند و گاهی احساس گناه می‌کنند و از انجام کارهای منزل زود خسته می‌شوند. بعضی از مادران تمام مدتی که دانش‌آموز در مدرسه است آنها نیز در مدرسه حضور دارد و هنگام ظهر که با فرزند خود به منزل بر می‌گردند فرصت کمی برای انجام کارهای خانه داشتند.

در حالیکه مادران کودکان عادی ساعات بیشتری در خانه حضور داشتند و به وضعیت خانه بیشتر رسیدگی می‌کردند و از انجام کارهای خانه احساس رضایت داشتند.

برای بررسی وضعیت انجام کارهای روزمره در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی مجموعه سوالاتی که مربوط به سازگاری اجتماعی در انجام وظایف روزمره در مادران خانه‌دار بود هم از خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی و هم از خانواده‌های بدون فرزند عقب مانده ذهنی پرسیده شد با توجه به مجموعه این یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب مانده ذهنی در انجام وظایف روزمره سازگاری کمتری را نسبت به مادران کودکان عادی داشتند.

در پاسخ به فرضیه سوم پژوهش تحت عنوان «سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه کمتر از سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی است» از آزمون t مستقل استفاده شد. بعد از تجزیه و تحلیل به این نتیجه رسیدیم که بین سازگاری اجتماعی در بعد انجام فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معنی داری وجود داشت.

با توجه به میانگین نمرات، میانگین نمره مادران کودکان عادی کمتر بود. با توجه به اینکه نمره کمتر نشان دهنده سازگاری بهتر بود، مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری بهتری داشتند و مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پایین‌تری برخوردار بودند.

نتایج این پژوهش با یافته‌های داورمنش (۱۳۷۴)، فردریچ (۱۹۸۹)، آشوم گوپتا (۲۰۰۴)، مک‌اندرو (۱۹۷۶)، حسین‌نژاد (۱۳۷۵)، همخوانی دارد، تمام این محققان در یافته‌های خود بیان کردند خانواده‌هایی که دارای کودک کم توان ذهنی بودند دامنه ارتباطات اجتماعی کمتری داشتند و روابط اجتماعی آنها نسبت به خانواده‌هایی که کودک معلول نداشتند، دارای روابط محدودتری بوده و از نظر اجتماعی منزوی و گوشه‌گیر بودند. مادران کودکان ناتوان کمتر خود را درگیر فعالیتهای اجتماعی می‌کردند و از اوقات فراغت و ساعات بیکاری خود به نحو مطلوب استفاده نمی‌کردند.

سازگاری اجتماعی ارتباط با افراد و محیط اجتماعی تعریف شده است و فردی سازگار است که بتواند رابطه سالمی را با اعضای خانواده، دوستان و افراد مختلف جامعه برقرار کند و مهارتهای برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران را داشته باشد.

فرد سازگار از اوقات بیکاری و تفریح خود نهایت استفاده را می‌کند و زمانی را برای خودش اختصاص می‌دهد. هر فرد باید هدف خود را با توجه به چهار چوب‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه خودش در نظر بگیرد. فرد سازگار می‌تواند خود را با موقعیت‌ها به طریق مختلف تطبیق دهد، چنین فردی نیازها و خواسته‌های خود را با منافع و خواسته‌های گروهی که در آن زندگی می‌کند، هماهنگ و متعادل می‌کند. انسان هر لحظه با مشکلاتی روبرو می‌شود و تلاش می‌کند تا بر این موانع فایز آید و تعادل نسبی را در امور زندگی خود بوجود بیاورد. اما گاهی این تعادل بهم می‌خورد و باعث بوجود آمدن بحران می‌شود. اگر حضور کودک عقب مانده را بمنزله بروز بحران در خانواده بپذیریم، این بحران باعث بهم خوردن تعادل درون خانواده و ناسازگاری می‌شود.

آنچه که محقق در طی مصاحبه از گفته‌های خود مادران به عنوان دلایل سازگاری کمتر مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی در انجام فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه استنباط کرده به شرح زیر می‌باشد:

مادران کودکان عقب مانده ذهنی عنوان می‌کردند که به دلیل ویژگی‌های کودکان و برخی رفتارهای خاص آنها ترجیح می‌دادند به میهمانی یا مسافرت نرفته و در خانه بمانند. وقتی که در میهمانی حضور داشتند دایم دچار استرس و اضطراب بودند که هر لحظه ممکن است فرزندشان خراب کاری کرده و یا مشکلی را بوجود بیاورد. بخصوص اینکه مواردی نیز پیش آمده بود که حتی درگیری لفظی بین مادر و دیگران بوجود آمده بود. مادران می‌گفتند که در محیط بیرون با نگاه‌های ترحم آمیز دیگران روبرو بوده و گاهی فرزندشان مورد تمسخر واقع می‌شود و آنها حاضر نیستند او را با خودشان بیرون ببرند و اگر در خانه کسی بتواند از او مراقبت کند او را در خانه می‌گذارند و اگر کسی نباشد مادر نیز بیرون نمی‌رود و در خانه می‌ماند. تعداد قابل توجهی از مادران حوصله شلوغی را نداشتند و ترجیح می‌دادند بجای رفتن به بیرون در خانه تنها باشند. دلیل دیگر این بود که مادر فرصتی برای فعالیتهای خارج از خانه را نداشت و همیشه درگیر کارهای فرزندش بود.

مجموعه این عوامل و سوالاتی که مربوط به سازگاری اجتماعی در انجام فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه بود، هم از خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی و هم از خانواده‌های بدون فرزند عقب مانده ذهنی پرسیده شد با توجه به مجموعه این یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب مانده ذهنی

در شرکت در فعالیتهای اجتماعی و فوق برنامه مثل عروسی، میهمانی، سینما و مسجد سازگاری کمتری را نسبت به مادران کودکان عادی داشتند.

در پاسخ به فرضیه چهارم پژوهش تحت عنوان «سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط با خویشاوندان کمتر از سازگاری اجتماعی مادران کودکان عادی است» از آزمون t استفاده شد. نتایج حاکی از تفاوت معنی دار بین سازگاری اجتماعی در روابط با خویشاوندان در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بود.

با توجه به میانگین نمرات، میانگین نمره مادران کودکان عادی کمتر بود. با توجه به اینکه نمره کمتر نشان دهنده سازگاری بهتر بود، مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری بهتری دارند و مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری پائین تری برخوردار بودند.

مک اندرو (۱۹۷۶) در تحقیقات خود نشان داد که روابط با اعضای خانواده، دوستان و خویشاوندان پس از تولد کودک مبتلا به ناتوانی تخریب می شود و این نتیجه با یافته ما همخوانی دارد.

نتایج پژوهش حاضر با یافته های آشوم گوپتا (۲۰۰۴) همخوانی دارد او در تحقیق خود به این نتیجه رسید که تاثیر داشتن کودک ناتوان تنها روی والدین نیست بلکه خواهر و برادرها و روابط بین اعضای فامیل را هم در بر می گیرد.

حضور کودک عقب مانده نه تنها بر روابط درون خانواده تاثیر می گذارد بلکه بر روابط بیرون خانواده مانند فامیل، دوستان، همسایه ها و اقوام نیز مؤثر است. بستگان نزدیک نقش مهمی در تامین سلامت و آرامش و حمایت از خانواده دارند. هر چند گاهی دخالت ها و رفتارهای نابجای آنها باعث بروز مشکلاتی می شود. والدین کودکان کم توان ذهنی به دلیل داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان و عدم آشنایی و اطلاع کافی در خصوص ویژگی ها، نیازها و نحوه برخورد با این کودکان از مهارت و توان کمتری برخوردار هستند و نیاز به حمایت و کمک دیگران دارند. آنها این حمایت را ابتدا در اقوام و بستگان نزدیک خود که بیشتر و بهتر با مشکلات آنها آشنا هستند، جستجو می کنند.

در زمینه دلایل کمتر بودن سازگاری اجتماعی در روابط با خویشاوندان در مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی محقق در بررسی های خود به این نتایج رسید که برخی از خانواده ها ازدواج

فامیلی داشتند و علت عقب ماندگی فرزندشان را به ازدواج فامیلی ربط داده و به همین دلیل از فامیل روی گردان بوده و از کسانی که در ازدواج آنها نقش داشتند دوری می کردند.

همچنین آنها از خویشاوندان خود توقع ویژه‌ای داشتند که بتوانند مشکلات آنها را درک کرده و با آنها همدلی و همدردی کند و اگر باری از دوش آنها بر نمی دارند بر مشکلات آنها اضافه نکنند. در حالیکه مادران کودکان عقب مانده ذهنی عنوان می کردند برخی از افراد فامیل با نیش و کنایه‌های خود آنها را آزار می دادند و با کلماتی مثل خدا عقوبت کارهایتان را با این فرزند عقب مانده به شما داده و یا فرزندمان را در میهمانی‌های خانوادگی مسخره می کردند و سر به سر او می گذاشتند. همین مساله گاهی مواقع باعث بحث و درگیری بین افراد فامیل شده و کدورت پیش می آورد. به همین دلیل مادران ترجیح می دادند با فامیل خود کمتر ارتباط داشته باشند و مسایل و مشکلات خود را با غریبه‌ها در میان بگذارند. اکثر مادران کودکان عقب مانده ذهنی دوستان خود را از بین همسایه‌ها و غریبه‌ها انتخاب کرده و با آنها درد و دل می کردند. برخی از مادران می گفتند اگر بین فرزند ما و فرزند افراد فامیل دعوایی پیش می آمد، ما را متهم می کردند که فرزندتان را خوب تربیت نکرده‌اید بهتر است او را در خانه بگذارید و با خودتان بیرون نیاورید.

مجموعه این عوامل و سوالاتی که مربوط به سازگاری اجتماعی در روابط با خویشاوندان بود، هم از خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی و هم از خانواده‌های بدون فرزند عقب مانده ذهنی پرسیده شد با توجه به مجموعه این یافته‌ها می توان چنین نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی تمایل کمتری برای برقراری ارتباط با فامیل خود داشتند و سعی می کردند مشکلاتشان را از آنها پنهان کرده و در نتیجه در این زمینه سازگاری کمتری داشتند.

در پاسخ به فرضیه پنجم پژوهش تحت عنوان «مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط زناشویی مشکلات بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند» و به منظور بررسی تفاوت سازگاری اجتماعی در روابط زناشویی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی از آزمون t استفاده شد. نتایج حاکی از تفاوت معنی دار بین سازگاری اجتماعی در روابط زناشویی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بود.

این نتایج با توجه به تفاوت میانگین نمرات و کمتر بودن نمره مادران کودکان عادی نشان داد که مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری بهتری داشتند و مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

یافته بدست آمده از پژوهش حاضر با نتایج تحقیق سینگ های و همکاران (۱۹۹۰) مطابقت دارد، زیرا آنها در مطالعه‌ای که در مورد مشکلات روانی، اجتماعی خانواده کودکان عقب مانده ذهنی انجام داده‌اند به این نتیجه رسیدند که این خانواده‌ها سازگاری زناشویی پایینی داشتند.

یافته پژوهش حاضر با یافته (دمایر، ۱۹۹۱ به نقل از حسین نژاد، ۱۳۷۵) همخوانی دارد، این محقق در تحقیقات خود نشان می‌دهد که والدین کودکان ناتوان در روابط زناشویی مشکل دارند چرا که استرس مزمن، میل جنسی را کاهش می‌دهد و لذت و خوشی را از آنها می‌گیرد.

همچنین آشوم گوپتا (۲۰۰۴) در این زمینه می‌گوید: استرس ناشی از کودکان ناتوان منجر به اختلافات در روابط زناشویی برای تربیت کردن کودک می‌شود که این با نتایج تحقیق ما همخوانی دارد.

درباره یافته این پژوهش تبیین‌های احتمالی زیر را می‌توان مطرح کرد:

در نتیجه حضور کودک در خانواده، سطح تازه‌ای از روابط در خانواده شکل می‌گیرد که ممکن است تهدیدی برای امنیت عاطفی، عمیق شدن اختلاف بین دو زوج، کاهش رضایت زناشویی و یا گاهی سبب تعدیل و سازگاری و آرامش و همکاری بیشتر زوجین می‌شود. زیرا حضور کودک باعث ایجاد تغییر در روابط والدین و ساختار خانواده می‌شود، والدین مجبور می‌شوند برای پذیرش مسوولیت‌های تازه و قرار گرفتن در شرایط جدید، روابطشان را از نو سازماندهی کنند. این مهم به ویژه در بعد زندگی زناشویی به مهارت و توان خاصی نیاز دارد که بدون آن ممکن است نظام خانواده و تعامل والدین با یکدیگر در معرض خطر قرار گیرد.

پدر و مادر به عنوان هسته اولیه تشکیل خانواده که مسوولیت رشد و پرورش فرزندان و زندگی مشترک را بر عهده دارند به دنبال حضور کودک کم توان ذهنی هر کدام متحمل تنش و فشارهایی می‌شوند. پدر در نتیجه فراهم کردن هزینه‌های زندگی و بار مالی که این کودکان به خاطر مشکلات ویژه‌شان به همراه دارند و مادران به خاطر مراقبت‌های بیشتر و عهده‌دار شدن مسوولیت بیشتر که این کودکان نیاز دارند، در زندگی تحت فشار قرار می‌گیرند.

در نتیجه تولد فرزند سطح تازه‌ای از شرایط، خواسته‌ها برای والدین پدید می‌آید که والدین باید خود را با این شرایط سازگار کنند و به نیازهای ایجاد شده پاسخ دهند. لازم به ذکر است هنگامی که فرزند دارای شرایط ویژه از جمله عقب ماندگی ذهنی باشد بیشتر بر روی والدین تاثیر می‌گذارد.

در زمینه بررسی علل متفاوت بودن سازگاری زناشویی در دو گروه مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی با توجه به مصاحبه انجام شده دلایل زیر را می‌توان مطرح کرد:

برخی از مادران کودکان عقب مانده عنوان می‌کردند که بعد از تولد کودک عقب مانده روابط آنها با همسرشان سرد شده و همسرشان ساعات کمتری در خانه هستند و زمان بیشتری را در بیرون می‌گذرانند. حتی گاهی مواقع که در خانه حضور داشتند و فرزندشان مشکلی را بوجود می‌آورد خانه را ترک می‌کرد.

پدران کمتر در امور مربوط به تحصیل کودک عقب مانده خود دخالت می‌کردند و تمام این مسایل بر دوش مادر بود. مادرانی که همسرشان در رابطه با مسوولیت‌های کودک با آنها همکاری داشتند رضایت بیشتری از زندگی داشتند و در تمام ابعاد سازگاری اجتماعی نسبت به آنهایی که همسرشان به آنها کمک نمی‌کردند سازگاری بهتری داشتند. در خانواده‌هایی که کودک عقب مانده ندارند پدران بیشتر در کارهای مربوط به فرزندشان همکاری داشتند.

بعضی از مادران بعد از تولد کودک عقب مانده تمایل چندانی برای روابط جنسی نداشتند.

برخی دیگر مشکلات مالی را دلیل بر روابط سرد با همسرانشان می‌دانستند که به خاطر این مسایل با هم بگو مگو زیاد داشتند و همسرانشان تمایلی برای هزینه کردن برای فرزند عقب مانده نداشتند.

مجموعه این عوامل و سوالاتی که مربوط به سازگاری اجتماعی در روابط زناشویی بود، هم از خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی و هم از خانواده‌های بدون فرزند عقب مانده ذهنی پرسیده شد با توجه به مجموعه این یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط زناشویی سازگاری کمتری را نسبت به مادران کودکان عادی بودند.

در راستای پاسخگویی به فرضیه ششم پژوهش تحت عنوان «مادران کودکان عقب مانده ذهنی در نقش والدینی مشکلات بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند» و نتایج آزمون t نشان داد که سازگاری اجتماعی در بعد روابط والدینی در بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت وجود نداشت و این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

یافته حاضر با نتایج (ناصرشریعتی و داورمنش، ۱۳۷۴) مغایرت دارد، زیرا آنها بیان کردند معلولیت فرزند در خانواده مانع از انجام کارکردهای متعارف خانواده که شامل: تامین موجبات رشد و پرورش شخصیت فرزندان و تامین محیطی دلپذیر برای اعضای خانواده است، می‌شود.

به دنبال رشد کودک، افزایش نیازها و ایجاد شرایط ویژه باعث تغییر در روابط والدین و نظام خانواده می‌شود. پدر و مادر برای سازگاری و کسب آمادگی برای روبرو شدن با مراحل چرخه زندگی و مسایلی که با رشد و تحول کودک همراه است مانند: مرحله ورود به مدرسه و وارد شدن به نهادهای خارج از خانه ممکن است والدین با حالت عدم تعادل مواجه شوند. لازم به ذکر است که پس از تولد کودک مهمترین وظیفه والدین فراهم آوردن محیط مناسب برای رشد و پرورش کودک و سازگار نمودن خود با نقش والد بودن و برنامه ریزی در جهت تامین نیازهای کودک مانند نیاز به امنیت و مراقبت و رشد هوشی کودک است.

در صورتی که والدین نتوانند خود را با این شرایط هماهنگ کنند با مشکلاتی در زندگی و آینده فرزندان روبرو خواهند شد که این مهم در خانواده‌هایی که دارای کودک کم توان ذهنی هستند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نیاز به مراقبت که از ویژگی‌های کودکان کم توان ذهنی است و حمایت افراطی به دلیل عذاب وجدان جزء ویژگی والدین می‌باشد، هر دو استرس‌زا هستند. مراقبت و رسیدگی دایم مستلزم شکیبایی و فدا نمودن هدف‌های شخصی از جانب والدین است و سبب افزایش احتمال غفلت والدین از پرداختن به زندگی خود و رسیدگی به سایر فرزندان است.

علل متفاوت نبودن نقش والدینی را می‌توان اینطور تبیین کرد که دانش آموزان مورد مطالعه در سن بلوغ قرار دارند و به دلیل تغییرات جسمانی و هورمونی در طی دوران بلوغ، نوجوان دچار تغییرات روانی می‌شود و دارای ویژگی‌های روانی و رفتاری مثل حالات بی‌قراری، نوسانی خلق و خوی، مخالفت با خانواده و جامعه و مقاومت در برابر پند و اندرز والدین می‌شود. در این سن نوجوانان دوست دارند مطابق با همسالان خود لباس بپوشند که ممکن است با معیارهای خانواده مغایر باشد.

به خاطر این ویژگی‌ها مادران کودکان عادی با فرزندان خود درگیری و بگو مگو داشتند. همچنین مادران کودکان عادی به خاطر خواسته‌های فرزندان که در حد و توان آنها نبود با آنها مشاجره داشتند و عذاب وجدان ناشی از ناتوانی در قبال خواسته فرزند در مادران کودکان عادی بیشتر بود در حالیکه مادران کودکان

عقب مانده ذهنی در این زمینه مشکلی را بیان نمی کردند، به خاطر اینکه کودکان عقب مانده ذهنی کمتر این مسایل را درک می کردند.

در پاسخ به فرضیه هفتم پژوهش تحت عنوان «از نظر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در روابط خانوادگی بیشتر از مادران کودکان عادی دچار مشکل هستند» از آزمون t استفاده شد. نتایج حاکی از تفاوت معنی دار بین سازگاری اجتماعی در روابط خانوادگی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بود.

این نتایج با توجه به تفاوت میانگین نمرات و کمتر بودن نمره مادران کودکان عادی نشان داد که مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری بهتری داشتند. نتایج این بررسی با یافته های محمدی (۱۳۸۰) همخوانی دارد. این محقق در یافته خود به این نتیجه رسید که تولد یک کودک عقب مانده ذهنی به خودی خود یک عامل فشارزا برای اعضای خانواده محسوب می شود و یک عامل نگران کننده برای سازگاری خانواده می باشد.

شریفی در آمدی (۱۳۸۰) می گوید: حضور کودک عقب مانده ذهنی بر روابط خانوادگی (۲۳ درصد) تاثیر می گذارد و خانواده یک مجموعه خنثی و بی گرایش نیست بلکه اعضای خانواده به هم وابسته هستند و هر حادثه می تواند کل نظام خانواده را زیر تاثیر خود بگیرد و این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. (رابینسون و رابینسون به نقل از ماهر، ۱۳۷۷) در تحقیقات خود نشان می دهند که رابطه اعضای خانواده با هم و بیرون از خانه همچنین رشد و پیشرفت این ارتباطات از وجود کودک عقب مانده در منزل تاثیر می پذیرد و این یافته با نتایج ما همخوان است.

در توجیه علت سازگاری کمتر مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی در روابط خانوادگی می توان به مطالب زیر اشاره کرد:

محیط خانه باید دارای ویژگی هایی مانند توافق یا همراهی، یکپارچگی و انطباق پذیری و ابراز احساسات باشد، این ویژگی ها خانواده را در برابر بحران ها مقاوم می سازند و به وسیله این ویژگی ها خانواده توانایی سازگاری و انطباق با بحران های مختلف را پیدا می کند. محیط خانواده می تواند یک روش مقابله ای مناسب در برابر فشارهای روانی باشد.

تولد کودک معلول می‌تواند برای خانواده واقعه‌ای ناگوار باشد. تولد کودک عقب مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد. خانواده یک نظام است و هنگامی که تغییری در نقش یک عضو آن به وجود آید، موجب تغییر در سایر اعضا و سایر نقش‌ها هم می‌شود. مینوچین معتقد است که حضور کودک عقب مانده در خانواده‌ها مرزها را تهدید می‌کند و این تهدید در اثر نیازهای ویژه و غیر عادی کودک معلول است که وقت و انرژی خانواده را به خود اختصاص می‌دهد و این زنگ خطری برای ثبات خانواده است.

در پاسخ به فرضیه هشتم پژوهش تحت عنوان «از نظر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی در وضعیت اقتصادی بیشتر از مادران کودکان عادی دچار مشکل هستند» از آزمون t استفاده شد. نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار بین سازگاری اجتماعی در وضعیت اقتصادی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بود.

این نتایج با توجه به تفاوت میانگین نمرات و کمتر بودن نمره مادران کودکان عادی نشان داد که مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری بهتری داشتند و مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری کمتری برخوردار بودند.

یافته حاضر با نتایج پژوهش (حسین‌نژاد، ۱۳۷۵)، (ماهر، ۱۳۷۷) همخوانی دارد. این محققان در یافته‌های خود بیان می‌کنند که خانواده‌های کودکان معلول فشارهای مالی بیشتری را تحمل می‌کنند و بروز معلولیت مشکلات اقتصادی در خانواده ایجاد می‌کنند.

به منظور توجیه یافته‌های فوق می‌بایست به فرایند سازگاری توجه کنیم: فرایند سازگاری از مراحل بهم پیوسته‌ای تشکیل شده است. آغاز فرایند سازگاری از نیاز یا سایق شروع شده و با ارضای آن خاتمه می‌یابد. با توجه به تعریف فوق در می‌یابیم که برای رسیدن به سازگاری، برآورده شدن سطوحی از نیازهای مادی و روانی افراد ضروری است. هرگاه والدین از نظر مالی در وضعیت مطلوبی باشند، بطوری که مشکل معیشتی نداشته باشند و بتوانند رفاه نسبی برای اعضای خانواده فراهم کنند، از بهداشت روانی خوبی برخوردار بوده و با فرزندان خود ارتباط مناسب و شایسته‌ای برقرار می‌کنند. امنیت اقتصادی خانواده به همراه تعاملات مناسب والدین و فرزندان شرایطی را فراهم می‌کند که تحت این شرایط نیازهای مادی و روانی فرزندان را به بهترین شکل برآورده شده و برآورده شدن نیازها باعث سازگاری بهتر می‌شود.

وضعیت اقتصادی از متغیرهایی است که در سازگاری مؤثر است و خانواده‌هایی که در شرایط اقتصادی بدی هستند، فرایند سازگاری را بخوبی طی نمی‌کنند و دچار ناراحتی‌هایی می‌شوند.

مطالعه در ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که والدینی که متعلق به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری هستند در سازگاری و حمایت کودک عقب مانده خود موفق‌ترند. خانواده‌هایی که سواد چندانی ندارند بهتر می‌توانند عقب ماندگی فرزندشان را بپذیرند در حالیکه در خانواده‌هایی که تحصیلات بالا دارند سازگاری برای آنها مشکل‌تر است.

سطح تحصیلات و درآمد خانواده و موقعیت اقتصادی-اجتماعی در سازگاری خانواده مؤثر هستند اما نمی‌توان رابطه علت و معلولی بین معلولیت فرزند و سازگاری پایینی در وضعیت اقتصادی را درست دانست. در پاسخ به سوال‌های پژوهش "که متغیرهای سن کودک، سن مادر، سطح تحصیلات مادر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و رتبه تولد فرزند در سازگاری مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تاثیر دارند" نتایج آنالیز واریانس و همبستگی نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیک و سازگاری اجتماعی ارتباط معنی‌دار وجود ندارد.

نتایج این یافته با پژوهش والاندر (۱۹۹۷) که می‌گوید: همبستگی کمی بین نمره های مشکلات مربوط به معلولیت برای والدین با خصوصیات دموگرافیک وجود دارد، همخوانی دارد.

ایلالی (۱۳۷۶)، نظری (۱۳۸۴) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که بین سطح سازگاری مادران با متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که این با نتایج ما همخوانی دارد.

در بررسی رابطه بین سن کودک و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی نتایج حاکی از عدم همبستگی بین سن کودک و سازگاری اجتماعی بود، یعنی سازگاری اجتماعی تحت تاثیر سن کودک نبود. به عبارت دیگر کودک عقب مانده ذهنی در هر سنی باشد ممکن است مادران دارای سازگاری یا سازگاری پایین باشند.

همچنین نتایج عدم همبستگی بین سن مادر و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی را نشان داد. به عبارت دیگر در هر سنی می‌توان مادران سازگار یا مادرانی که سازگاری کمتری داشتند را ملاحظه کرد.

همچنین نتایج ضریب همبستگی، عدم همبستگی بین سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی را با طول مدت ازدواج آنها نشان داد، یعنی طول مدت ازدواج، تاثیری در میزان سازگاری آنها نداشت. بعبارت دیگر مادرانی که مدت زمان کمی ازدواج کرده بودند، با مادرانی که مدت طولانی تری ازدواج کرده اند هر دو به یک میزان سازگار یا سازگاری کمتری داشتند.

در بررسی رابطه بین تعداد فرزندان و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی نتایج حاکی از عدم همبستگی بین تعداد فرزندان و سازگاری اجتماعی بود، یعنی سازگاری اجتماعی تحت تاثیر تعداد فرزندان نبود. بعبارتی مادرانی که یک فرزند داشتند یا مادرانی که فرزندان بیشتری داشتند هر دو سازگار باشند یا سازگاری پائینی داشتند.

نتایج آنالیزواریانس نشان داد که بین سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و سطح تحصیلات آنها رابطه معنی داری وجود نداشت، یعنی سطوح تحصیلات افراد (بیسواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم) تاثیری در سازگاری اجتماعی مادران نداشت و در هر سطح تحصیلات مادران سازگار یا مادرانی که دارای سازگاری کمتری بودند، وجود داشتند.

همچنین نتایج آنالیزواریانس نشان داد که بین سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و رتبه تولد فرزند رابطه معنی داری وجود نداشت، یعنی ترتیب تولد فرزند عقب مانده در سازگاری اجتماعی مادران مؤثر نبود. در مادرانی که فرزند اولشان عقب مانده بود و مادرانی که فرزند دوم، سوم و یا آخر عقب مانده بود، سازگاری یا سازگاری پائین ملاحظه شد. بعبارتی سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی تحت تاثیر رتبه تولد فرزند عقب مانده نبود.

برای مقایسه میانگین نمرات سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی با میانگین نمرات ارزیابی کلی آنها از آزمون t استفاده شد نتایج آزمون t نشان داد که بین نمرات سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ارزیابی کلی تفاوت وجود نداشت. بنابراین می توان چنین گفت که میانگین نمراتی که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از سازگاری اجتماعی بدست آورده بودند با میانگین نمراتی که در ارزیابی کلی بدست آمد همخوانی وجود داشت.

نتایج بدست آمده در این مطالعه با یافته های محققینی چون: ورمایز (۲۰۰۵)، سالوویت (۲۰۰۳)، دارلینگک و سلیگمن (۱۹۸۹)، سینگک های و همکاران (۱۹۹۰)، مک اندرو (۱۹۷۶)، ترنبول و ترنبول (۱۹۹۰)، رزبرگ

و رایسنون (۱۹۹۰)، میرزمانی (۱۳۷۸)، شریعتی و داورمنش (۱۳۷۴)، نظری (۱۳۸۴)، ایلالی (۱۳۷۶) هم خوانی داشت.

تولد کودک عقب مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می تواند به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش های خانواده اثر بگذارد و خانواده هایی می توانند با بحرانها به خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش هایشان انعطاف پذیر باشند (شرف به نقل از بلورچی، ۱۳۷۰).

با به دنیا آمدن کودک استثنایی فشارهایی بر والدین وارد می گردد که موجب برهم خوردن آرامش و انسجام خانواده شده، در نتیجه سازش یافتگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰).

با توجه به مطالب بیان شده و نتایج بدست آمده از پرسشنامه، سازگاری اجتماعی ویزمن و پی کل (۱۹۷۴) می توان اینطور نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب مانده ذهنی سازگاری اجتماعی کمتری را نسبت به مادران کودکان عادی داشتند.

۳-۵- محدودیت های پژوهش:

۱-۳-۵- محدودیتهای پژوهش

محدود کردن نمونه به شهر کاشان

محدود کردن نمونه به دختران

محدود کردن دامنه سنی

۲-۳-۵- محدودیتهای خارج از کنترل پژوهشگر

طولانی بودن زمان مصاحبه

عدم تمایل برخی از نمونه ها برای اجرای مصاحبه

۴-۵- پیشنهادهایی جهت کاربرد نتایج

هدف اساسی بهداشت روانی، پیشگیری از ابتلای به بیماریهای روانی در سه سطح اولیه، ثانویه، ثالثیه است. به عبارت دیگر سیستم بهداشتی روانی، درصدد سلامت جامعه می باشد. سلامت روانی رابطه تنگاتنگ و نزدیکی با سازگاری دارد (اسلامی نسب، ۱۳۷۳ ص ۱۹).

با به دنیا آمدن کودک ناتوان فشارهایی بر والدین وارد می گردد که موجب برهم خوردن آرامش و انسجام خانواده می شود، در نتیجه سازش یافتگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد (شریفی در آمدی، ۱۳۸۰ ص ۶۴).

بهداشت روانی خوب حاصل پیشگیری مناسب است و هزینه پیشگیری، کمتر از درمان است.

یکی از روشهای کاهش استرس، آموزش ادراکات مثبت است. تجربیات استرس زا و حوادث منفی با ادراکات مثبت در مورد آن تعدیل می شود (آشوم گوپتا، ۲۰۰۴).

به لحاظ حضور کودک عقب مانده در مدارس یکی از مهمترین اجتماعاتی باشد که بتوان برای کاهش تنش، آموزش مهارت‌های سازشی و سازگاری را پیش بینی نمود.

برنامه آموزشی جهت سازش و تطابق با حوادث استرس‌زا در خانواده‌های کودکان عقب مانده ذهنی از سوی وزارت خانه‌های متولی تعلیم و تربیت آموزش به کودکان عقب مانده پیش بینی گردد.

از روانشناسان به منظور برگزاری کلاسهای توجیهی و کارگاههای کاربردی مورد نیاز خانواده‌ها استفاده شود. روان شناس مهارتهایی مثل مدیریت مشکل، برنامه ریزی در حل تضادها، تلاش در جهت کسب منابع (ابزار و دانش مربوط به کودکان عقب مانده)، اهداف و تجارب موثر در کنترل حوادث و موقعیت‌های استرس‌زا و شیوه‌های چشم پوشی از مشکل و تبدیل آن به اهداف واقع بینانه و تمرکز بر روی ارزشهای خود فرد را به والدین بخصوص مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش دهد.

آگاه نمودن خانواده‌ها از طریق استفاده از رسانه‌های آموزشی (پوستر، پمفلت)

۱-۳-۵ پیشنهادات جهت پژوهش‌های بعدی

بررسی سازگاری اجتماعی در پدران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر

بررسی سازگاری اجتماعی خواهران و برادران کودکان عقب مانده ذهنی

بررسی و سازگاری اجتماعی مادران در سطوح دیگر عقب ماندگی ذهنی

بررسی سازگاری اجتماعی مادران کودکان مبتلا به معلولیت‌های ذهنی و جسمی

بررسی سازگاری اجتماعی مادران کودکان نابینا، ناشنوا

بررسی سازگاری اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی

منابع

۱. ادیب سرشکی، نرگس (۱۳۸۰). کودکان استثنایی خانواده و مشاوره. چاپ: آبان.
۲. ارژنگی، وجیه ا... (۱۳۸۱). "تأثیر راهبردهای مقابله‌ای در کاهش تنیدگی والدین کودکان عقب مانده ذهنی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۳. اسلامی نسب، علی (۱۳۷۳). روانشناسی سازگاری. چاپ و نشر بنیاد.
۴. انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. مترجم: محمدرضا نیکخو و همکاران، انتشارات: سخن، چاپ سوم.
۵. ایلالی، احترام السادات (۱۳۷۶). "بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش زا در مدارس استثنایی شهر ساری". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران.
۶. برجعلی، احمد (۱۳۷۸). "تأثیر سازگاری و الگوهای فرزند پروری والدین بر تحول روانی - اجتماعی دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران". رساله دکترا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۷. پاشا شریفی، حسن؛ شریفی، نسترن (۱۳۸۰). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: سخن.
۸. پور مقدس، علی (۱۳۶۷). روان شناسی سازگاری. انتشارات: مشعل.
۹. چاووشی، گیتی (۱۳۶۶). "بررسی مسایل روانی - مادران کودکان عقب مانده ذهنی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۱۰. حسن آبادی، هادی (۱۳۸۰). "مقایسه پیشرفت تحصیلی، سازگاری اجتماعی و افسردگی دانش آموزان مدارس شبانه روزی با دانش آموزان روزانه دوره دبیرستان اسفراین". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد رودهن.
۱۱. حسین نژاد، محمد (۱۳۷۵). "بررسی و مقایسه میزان فشارروانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و کودکان معلول جسمی و حرکتی باوالدین کودکان عادی شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

۱۲. حناآبادی، حسین (۱۳۷۵). "بررسی تعامل روانی - اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیرزاهدان و تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۱۳. خجسته، مهرداد (۱۳۸۳). "مقایسه نگرش مذهبی، رضایت زناشویی و برخی از ویژگی های شخصیتی والدینی که فرزند عقب مانده ذهنی خود را در خانه نگهداری می کنند و والدینی که آنها را به مرکز نگهداری عقب مانده های ذهنی می سپارند". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۱۴. دیلمی، عزیز (۱۳۸۰). "بررسی اثر بخشی مشاوره همسالان ب ر سازگاری اجتماعی و خودپنداره دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان شهرستان دزفول". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۵. رستمی، الیاس (۱۳۸۳). "بررسی دل بستگی نوجوانان به والدین و همسالان در جامعه ایرانی و رابطه آن با مؤلفه های سازگاری اجتماعی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۱۶. رضازاده، حسین (۱۳۷۹). "بررسی و مقایسه نیازهای روانی و اجتماعی والدین دانش آموزان پسر عقب مانده ذهنی، ناشنوا و عادی چهار شهرستان میانی استان مازندران در مقطع ابتدایی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۷. رضایی، مهدی (۱۳۷۷). "بررسی نقش آموزش و مشاوره فعالیتهای روزمره زندگی بر مادران کودکان عقب مانده ذهنی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۱۸. سادوک، بنجامین (۱۹۳۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. مترجم: نصرت ا... پورافکاری. تهران: شهر آب، آینده سازان.
۱۹. سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۷۶). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
۲۰. سلیمی اشکوری، هادی (۱۳۶۶). گزارش سمپوزیوم عقب ماندگی ذهنی تهران: دانشگاه علوم توانبخشی.
۲۱. سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت ا... (۱۳۸۰). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات ارسباران.

۲۲. شادمان، میترا (۱۳۸۳). "بررسی سازگاری اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد رودهن.
۲۳. شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۸۱). روانشناسی کودکان استثنایی. تهران: روانسنجی، جلد ۱ و ۲.
۲۴. شفر، مارتین (۱۳۷۰). فشار روانی. مترجم: پروین بلورچی. تهران: پاژنگ.
۲۵. شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۷۷). نظریه‌های مشاوره روان درمانی. مرکز نشر دانشگاهی.
۲۶. ظریف صنایعی، ناهید (۱۳۷۱). "بررسی عوامل تنش‌زا و نحوه سازگاری والدین کودکان تحت درمان با همودیالیز در مراکز طبی کودکان". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران.
۲۷. عابدسعیدی، ژیلا؛ امیرعلی اکبری، صدیقه (۱۳۸۰). روش تحقیق در علوم پزشکی و بهداشت. تهران: سالمی.
۲۸. فرید، ابوالفضل (۱۳۷۵). "بررسی و مقایسه میزان سازگاری اجتماعی یک زبانه‌ها و دو زبانه‌ها در مدارس ابتدایی شهرستان‌های تهران و تبریز". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۹. کجباف، باقر (۱۳۷۷). "بررسی تطبیقی - تشخیص عقب ماندگی ذهنی براساس نظام تحولی پیازه و معیارهای انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی". رساله دکتری، دانشکده علوم انسانی، تربیت مدرس.
۳۰. محمدی، کوروش (۱۳۸۰). "بررسی ویژگی‌های مؤثر در نگهداری از کودک عقب مانده ذهنی در خانه یا سپردن او به مراکز بهزیستی شهر تهران". پایان نامه، کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۳۱. ملک پور، مختار (۱۳۶۹). بهداشت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی اصفهان: جهاد دانشگاهی.
۳۲. معانی، ایرج؛ شاپوریان، رضا؛ حجت، محمدرضا (۱۳۷۹). روانشناسی بهزیستی. تهران: زرین.
۳۳. منصف‌زاده تبریزی، مهدی (۱۳۷۷). "بررسی و مقایسه واکنش مادران عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی در پذیرش یا عدم پذیرش فرزند پسر خود در مدارس ابتدایی شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۳۴. میرزمانی، محمود. "سازگاری اجتماعی زنانی که همسر خود را از دست داده‌اند". اسرار، ۳(پاییز ۱۳۷۹): ۸۴-۹۰.

۳۵. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۸). روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. تهران: قومس.
۳۶. ناصر شریعتی، تقی؛ داورمنش، عباس (۱۳۷۴). اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده (خلاصه یک تحقیق). تهران: سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۳۷. نانسی رابینسون، هالبرت بی رابینسون (۱۳۷۷). کودک عقب مانده ذهنی. ترجمه: فرهاد ماهر. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی موسسه چاپ و نشر.
۳۸. نظری، شیما (۱۳۸۴). "بررسی نظر والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش‌زا و میزان سازگاری آنان با این عوامل در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران.
۳۹. والی پور، ایرج (۱۳۶۰). روان شناسی سازگاری. چاپ و نشر وحید.
۴۰. یعقوبی، ابوالقاسم (۱۳۷۲). "بررسی مسایل روانی-اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی". شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
41. Ashum Gupta and Nidhi Singh (2004). Positive perceptions in parents of children with disability. Asia pacific disability rehabilitation journal. vol, 15 (1):22-34.
42. Beckman PJ (1991). Comparison of mothers and fathers perceptions if effect of young children with and aithout disability. Journal of mental retardation. 95 (5):585-95.
43. Beresford B (1994). Resources and Strategies:How parents cope with the care of disabled child.Journal of child Psychology and Psychiatry.35:171-209.
44. Chandorkar H, Chakraborty K (2002).Psychological morbidity of parents of mentally retarded children.India Journal of Psychiatry. 47:271-274.
45. Chauhan, ss (1993) . Mental hygiene: A science of Adjustment.Second edition. New dehli , india: Allied publishers limi tited.

46. Flynt SW, Wood TA (1989). stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation. *Journal of mental retardation*. 94 (3):278-830.
47. Friedrich, W.N and Friedrich, W.L (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of mental deficiency*. 85,551-530.
48. Harris, S.L (1995). *Family of the developmental disabled: A guide to behavioral intervention*, Book: program on new york.
49. Kirk .A.S, Gallager, J.J Anastasiow, S.N. (1993). *Educating exceptional* boston: Houghton mifflin company.
50. McGlone K, Santos L, Kazamal, Fong R, Mueller C (2002). Psychosocial stress in adoptive in parents of special-needs children. *child welfare*. 81 (2):151-71.
51. Mosha Zeinder and Normans (1996). *Handbook of coping: Theory, Research, Applications*.
52. Patricia M. Minnes (1985). *Family Adjustment to stress Associated with a limb-deficient child*. *Journal of the Association of childrens prosthetic-orthotic clinics*, vol 20(4). pp.62.
53. Pelchat D., Ricard N., Bouchard J-M., Perreault M., Saucier J-F., Bethiaume M., Bisson J (1999). *Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infants type of disability*. *child: care, Health and Development*, vol.25 no 55 pp.371-398(22).
54. Ronit Gol-Etrog (2002). *The differences between fathers and mothers of young adults with mental retardation in the stress levels coping strategies and attitudes toward integration of their sons/daughters in to the community*. university: Haifa.

55. Salovita T, Italinna M, Leinonen E (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A Double ABCX Model. *Journal Intellectual Disability Research*. 47(Pt 4-5):300-120.
56. Scott M. Williams, MA, & Wendy Hill Williams, MA (2005). *My family, past, present and future: A personal exploration of marriage and the family*. Pearson custom publishing.
57. Singhi PD, Goyal L, Pershad D, Singhi S, Walia BN (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. *Br J med psychology*. 63 (Pt2): 123-820
58. Trute B, & Hiebert-Murphy D (2002). Family adjustment to childhood developmental disability: A measure of parent Appraisal of Family Impacts. *Journal of Pediatric Psychology*. vol.17(3).PP.271-280.
59. Vermaes IP, Janssens JM, Bosman AM, Gerris JR (2005). Parents Psychosocial adjustment in family of children with spina Bifidia: a meta-analysis. *BMC Pediatric*. 25,5:32.
60. Wallander JL, Marullo DS (1997). Handicap-related problems in mothers of children with physical impairments. *research Development Disability*. 18(2):15-65.
61. Warfield ME, Krauss MW, Hauser-Cram P, Upshur CC, Shonkoff JP (1999). Adaptation during early childhood among mothers of children with disability. *Journal Developmental Behavior Pediatric*. 20 (1):9-16.
62. Weiss MJ (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children mental retardation. Rutgers, The State university of new jersey. 6 (1):115-30.
63. Weissman, M.N. and Paykel, E.S (1974). *The depressed woman: a study of social relationship*. Chicago: University of Chicago press.