

دانشگاه فرهنگیان پردیس دخترانه

رشته :

روان شناسی کودکان استثنایی

پایان نامه :

جهت دریافت مدرک مقطع کارشناسی

موضوع:

بررسی ویژگی های شخصیت والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی (۷-۱۲ ساله)

شهرستان شاهین شهر در سال تحصیلی ۹۰-۹۱

استاد راهنما:

نگارش / دانشجو:

سال تحصیلی :

تیرماه ۱۳۹۱

تقدیم به :

همسرم که با نگاه سرشار از محبتش و کلام پراز امیدش مرا روحیه بخشید تا بهتر
بر مشکلات فائق آیم .

و تقدیم به

تمامی کودکان و آینده سازان ایرانمان ، و تمامی کودکان استثنایی این گل های
آسیب دیده جامعه ، تمامی آموزگاران که با عنایت پروردگار ، صبر و حوصله در
راه خدمت به این کودکان که به نحوی از محرومیت رنج می برند صادقانه تلاش
می کنند.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از استاد محترم جناب آقای
تحقیق صمیمانه مرا راهنمایی فرمودند. تمام مسئولین محترم مرکز تربیت معلم شهید
رجایی اصفهان و همچنین با تشکر از همکاری دوستانی که مرا در انجام این تحقیق
یاری فرمودند.

www.markazdanesh.ir

چکیده پژوهش

تحقیق حاضر تحت عنوان بررسی ویژگیهای شخصیت والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر جهت دستیابی به اهداف تحقیق است. تعداد کل مراکز دانش آموزان کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر در سطح شهرستان شاهین شهر ۳ مدرسه بود که به علت اندک بودن جامعه آماری هر سه مدرسه را انتخاب نموده و از هر سه مدرسه والدین ۱۰ نفر از دانش آموزان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور جمع آوری اطلاعات در این پژوهش با توجه به موضوع پرسشنامه Scl-90-R که دارای ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است استفاده شد.

جهت تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات بدست آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید و از آزمون t مستقل جهت مشخص نمودن تفاوت میانگین های دو نمونه استفاده شد.

میانگین علائم روانی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۰/۹۹ می باشد که با توجه به جدول طبقه بندی اختلال تست scl-90-R نتایج نشان داد که میزان علائم روانی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر به طور معناداری از بدران بیشتر می باشد. همچنین تحلیل نتایج خرده آزمونها نشان داد که میانگین مادران در خرده آزمونهای شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، بر خاشاگری، ترس مرضی و روان بریشی به طور معناداری بیشتر از بدران می باشد. اما در خرده آزمون های وسواس-اجبار، افکار بارانویید و سوالات اضافی تفاوت معناداری بین بدران و مادران دیده نشد.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول	۱
مقدمه	۲
۱-۱ بیان مسئله	۲
۱-۲ ضرورت و اهمیت تحقیق	۳
۱-۳ اهداف تحقیق	۴
۱-۴ فرضیه های تحقیق	۵
۱-۵ تعاریف نظری	۶
۱-۶ تعاریف عملیاتی	۸
فصل دوم : ادبیات تحقیق	۹
۲-۱ تعریف شخصیت	۱۰
۲-۲ اضطراب	۱۰
۲-۳ پرخاشگری	۱۰
۲-۴ وسواس جبری	۱۱
۲-۵ افسردگی	۱۲
۲-۶ خانواده و کودک معلول	۱۲
۲-۷ تنیدگی چیست	۱۳
۲-۸ تنیدگی در خانواده های کودکان معلول	۱۴
۲-۹ پیشینه تحقیق	

۱-۹-۲- پژوهش های انجام شده در خارج از کشور.....	۱۵
۲-۹-۲- پژوهش های انجام شده در داخل کشور.....	۱۹
فصل سوم: روش.....	۲۲
مقدمه	۲۳
۱-۳- طرح تحقیق.....	۲۳
۲-۳- شیوه پژوهش	۲۳
۳-۳- جامعه آماری	۲۳
۴-۳- نمونه آماری.....	۲۴
۵-۳- روش نمونه گیری	۲۴
۶-۳- ابزار پژوهش	۲۴
پرسشنامه Scl90-R	۲۴
۲-۶-۳- روایی و اعتبار پرسشنامه Scl90-R	۲۵
۳-۶-۳- روش ارائه و نمره گذاری پرسشنامه Scl90-R	۲۶
۷-۳- روش جمع آوری اطلاعات	۲۷
۸-۳- شیوه آماری	۲۷
فصل چهارم : تجزیه و تحلیل داده ها	۲۸
۱-۴- بیان فرضیه ها	
۲-۴- بررسی فرضیه اصلی	
۳-۴- بررسی فرضیه های فرعی.....	
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....	۴۱

۴۲	۵-۱ بحث و نتیجه گیری
۴۳	۵-۲ محدودیت های پژوهش
۴۴	۵-۳ پیشنهادها
۴۷	پرسشنامه Scl-90-R
۵۲	فهرست منابع و مآخذ
۵۳	منابع فارسی
۵۵	منابع خارجی

فهرست جداول و نمودارها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین واکنشهای روانی در پدران و مادران.....	۲۹
جدول ۴-۲ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین پدران و مادران در خرده آزمون شکایات جسمانی.....	۳۰
جدول ۴-۳ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران در خرده آزمون وسواس و اجبار.....	۳۱
جدول ۴-۴ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در حساسیت در روابط متقابل.....	۳۲
جدول ۴-۵ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در خرده آزمون افسردگی.....	۳۳
جدول ۴-۶ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در خرده آزمون اضطراب.....	۳۴
جدول ۴-۷ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در خرده آزمون خصومت.....	۳۵
جدول ۴-۸ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در خرده آزمون ترس فرضی.....	۳۶
جدول ۴-۹ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در خرده آزمون افکار پارانوئیدی.....	۳۷
جدول ۴-۱۰ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران در خرده آزمون روانپریشی.....	۳۸
جدول ۴-۱۱ اطلاعات مربوط به مقایسه میانگینهای پدران و مادران سوالات اضافی.....	۳۹
نمودار ۴-۱ بررسی ویژگیهای شخصیت والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر با استفاده از T	
وابسته در ۱۰ خرده آزمون تست Scl ۹۰-R.....	۴۰

فصل اول

کلیات

www.makzadanesh.ir

مقدمه:

یکی از مهمترین مسائل و مشکلات جوامع بشری در عصر حاضر و مشکلاتی که گریبان اکثر مردم را گرفته همان مشکلات فتاری - روانی است که به صورت نابهنجاری بروز می کند. و همچنین در مقابل پیدا کردن راههای توسط روانشناسان و روانکاوان به منظور مقابله با ناهنجاری و مشکلات از اهمیت زیادی برخوردار است . خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اجزاء و اعضا آن کل نظام را مختل می کند ، و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می نماید . با این نگرش ، معلولیت یکی از فرزندان بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر یکایک اعضاء تاثیر منفی می گذارد.

هدف از پژوهش حاضر پی بردن به ویژگی های شخصیتی پدران و مادران کودکان عقب مانده ذهنی است تا با شناخت آن ویژگی ها و بررسی مقایسه ای آن بتوان با مشکلات احتمالی مقابله نمود و آن را در جهت مثبت سوق داد.

۱-۱ بیان مساله:

اگر در خانواده یک کودک معلول ، سایر کودکان را از هوش طبیعی برخوردار باشند بی شک مسائل و مشکلاتی را ایجاد می کند. واکنش های پدر و مادر نسبت به کودک عقب مانده ذهنی یکسان نیست و اغلب بستگی به میزان عقب ماندگی هوش کودک، موقعیت های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی خانواده ، خصوصیات شخصیتی والدین ، ماهیت و کیفیت راهنمایی پزشک و روانپزشک و سایر عوامل دارد.

عکس العمل های اولیه والدین که توسط بسیاری از محققین گزارش شده است عبارتند از: ترس و وحشت، احساسات متضاد، خشم ، اضطراب ، غم و اندوه ، سردرگمی ، حیرت، تلخکامی، آرزوی مرگ ، تکذیب و انکار، افسردگی ،

ناامیدی ، نگرانی های اقتصادی ، ناباوری ، دستپاچگی ، کینه و حسادت ، غم و غصه ، احساس گناه ، عدم تکاپو ، انگیزه های ناگهانی به منظوراز بین بردن کودک ، ناله و زاری ، بی علاقه‌گی نسبت به زندگی افسوس ، نپذیرفتن ، خجالت و شرمساری، شوکه شدن ، انگیزه های خودکشی ، خود را مقصر دانستن ، دلسوزی برای خود ، حمایت افراطی و شکایات جسمانی ، وسواس و پرخاشگری .

معمولاً والدین هنگامی که متوجه می شوند کودک آنها دچار عقب ماندگی ذهنی است در ابتدا و در اولین واکنش ، واقعیت را نمی پذیرند و عدم پذیرش واقعیت از جانب آنان مشکلات فراوانی را برای خود والدین و همچنین کودک ایجاد می کند و موجب می شود تا والدین در برخورد با مساله دچار سردرگمی شده و نتوانند به طور منطقی با موضوع برخورد کنند.

در پیش نگرفتن روش منطقی آنان را در موثر واقع شدن در برخورد مشکل وارائه راه حل ناتوان می سازد. همچنین ممکن است نشانه هایی مرضی در شخصیت و رفتار آنان پدید آورد.

در این راستا پژوهش حاضر که تلاشی است برای شناخت ویژگی های شخصیتی کودکان عقب مانده ذهنی ، انجام پذیرفت تابدین وسیل گامی در جهت آگاهی در مورد تاثیر عامل عقب ماندگی ذهنی کودکان برای اطرافیان آنها به خصوص والدین آنان برداشته باشد.

۱-۲ ضرورت واهمیت تحقیق

دریک جامعه وقتی پیشرفت مفهوم واقعی خود را پیدا می کند که تمام اجزاء جامعه با یکدیگر رشدی یکپارچه داشته باشند. در این راستا تحقیق می تواند معیار نسبتاً مطمئنی جهت پیشرفت جامعه مورد نظر باشد.اهمیت این تحقیق به نوبه خود می تواند مسئولان و دست اندرکاران امر درمان نظیر درمانگران ، مشاوران و ... را بر آن دارد که برای سلامتی روانی تعادل روانی خانواده کودک معلول عقب مانده ذهنی چاره جویی کنند و آنان را نسبت به این مساله که دارای

فرزند عقب مانده هستند (از طریق افرادی ذی صلاح) هدایت و راهنمایی کنند واز واکنش های روانی آنها بکاهند. در این زمینه روان شناسان بالینی به نوعی می توانند وظایف حرفه ای خود را ایفا کنند که یکی از این وظایف استفاده صحیح از تست های روان شناسی و کسب نتایج مفید و کارآمد از آنهاست.

طرز فکر ونحوه برخورد والدین و ویژگی های شخصیتی آنها در مواجهه با کودک عقب مانده ذهنی مهمی در زندگی آنها و چگونگی رشد و پرورش کودک عقب مانده ذهنی داشته است (ملک پور ۱۳۷۴)

اختلالات روانی ناشی از داشتن کودک عقب مانده ذهنی ونیز عوارض ثانویه روانی که بعداز مدتی پیاد روانی خود را نشان می دهد از جمله مواردی است که می بایست موردتوجه واقع شود. (افروز، ۱۳۷۳)

اختلالات روانی ناشی از داشتن کودک عقب مانده ذهنی (با توجه به اهمیت موضوع) صورت گرفته این موضوع جهت انجام کار تحقیقی درنظر گرفته شده است.

۳-۱ اهداف تحقیق

هدف اصلی

- شناخت ویژگی های شخصیتی والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر است.

اهداف فرعی:

۱- تعیین میزان شکایات جسمانی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۲- تعیین میزان وسواس اجبار در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۳- تعیین میزان حساسیت در روابط متقابل در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۴- تعیین میزان افسردگی مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۵- تعیین میزان اضطراب فوبیک در در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۶- تعیین میزان خصومت در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۷- تعیین میزان بررسی میزان ترس مرضی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۸- تعیین میزان افکار پارانوئیدی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۹- تعیین میزان علائم روان پریشی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی

۱۰- تعیین میزان سوالات اضافی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی در پرسشنامه Scl-90-R

۴-۱ فرضیه های تحقیق :

فرضیه اصلی

- بین میزان واکنش های روانی مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه های فرعی:

(۱) بین میزان شکایات جسمانی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تفاوت معنادار وجود دارد.

(۲) بین میزان وسواس اجباری در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.

(۳) بین میزان حساسیت در روابط متقابل در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.

(۴) بین میزان افسردگی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.

(۵) بین میزان اضطراب فوبیک در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.

- (۶) بین میزان خصومت در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.
- (۷) بین میزان ترس مرضی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.
- (۸) بین میزان افکار پارانوئیدی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.
- (۹) بین میزان علائم روان پریشی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد.
- (۱۰) بین میزان سوالات اضافی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی در پرسشنامه Scl-90-R تفاوت معنادار وجود دارد.

۵-۱ تعاریف نظری

شخصیت:

شخصیت مفهومی کلی است که معنای مختلفی دارد. اول اینکه به نقش شخص اطلاق می شود یعنی به مجموعه ای از ویژگی ها یا صفات رفتاری فردی خاص. و دوم اینکه ممکن است آن را خود هوشیار یا خود برانیم. سوم اینکه نقاب اجتماعی فرد است چهارم اینکه تاثیر کلی است که فرد در دیگران می گذارد.

کاپلان و سادوک (۱۳۷۳) شخصیت را شکل ویژه ای از الگوی واکنش رفتاری می دانند که هر شخصی به عنوان عکس العمل فردی از سازگاری فردی اش با زندگی در خود می پردازد. و در این پژوهش عملکرد والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی در پرسشنامه تست شخصیت Scl-90-R می باشد.

کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر:

کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر به کودکانی اطلاق می شود که کنش و عملکرد هوشی آنها پایین تر از حد متوسط باشد که در دوران رشد ظاهر می شود و همراه با اختلال در رفتار سازشی باشد (۱۳۷۷).

ودراین پژوهش منظور کودکانی است که در مراکز آموزش ویژه ، مشغول به تحصیل هستند.

واکنش های روانی:

به علائم روانی نیز واکنش روانی گفته می شود که شامل چند بعد روانی مثل شکایات جسمانی ، حساسیت در روابط

متقابل ، افسردگی ، خصومت ، افکار پارانوئید ، اضطراب فوبیک و ... گفته می شود.

ودراین پژوهش واکنش های فوق توسط مقیاس Scl-90-R سنجیده می شود.

افسردگی

حالت روانی ناخوش که باخلق و خوی افسرده ، بی علاقگی نسبت به لذات زندگی ، نداشتن انگیزه و از دست دادن

انرژی حیاتی می باشد و غالباً با یک اضطراب کم ویش همراه است.

خصومت:

بازتاب کننده افکار، احساسات و یا اعمالی است که وضعیت خلق منفی ناشی از خشم را نشان می دهد. حساسیت میان

فردی و احساس بی کفایتی و خود کم بینی و حقارت فرد بالاخص در مقایسه با دیگران را شامل می شود.

افکار پارانوئید:

یا به عنوان اختلال تفکرات یک اختلال پسیکوزی که باهذیانهای کاملاً نظامدار و احساس تعقیب و زجر مشخص می

شود.

اضطراب فوبیک:

یک اختلال توام با ترس با ماهیت فوبیک که شامل ترس دور شدن از منزل ، فضای باز، شلوغی معابر و مکانهای عمومی است . اضطراب یک حالت نگرانی و دلشوره که با ترس پیوند دارد (آشتیانی ۱۳۸۱).

پرخاشگری:

که نشان دهنده افکار و احساسات و یا اعمالی است که وضعیت خلقی منفی ناشی از خشم می باشد و واکنش کلی نسبت به ناکامی است . (آشتیانی ۱۳۸۱).

ترس مرضی:

عبارت است از یک پاسخ هیجانی به موقعیت ها و داده های زندگی که با ظهور یک شی و ترس ظاهر وبا از بین رفتن عامل آن ناپدید می شود . مثل وحشت شدید از موجودات یا جاهایی که درحالت عادی و به خودی خود خطری نداشته و ایجاد ناراحتی نمی کند.

روان پریشی:

این واکنش در افراد به صورت حالت گوشه گیری و انزوا ونحوه زندگی اسکیزوئیدی باعلایم اصلی اسکیزوفرنی مانند هذیان وانتشار افکار را شامل می گردد.

۱-۶ تعاریف عملیاتی:

ویژگی های شخصیت:

ویژگی های شخصیت نمراتی است که از طریق تست شخصیت Scl-90-R بدست آمده است.

فصل دوم

ادبیات تحقیق

www.markanddaneesh.ir

۱-۲ تعریف شخصیت

شخصیت یک مفهوم انتزاعی است. روان شناسان مختلف شخصیت را به گونه های متفاوتی تعریف کرده اند. از جمله گوردن آلپورت (۱۹۳۷) به عنوان کسی که به نظر بسیاری ، بنیان گذار مطالعات نوین شخصیت است .شخصیت را بدین گونه تعریف کرده است : سازمان پویایی از سیستمهای روان تنی فرد است که رفتارها و افکار خاص او را تعیین می کند . گلیفورد (۱۹۵۹) یکی دیگر از محققان معروف ، شخصیت را بدین گونه تعریف کرده است : شخصیت عبارتند از : « الگوی منحصر به فرد صفات شخصیتی است ». در حالی که ریموند کتل (۱۹۵۰) شخصیت را بدین گونه تعریف کرده است : « شخصیت ، امکان پیش بینی آنچه را که از شخصیت در نظر داریم ، ترکیبی الزامات ، افکار ، هیجانات و انگیزه های شخصی باشد که در تعامل او با ما و دیگران نمایان می شود. شخصیت افراد منحصر به فرد می باشد. اما شخصیت افراد مختلف ، دارای وجوه اشتراک خاصی است . به علاوه ، شخصیت افراد در زمانهای طولانی ثابت باقی می ماند ، مع هذا از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر می کند. این تغییرات در موقعیتهای مختلف نشان دهنده این حقیقت است که شخصیت افراد به اندازه ای انعطاف پذیر است که نسبت به مقتضیات و در شرایط مختلف واکنش متفاوت نشان دهند. مثلاً ممکن است شخصیت افراد به سبب بحرانهای که در زندگی رخ میدهد تغییر کند . افراد عکس العملهای هیجانی از قبیل خشم ، غمگینی همراه با فشار روانی را بروز دهند.

در اینجا بطور اجمالی برخی از مولفه های شخصیت (شخصیت مرضی) تشریح می شود (جمالفر ۱۳۷۳).

۲-۲-۲ اضطراب

هر فردی گاه گاهی در زندگی خود اضطراب را تجربه کرده است . اضطراب یک احساس ناخوشایندی از ترسم دهیم که همراه با یک یا چندین عکس العمل فیزیولوژیکی مانند تپش قلب و عروق است.

نظریه پردازان تفاسیر متفاوتی را از اضطراب داشته اند. فروید اضطراب را به عنوان علامت و نشانه ای برای تهدید خود

می داند آدلر معتقد است که اضطراب ، احساس تنهایی و درماندگی کردن دردنیای خصومت آمیز است. درنظریه کلی اضطراب نتیجه شناخت عدم کفایت وعدم لیاقت در سیستم سازه های فرداست.

اضطراب ترس یا فشار روانی نیست بلکه یک حالت مبهم ونامعلوم است . یک احساس تعمیم یافته از رنج و ناراحتی ویا ترس وهراس است که فرد اغلب قادر به توضیح وتفسیر آن نیست (جمالفر،۱۳۷۳)

۲-۳ پر خاشگری

بنا به نظر برون ، پر خاشگری هر نوع عمل و رفتاری است که به طور مستقیم ودرجهت هدفی به منظور آزار واذیت رساندن به دیگران ، کسانی که مایل نیستند مورد آزار واذیت قرار بگیرند.

دو نوع پر خاشگری وجود دارد:

۱- پر خاشگری وسیله ای که دارای جنبه شناختی قوی است که به طور ارادی درجهت هدف ومنظور خاصی تبیان می شود.

۲- پر خاشگری خصمانه که دارای جنبه هیجانی قوی است . که تحت شرایط خاص بیرونی بروز میکند این شرایط می تواند به صورت حمله ، یورش وممانعت از رفتار هدف گرا باشد که ما آن را به عنوان ناکامی می نامیم .پر خاشگری نتیجه مسلم ناکامی نیست. برای این که پر خاشگری یکی از پاسخهای بی شماری است که ممکن است افراد در موقعیتهایی از خود بروز دهند که درانجام دادن کاری موفقیتی به دست نیاورند. جمالفر،۱۳۷۳)

۲-۴ وسواس اجباری

وسواس یک فکر تکرار شونده وباطل است که شخص به باطل بودن آن اعتقاد دارد ودر برابر آن مقاومت می کند واین افکار در نتیجه تکرار در فرد ایجاد اضطراب می کند.

جبر که به عمل وسواسی معروف است رفتاری است که معمولاً متعاقب فکر وسواس ایجاد می شود تا اضطراب ناشی از آن فکر را کاهش دهد (جمالفر، ۱۳۷۳)

۵-۲ افسردگی

افسردگی حالتی است که با تغییر اساسی و اولیه در خلق شروع شده و بامداومت احساس غم و اندوه به درجات مختلف مشخص می شود: تغییر خلق از علائم ثابت و مقاومی است که برای هفته ها، ماهها، و حتی سالها طول می کشد همراه با تغییر خلق دگرگونیهای در رفتار، برداشتها، فکر، عملکرد جسمی و روانی پدید می آید که ممکنست نشانه ای از یک بیماری جسمی و روانی و یا بخشی از سیمای بالینی آن باشد و یا در واکنش نسبت به فقدان از دست دادن فرد و یا شی محبوب یا موقعیتی احساس بهنجار به حساب می آید.

در شخص بین واکنش طبیعی افسردگی مرضی کمیت حالت می تواند معیار قضاوت باشد اگر عامل آشکار ساز، ناکامی، و افسردگی، عمیق و طولانی نباشد، می توان آن را حالتی بهنجار دانست. علاوه بر آن شدت افسردگی و کاهش ظرفیتهای شخص از نظر کیفی، مانند معیارهای کمی می تواند احساس غم را به عنوان طبیعی از بیماری افسردگی مشخص کنند (اخوت و جلیلی ۱۳۶۲).

۶-۲ خانواده و کودک معلول

خانواده به عنوان مهم ترین گروه اجتماعی که کودک معلول عضوی از آن است در تحول ساختهای شناختی، اجتماعی، و عاطفی کودک نقش بسزایی را ایفا کند نقش خانواده در امر آموزش کودکان استثنایی و به خصوص کودکان عقب مانده ذهنی بسیار خطیر و مهم است. خانواده به عنوان محیطی که کودک عقب مانده ذهنی بخصوص در رده عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و تربیت پذیر بیشترین وقت خود را در آن می گذارند، پایگاه آموزشی مهمی از سوی متخصصان تلقی می گردد.

خانواده و به خصوص والدین میتوانند با افزایش شناخت خود از نیازها و ناتوانیهای کودک، در اصلاح و پیشرف سریع او گام بردارند، همچنین وجود رابطه عاطفی مثبت و واقع است که برای هفته ها، ماهها و حتی سالها طول می کشد همراه با تغییر خلق دگرگونیهای در رفتار، برداشتها، فکر، عملکرد جسمی و روانی پدید می آید که ممکنست نشانه ای از یک بیماری جسمی و روانی و یا بخشی از سیمای بالینی آن باشد و یا در واکنش نسبت به فقدان از دست دادن فرد و یا شئی محبوب یا موقعیتی احساس بهنجار به حساب آید.

در شخص بین واکنش طبیعی افسردگی مرضی کمیت حالت می تواند معیار قضاوت باشد اگر عامل آشکار ساز، ناکامی، و افسردگی، عمیق و طولانی نباشد می توان آن را حالتی بهنجار دانست. علاوه بر آن شدت افسردگی و کاهش ظرفیتهای شخص از نظر کیفی، مانند معیارهای کمی می تواند احساس غم را به عنوان طبیعی از بیماری افسردگی مشخص کنند (اخوت و جلیلی ۱۳۶۲).

۷-۲ تنیدگی چیست؟

خانواده کودکان معلول تنیدگی زیادی را تحمل می کنند. تنیدگی، پاسخ جاندار به شرایطی است که آگاهانه را ناآگاهانه خطرناک تلقی می شود (پیرلین و همکاران ۱۹۸۱) تنیدگی فرایندی مجزا نمی باشد بلکه فرآیندی است که مستلزم وجود عواملی نظیر عامل تنیدگی زا، ادراکات فردی یا خانوادگی از تنیدگی زا، منابع موجود و اثرات آن است. در اینجا بطور خلاصه این عوامل شرح داده می شود.

تنیدگی زا: بطور کلی تنیدگی زا رویداد مجموعه ای از رویدادهاست که نیاز به سازگاری های ویژه جسمانی و روان شناختی دارد. تنیدگی زا ممکن است از رویداد خاصی ناشی شود ولی اثرات فراگیر و دراز مدتی دارد. برای مثال تولد کودک معلول یک تنیدگی زاست که اثرات آن طولانی مدت و فراگیر است.

ادراکات: ادراک فرد از تنیدگی ، برحسب تجربیات قبلی فرد تاثیر می پذیرد . والدینی که کودک معلول دیگری به خانواده شان اضافه می شود ، واکنششان کاملاً متفاوت از خانواده ای است که برای بار اول با کودک معلول مواجه می شود پیرلاین وهمکاران(۱۹۸۱) عقیده دارد رویدادهایی بیشتر تنیدگی زا هستند که به خود پنداره (حس کنترل شخص به محیط واحساس خود ارزنده سازی) اثر می گذارند اگر رویدادی (مثل تولد کودک معلول) احساس کنترل و ارزشمند بودن را کاهش دهد ، تنیدگی افزایش می یابد.

اسکلینگ (۱۹۸۴) دو جنبه گسترده از منابع حمایتی رامشخص می سازد . راهبردهای سازگاری شخصی (آشنا شدن با مساله ، حل مساله یا تشویق خود) و منابع حمایتی اجتماعی (اعضاء خانواده ، دوستان ، همسایگان ومتخصصان آموزشی ویژه) اگر چه این منابع معمولاً به تنهایی باعث کاهش تنیدگی نمی شوند ، اما به فرد یا اعضاء خانواده کودک معلول امکان می دهند تا با تنیدگی زا سازش پیدا کنند.

اثرات : تنیدگی اثرات وپیامدهای جسمانی و روان شناختی زایدی بر خانواده دارد (مدل را مشاهده کنید) راهی (۱۹۷۵) نشان داده است که رابطه مستقیمی بین رویدادهای تنیدگی زا و بیماریهای جسمانی وجود دارد. تنیدگی زا اثرات بیشماری بر فرآیندهای روان شناختی دارد که می تواند تا مدتی سازش یافتگی رامختل کند. با وجود این در بعضی موارد ، تنیدگی زا ، منجر به تقویت خود پنداره اعضاء خانواده و پیوستگی بیشتر آنها می شود (نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۵).

۸-۲ تنیدگی در خانواده های کودکان معلول:

والدین کودکان معلول احتمالاً تنیدگی زیادی را در باب شیوه فرزند پروری تجربه می کنند. بطور کلی پرورش یک کودک معلول بالقوه ایجاد تنیدگی می کند. گستره تجربه تنیدگی درخانواده به عوامل چندی بستگی دارد . عوامل مربوط به کودک شامل خلق وخو، ویژگیهای رفتاری ، شدت و نوع معلولیت است . عامل دوم درمورد چگونگی

تجربه تنیدگی عوامل فردی و خانوادگی است (عقاید شخصی ، باورهای مذهبی ، سطح کنش روان شناختی ، سن والدین ، منابع اقتصادی ، دریافت حمایت گسترده از خانواده ، دوستان ، همسایگان و متخصصان) . نوع برنامه مداخله نیز بطور مثبت یا منفی بر تنیدگی تاثیر می گذارد . برای مثال ، والدینی که کودکانشان در مدارس یکپارچه هستند با مسائلی روبروی می شوند که والدین که کودک معلولشان در کلاسهای جداگانه است ، روبرو نیم سوند بیلی و وینتون (۱۹۸۷) میزان تنیدگی همچنین با کوشش والدین در جهت پیدا کردن خدمات و ناکام شدن در بهره وری از مدارس و سایر مراکز اجتماعی نوسان پیدا می کند. بنا براین مشاوران و متخصصان آموزش ویژه باید نسبت به وجود تنیدگی در این خانواده ها حساس باشند و تمام تلاش خود را مصروف فراهم آوردن خدماتی نمایند تا میزان تنیدگی راکاهش دهند. والدین و متخصصان باید با هم دیگر مشارکت کاملی داشته باشند . هسته اصلی این مشارکت ارتباط است .

ارتباط به معنای مشارکت اطلاعاتی و احساسی با دیگران است که نه تنها باعث کاهش تنیدگی به نحو بسیار چشمگیری می شود ، بلکه سبب آموزش پرورش رضایت بخش کودک می گردد (ابراهیمی ، ۱۳۷۸).

۱-۹-۲ پژوهش های انجام شده در خارج از کشور

در دهه های اخیر تحقیقات زیادی

درمورد عملکرد روان شناختی خانواده های کودک معلول انجام شده است این تحقیقات نشان داده اند که خانواده های کودکان معلول نسبت به خانواده های کودکان عادی: در معرض تنیدگی (کازاک ۱۹۸۶) و افسردگی بیشتری هستند (نیومن و همکاران ۱۹۷۵) در امر سازگاری با مشکلات بیشتری مواجهند.

(مک کویین و همکاران ۱۹۸۲) ، انسجام خانوادگی کمتری دارند (دارلینگ ۱۹۷۹) با مشکلات اقتصادی بیشتری دست به گریبان هستند (رات ۱۹۸۹) و در فعالیتهای اجتماعی کمتر شرکت می کنند (برسلاو ۱۹۸۳) (به نقل از ابراهیمی و سامانی ۱۳۷۵) اگر چه محققان در مورد ارتباط این متغیرها نظریات متفاوتی دارند ، اما بر این موضوع که

این والدین و کودکان آنها در زندگی خانوادگی دچار مشکلات هستند توافق همگانی وجود دارد. نکته قابل توجه اینکه به رغم این پیامدهای شناخته شده، کوششهای ناچیزی در جهت کاهش تنشهای حاصل از آنها صورت گرفته است.

در تحقیقی که فولگوسی و همکاران (۱۹۹۶) بر روی دو گروه از والدین (یک گروه والدین بچه های با رشد فکری معمولی و گروه دوم و والدین بچه های با عدم توانایی فکری) از نظر صلاحیت و شایستگی مشخصی داشتند به این نتیجه رسیدند که یک اختلاف مهم قابل مشاهده بین این دو گروه از والدین بیشتر بر اساس صلاحیت بر نقش والدین عزت نفس، قدرت خود کنترل و نگران اجتماعی است والدین بچه های با رشد فکری دارای قدرت خود کنترلی و عزت نفس بیشتر می باشند و اظهار نگرانی کمتری نسبت به والدینی با بچه های با عدم توانایی پیشرفته دارند برآورده های والدین و معلمی از پرخاشگری بچه ها و بیش فعال بودن آنها نشان دهند برخوردهای مهم کمتری از این رفتارها در بچه هایی با رشد فکری معمولی است این مطالعه نشان می دهد که یک فشار و استرس دائمی کمتری به وسیله والدین با عدم توانایی فکری سبب کاهش خود اتکایی و اعماد به نفس می شود در تحقیق دیگری که آکک و همکاران (۱۹۹۶) بر روی ۱۴۲ نفر از والدین بچه های ترکیه ای (۸۰ مادر و ۶۲ پدر) با عدم توانایی فکری و اتیسم انجام داده اند به این نتیجه رسیدند که سن بچه نوع ناتوانی و تضادهای خانوادگی و عوامل خارجی به عنوان متغیرهای مهمی برای پدران آشکار شده اند و همچنین بیان داشتند که پدران و مادرانی با استرس بالا پیدا شده اند که این عوامل را به بدشانسی نسبت می دادند در زمینه بحران وجود کودک معلول ذهنی در خانواده در تحقیقی که وین گلدو هاورث (۱۹۵۳) تحت عنوان « راهنمایی گروهی والدین کودکان عقب مانده ذهنی » به انجام رساندند به این نتیجه رسیدند که بحران و مشکلات شخصیتی خانواده ناشی از واکنشی است که دیگران نسبت به کودک از خود بروز میدهند به این معنی که فرزند آنها از طرف گروههای مختلف طرد می گردد فشار گروه ها خواه واقعی باشد و خواه غیر واقعی اغلب والدین را به کناره گیری از تماس های عادی اجتماعی شان وادار می سازد خانواده بی اختیار گوشه گیر می شود و به دلیل

افزایش این طرد اجتماعی و گوشه گیری ، والدین تمایل به تمرکز دائمی و بیش از حد بر فعالیت های کودک پیدا می کنند این افزایش توجه و تمرکز به ناتوانی کودک موجب بروز اختلالات شخصیتی بیشتر والدین و خود کودک می شود از سوی دیگر رز (۱۹۵۸) عامل بحران را در آینده نگرى مادر نسبت به وضع کودک می بیند وی پس از بررسی های لازم در گزارشی تحت عنوان عواملی در رشد کودکان معلول ذهنی مشاوره با والدین کودکان معلول ذهنی خاطر نشان می سازد که عدم اطمینان از آینده کودک بر رابطه مادر کودک اثر مستقیم می گذارد.

مارگریت استون (۱۹۴۸) در مقاله ای تحت عنوان نگرش والدین به عقب ماندگی ذهنی خانواده های دارای فرزند عقب مانده ذهنی را به سه گروه تقسیم کرد گروه اول پدران و مادرانی که در زمینه عقب ماندگی ذهنی آگاهی نسبتاً کاملی دارند و بنا براین می کوشند تا تربیت و نگهداری کودک را در بهترین شرایط ممکن محقق سازند گروه دوم والدینی که نسبت به این پدیده اطلاع و آگاهی نسبی دارند و نسبت به درمان کودک خود امیدوار هستند دسته سوم والدینی که آگاهی آنها نسبت به این پدیده بسیار کم و ناچیز است و از قبول نابهنجاری رفتارهای کودک خود سرباز می زنند و با تمسک به علل و عوامل غیر منطقی عقب ماندگی فرزند خود را توصیه می کنند.

کانر (۱۹۵۳) ضمن تایید دسته بندی پیشنهادی مارگریت استون اظهار داشت که عکس العمل والدین در مقابل عقب ماندگی ذهنی فرزندشان با میزان آگاهی و واقع بینی آنها نسبت به این پدیده متفاوت است بعضی از آنها بکلی خود را می بازند احساس عجز و ناتوانی می کنند برخی دیگر واقعیت را دگرگون جلوه می دهند و به توجیه غیر منطقی متوسل می شوند و بالاخره گروهی با واقع بینی مسئله را بررسی می کنند و خود را به مشکل آن چنان که هست مواجه می سازند. گرایس ضمن بحث در همین زمینه در گزارش تحقیقی تحت عنوان در کنار بستر الگوی پذیرش والدین از کودک عقب مانده ذهنی ابراز میدارد که سازگاری والدین در چهار مرحله انجام می گیرد: در مرحله اول پدر و مادر احساس گناه و شرم می کنند در مرحله دوم به شناخت و درک مسئله توجه می کنند در مرحله سوم مشکل را آن گونه

می پذیرند و در مرحله چهارم به کودک خود کمک می کنند و برنامه های بهداشتی درمانی و مراقبت و آموزشی را طرح ریزی و اجراء می نمایند.

فرید (۱۹۵۵) می گوید: وقتی کودک عقب مانده ذهنی از طرف والدین طرد می شود والدین از اینکه احساس کودک را راجریحه دار می کنند بی اطلاع هستند این گونه والدین تصور می کنند که با تحت فشار گذاشتن کودک در خانه و سخت گیری به کودک به او کمک می کنند در حالی که چنین محیط ناآرام و سختی کودک را به جانب بسیاری از اختلالات عاطفی و خیم سوق میدهد معمولاً چنین والدینی توجه زیاد به رشد چنین کودکی از خود نشان میدهند اما این توجه اساساً انعکاس از ترس و وحشت و اختلال خود والدین می باشد.

زیرا که پدر و مادر معمولاً آگاه کودک را طرد می کنند و چون از چگونگی احساس خود نسبت به طفل بی اطلاع می باشند بنابراین خود مرتب دچار تضاد می گردند و این البته بستگی کامل به خصومت شخصی آنان دارد . در زمینه رابطه مذهبی بودن والدین و تاثیر آن در پذیرش معلولیت فرزند از سوی آنان (الیزابت کرام ۱۹۶۳) در تحقیقی تحت عنوان خانواده کودکان مبتلا به مونگولیسم در آمریکا نشان داد که ۱۲ درصد از خانواده هایی که فرزندی مبتلا به عقب ماندگی ذهنی از نوع مونگول داشتند، معتقد بودند که وجود این کودک را باید از راه تنبیه و کیفر الهی توجیه نمود.

در همین زمینه در تحقیقی که زاک تحت عنوان « عامل مذهب و نقش گناه در پذیرش معلولیت ذهنی فرزند از سوی والدین انجام داد و به مطالعه سابقه مذهبی ۷۶ مادر کودک عقب مانده ذهنی پرداخت نتایج ، اختلاف فاحشی بین والدین کاتولیک در میزان پذیرندگی و عدم پذیرش رانشان داد بدین معنی که هر چه خانواده ها گرایش مذهبی بیشتری داشتند میزان پذیرندگی آنان نسبت به فرزند معلول بیشتر بود زیرا آنان از احساس عاطفی حمایت کننده ای برخوردار می باشند یک مادر مذهبی این واقعیت را می پذیرد که وضعیت کودک نتیجه تصمیم یک مقام خاص ماوراء طبیعی و بالاتر می باشد . همچنین در این زمینه هاورث و همکاران (۱۹۹۶) در مصاحبه ای که با ۲۰۴ خانواده که دارای بچه

های عقب مانده ذهنی بودند ، اظهار میدارد، والدین مذهبی ، یعنی کسانی که خودشان را در موقعیت مذهبی بالایی می دانستند و به نکات مثبت و مهمی در مورد مذهب اشاره می نمودند ومذهب و امور مذهبی رابر خودامری واجب می دانستند سطح تنیدگی کمتری را تجربه می کنند.

کوهن ، (۱۹۶۲) مطرح می نماید که آنچه به عنوان اثر کودک معلول ذهنی مطرح است ، بحرانی درجهت دگرگون کردن عواطف نیست بلکه زمینه ای برای بروز اختلالات نهفته است بدین معنی که معلولیت ذهنی فرزند در خانواده هایی که عشق وعلاقه وعواطف مثبت حاکم است اثر چندانی نمی گذارد بلکه در مواردی که زن و شوهر بدون هیچگونه علائقی با هم ازدواج کرده و ظاهراً بدون هیچ مناقشه ای باهم زندگی می کنند وجود کودک معلول ذهنی صرفاً مشکلاتی را از حالت پنهانی به آشکارا می کشاند وخفیف تر هستند ودیرتر متوجه ناتوانی ها می گردند سخت تر درمان و مشاوره را می پذیرند همچنین در این زمین بلاچر وهمکاران (۱۹۷۸) بانجام تحقیقاتی بر روی کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ، اظهار داشتند که اثرات اولیه معلولیت فرزند در خانواده با افزایش سن فرزندمعلول کاهش می یابد .

۲-۹-۲ پژوهش های انجام شده در داخل کشور:

در ایران نظر به زمان کوتاهی که از توجه به پدیده عقب ماندگی ذهنی می گذرد تحقیقات در این زمینه بسیار محدود است .

در زمینه نگرش پدران کودکان عقب مانده ذهنی در مورد عقب ماندگی فرزندشان و مقایسه آنها در سطوح مختلف فرهنگی تحقیقی توسط داور منش (۱۳۵۹) صورت گرفته است که نتایج بدست آمده به شرح ذیل است :

درمورد مقصر اصلی عقب ماندگی ذهنی فرزندان ۲۶درصد از پدران ، مادر را مقصر قلمداد کرده اند ۲۸ درصد خود

را مقصر دانسته اند ۲۴ درصد خدا را عامل موثر دانسته اند و بقیه ۲۳ درصد عقب ماندگی ذهنی فرزند خود را معلول علت های دیگر معرفی کرده اند.

در مورد علاقمندی به فرزند عقب مانده ذهنی ۶۴ درصد از پدران نسبت به فرزند عقب مانده خود علاقمندی نشان دادند، ۳۰ درصد از آنان علاقمندی توأم با دلسوزی و ترحم ابراز نموده اند و فقط ۶ درصد از کل گروه نمونه اظهار علاقه کرده اند که کودک عقب مانده ذهنی از زندگی شان خارج شود حال به تحقیق دیگری تحت عنوان « مقایسه ادراکات والدین کودکان عقب مانده ذهنی که توسط گامز و همکاران (۱۹۴۶) انجام گرفته است می پردازیم:

محققین این تحقیق در آغاز ابرام می دارند که مطالعات متعددی که گویای ادراک و رفتار مادران نسبت به کودکان معلول ذهنی شان بوده انجام گردیده است اما این تحقیق ادراکات مادران و پدران را در چهارچوب نقش (اقتصادی - عاطفی) مقایسه می کند اگر چه نتایج این تحقیق از نظر آماری معنی دار نبود اما مستلزمات پنجاه خانواده دارای معلول گروه نمونه موید این بود که دیدگاه پدر نسبت به فرزند معلول بیشتر از مادر به سهم جنبه های اقتصادی است در حالیکه دیدگاه مادران عاطفی بود.

در تحقیقی که در مورد ادراکات والدین از نیازهای مربوط به مراقبت از کودکان عقب مانده ذهنی توسط نیاگاپوتا (۱۹۹۶) در کشور سریلانکا انجام گرفته ، نشان میدهد که نیاز اولیه والدینی که در جستجوی کمک هستند بدست آوردن هرچه بیشتر آگاهی در مورد مسائل کودکانشان و نیز کمک های قابل دسترس می باشد این امر شناسایی هر چه سریعتر عقب ماندگان ذهنی و آموزش والدی را ایجاد می کند به نظر می رسد که نیازهای والدین زمانی روشتر می شود که آنان درک درستی از مسائل کودکانشان داشته باشند.

دنهاف (۱۹۶۰) عقیده دارد که مادرانی که در سال های اولیه تولد فرزند خیل زود متوجه وضعیت کودکان (عقب مانده ذهنی) خود می گردند معمولاً با آزادی و راحتی بیشتری وجود کودک را تحمل می کنند از طرف دیگر مادرانی

که دارای کودکی با عقب ماندگی ذهنی ملایم ۵۵ درصد از گروه پرسواد و ۵۲ درصد از گروه با سوادان و وجود کودک عقب مانده ذهنی روی زندگی زناشویی والدین اثرات نامطلوب داشته است در صورتی که در گروه بی سوادان این مقدار به ۳۳ درصد می رسد.

در گروه بی سوادان ۸۳ درصد از پدران تصور می کنند اگر به کودکشان توجه و رسیدگی شود در آینده عادی خواهند شد در صورتی که چنین تصویری فقط در ۳۰ درصد با سوادان و ۲۲ درصد بی سوادان مشهود است .

مطالعات انجام شده در ایران (توسط حسینی وتشکری ، رفیق وشهیم و مهریار (۱۳۵۷) حاکی از آن است که عامل اجتماعی - اقتصادی مثل کمبود سواد ، فشارهای مالی وساعات طولانی کار ، از جمله متغیرهایی است که به روند رشد روانی اجتماعی اثر می گذارد.

همچنین براساس نتایج این تحقیقات والدین کودکان عقب مانده ذهنی در باب مسائل مربوط به پیشگیری آموزشی و امکانات موجود در جامعه آگاهی کافی نداشتند و همچنین نگران آینده فرزندان خود بودند و وجود مراکز گذران اوقات فراغت وذیربط با حرفه فرزندانشان مهمترین نیازهای ایشان را تشکیل می داد.

فصل سوم

روش

www.markozdaneesh.ir

مقدمه :

همچنان که در فصل اول آمده است این پژوهش سعی در بررسی و مقایسه ویژگی های شخصیتی پدران و مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر دارد.

مباحثی که در این فصل مطرح خواهد شد عبارتند از: طرح تحقیق، شیوه پژوهش، جامعه آماری، روش نمونه گیری، نمونه آماری، ابزار پژوهش و روش های آماری.

۱-۳ طرح تحقیق :

طرح کلی پژوهش حاضر تحقیق توصیفی از نوع علمی - مقایسه ای است که با روابط بین متغیرها، آزمون فرضیه ها، پروراندن مفاهیم و قوانین کلی سروکار دارد. در واقع اگر هیچگونه مشاهده یا تحلیل انجام نمی گرفت وقایعی که مشاهده و توصیف می شوند اتفاق می افتادند. تحقیق توصیفی شامل وقایعی است که از قبل اتفاق افتاده اند که ممکن است به وضعیت حال ارتباط داده شوند (جان ست ترجمه پاشا شریفی، طالقانی، ۱۳۷۳ در روش توصیفی از نوع مقایسه ای علاوه بر اینکه اطلاعات جمع آوری شده به صورت توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، با یکدیگر مقایسه می شوند (نادری، فراتی ۱۳۸۹).

۲-۳ شیوه پژوهش:

این پژوهش توسط نمونه گیری وارائه پرسشنامه هایی به آزمونی ها پس از آن مقایسه نتایج صورت گرفته است.

۳-۳ جامعه آماری :

جامعه آماری در این پژوهش را کلیه والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر شهرستان شاهین شهر تشکیل می دهد که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در آموزشگاه های استثنایی در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بوده اند.

۳-۴ نمونه آماری:

نمونه منتخب در این پژوهش عبارتند از ۳۰ نفر از والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی در سطح شهرستان شاهین شهر ۳ مدرسه می باشد که به دلیل کم بودن حجم جامع آماری تصمیم بر این شد که هر سه مدرسه را انتخاب نماییم و به منظور انتخاب افراد نمونه از هر مدرسه ۱۰ نفر از والدین دانش آموزان را به روشی تصادفی ساده انتخاب نمودیم. لازم به ذکر است که این افراد نمونه از میان والدین دانش آموزان (۷-۱۲) ساله عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و والدینی که دارای تک فرزند عقب مانده در خانواده می باشند انتخاب شده اند.

۳-۵ روش نمونه گیری :

روش نمونه گیری در این پژوهش روش تصادفی ساده بوده است. تعداد کل مراکز آموزش کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی در سطح شهرستان شاهین شهر سه مدرسه می باشد که به دلیل کم بودن حجم جامعه آماری تصمیم بر این شد که هر سه مدرسه را انتخاب نماییم و به منظور افراد نمونه از هر مدرسه والدین ده نفر از دانش آموزان (۷-۱۲) ساله عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و والدینی که دارای تک فرزند عقب مانده در خانواده می باشند انتخاب شده اند.

۳-۶ ابزار پژوهش :

در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه ویژگی شخصیت Scl-90-R استفاده شده است .

۳-۶-۱ پرسشنامه Scl-90-R :

پرسشنامه مورد استفاده دارای ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیمارانی جسمی و روانی طرح ریزی گردیده است .

فرم اولیه پرسشنامه توسط دراگویتس ، لیپن و کووی (۱۹۷۶) معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی از آن ، مورد تجدیدنظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردید. (درگامتیس ، ریکزوراک ، ۱۹۷۶) پاسخ های ارائه شده به هریک از سوال های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه از میزان ناراحتی که از هیچ تا خیلی زیاد می باشد مشخص می گردد.

هیچ (۰ نمره) ، کم (۱ نمره) ، تاحدی (۲ نمره) ، زیاد (۳ نمره) ، خیلی زیاد (۴ نمره)

این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال می باشد که از قسمت های مختلف شکایات جسمانی ، وسواس اجبار ، حساسیت در روابط متقابل ، افسردگی ، اضطراب ، خصومت ، ترس مرضی ، افکار پارانوئیدی ، روان پریشی و سوالات اضافی تشکیل شده است (نامداری ۱۳۷۹)

مدت زمان لازم برای اجرا حدود ۱۲ الی ۱۵ دقیقه می باشد. پرسشنامه مذکور حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزیابی قرار می دهد.

۲-۶-۳ روایی و اعتبار پرسشنامه Scl90-R

سنجش پایانی ابعاد ۹ گانه این آزمون از دو روش محاسبه پایانی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. نتایج تمام ضرایب به دست آمده برای ۹ بعد کاملاً رضایت بخش بوده است . بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹ و کمترین آنها روان پریشی با ۰/۷۷ بوده است (دراگویتس ، ریکزوراک ۱۹۷۶).

پایایی تست مجدد که ثبات آزمون رادرتول زمان می سنجد ، بر روی ۹۴ نفر بیمار روان نامتجانس و پس از یک هفته ارزیابی اولیه صورت گرفت. اکثر ضرایب دارای همبستگی بالا بین ۰/۷۸ تا ۰/۹ بوده اند (ناتالی ۱۹۷۰) .

در زمینه اعتبار همزمان ، (دراگویتس ، ریکزوراک ۱۹۷۶) این آزمون را به همراه MMPI بر روی ۱۱۹ آزمودنی

دوطلب اجرا نمودند. بالاترین همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۷۳٪ و کمترین همبستگی، ترس مرضی با ۳۶٪ بوده است.

۳-۶-۳ روش ارائه و نمره گذاری پرسشنامه Scl90-R

برای پرسشنامه مورد استفاده یک برگه به عنوان راهنما و یک برگه نیز جهت توجیه و دریافت مشخصات مورد نیاز افراد مورد نظر جامعه پژوهش در نظر گرفته شده است.

اولین مرحله درنمره گذاری این آزمون، انتقال ۹۰ سوال به فرم مخصوص پاسخ هاست. مرحله بعدی به دست آوردن جمع ضرائب ناراحتی برای هر یک از ابعاد ۹ گانه و سوالات اضافی آزمون است. این کار با جمع زدن کلیه شماره ها غیر از صفر در هر بعد انجام می شود. در سومین مرحله میزان جمع ناراحتی هر بعد را به استثنای سوالات اضافی بر تعداد سوال های آن بعد تقسیم نموده تا دو رقم اعشار ادامه می دهیم. در نتیجه نمره خام هر یک از ابعاد به دست خواهد آمد.

در مرحله چهارم جمع کل نمرات خام برای علائم ابعاد ۹ گانه و سوال های اضافی را محاسبه نموده عدد حاصل را بر ۹۱ تقسیم می کنیم تا معیار کلی علائم مرضی (GSI) به دست آید. در مرحله بعد باید تعداد پاسخ های مثبت علائم پاسخ هایی که غیر از صفر گرفته اند شمارش شوند تا جمع علائم مرضی (PST) به دست آید. اگر جمع کل نمرات خام را بر رقم حاصل از Pst تقسیم کنیم، مقدار معیار ضریب ناراحتی (PSDI) به دست خواهد آمد. اگر آزمونی به بیش از ۲۰٪ سوال های آزمون یا بیش از ۴۰٪ سوال های هر بعد پاسخ ندهد سنجش آزمون یا بعد مورد نظر معتبر نخواهد بود.

۷-۳: روش جمع آوری اطلاعات:

همان طور که ذکر شد نمونه کاری این پژوهش به طور تصادفی از میان والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش های استثنایی مقطع ابتدایی در سطح شهرستان شاهین شهر انتخاب شدند. روش کار به این صورت بود که پس از انتخاب تصادفی به آزمونی ها توضیحاتی راجع به اهداف پژوهش ارائه گردید و پس آنان را از محرمانه بودن اطلاعاتشان مطمئن ساخته و در آخر پرسشنامه در اختیار هریک نهاده شد. البته باید ذکر شود که جهت پاسخگویی مادران این دانش آموزان به مدرسه دعوی شدند و جهت توجیه پدران این پرسشنامه ها به همراه راهنما به منزل آنها ارسال شد.

۸-۳: شیوه آماری:

در این پژوهش به منظور تنظیم و طبقه بندی و تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از روش های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، و انحراف معیار و ...) و آمار استنباطی استفاده شده است. از آمار توصیفی جهت تهیه و تنظیم جداول فراوانی و ترسیم نمودار استفاده گردیده است. از آمار استنباطی برای استنباط نتایج حاصل از نمونه جهت تعمیم به جامع استفاده می گردد. در این پژوهش از آزمون مستقل جهت مشخص نمودن تفاوت بین میانگین های دو نمونه استفاده گردید.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

www.markazdanesh.ir

هدف از پژوهش حاضر بررسی ویژگی های شخصیت والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر می باشد و این فصل به تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده می پردازد.

فرض اصلی: بین میزان واکنش های روانی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان واکنش های روانی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن	۱۵	۱.۵۹	۱.۱۵
مرد	۱۵	.۶۷	.۴۴

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۵% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
واکنش های روانی Equal variances assumed	۹.۶۵	.۰۰۰	۲.۸۸۷	۲۷	.۰۰۸	۸۴۲۳۸.		۲۴۳۷۷.	۴۴۰۹۹۱.
واکنش های روانی Equal variances not assumed			۲.۸۰۷	۱۵.۸۳۱	.۰۰۱	۳۰۰۱۱.		۲۰۵۶۲.	۱.۴۷۹۱۴

جدول ۱-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های واکنش های روانی در پدران و مادران

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان واکنش روانی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان میدهد، فرض همگونی واریاسن ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > ۰.۰۵$ رد می کنیم و فرض برابری میانگین واکنش های روانی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر با توجه به $\text{sig} > ۰.۰۲۵$ (۲-tailed) رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان واکنش های روانی مادران ۱.۲۴ و پدران ۰.۳۹ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

آزمون های فرضیه های فرعی

فرض تحقیق ۱: بین میزان شکایات جسمانی در پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان شکایات جسمانی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تفاوت معنا داری وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن	۱۵	۱.۵۹	۱.۱۵
مرد	۱۵	.۶۷	.۴۴

Independent Samples Test

Independent Samples Test											
			Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۵% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
شکایت جسمانی	Equal variances assumed	۱۰.۹۷۷	.۰۰۳	۲.۸۸۰	۲۷	.۰۰۸	.۹۱۸۰۵	.۳۱۸۸۱	.۲۶۳۹۰	۱.۵۷۲۲۰	
	Equal variances not assumed			۲.۸۰۴	۱۶.۵۷۵	.۰۱۲	.۹۱۸۰۵	.۳۲۷۳۸	.۲۲۵۹۹	۱.۶۱۰۱۰	

جدول ۲-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران د رخرده آزمون شکایات جسمانی

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان شکایت جسمانی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت levene's test for equality variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان شکایت جسمانی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal variances not assumed با توجه به $\text{sig. (۲-tailed)} > 0.25$ رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان شکایت جسمانی مادران ۱.۵۹ پدران ۰.۶۷ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۲: بین میزان وسواس اجباری در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان وسواس اجباری در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن وسواس و اجبار	۱۵	۱.۵۲	۱.۳
مرد	۱۵	.۷۵	.۴۶

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	90% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
وسواس و اجبار Equal variances assumed	۱۱.۲۸۰	.۰۰۲	۲.۱۶۷	۲۷	.۰۳۹	.۷۷۴۷۶	.۳۵۷۵۹	.۰۴۱۰۵	۱.۵۰۸۴۸
Equal variances not assumed			۲.۱۰۷	۱۵.۹۹۸	.۰۵۱	.۷۷۴۷۶	.۳۶۷۷۰	-.۰۰۴۷۳	۱.۵۵۴۲۵

جدول ۳-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران در خرده آزمون وسواس اجبار

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان وسواس و اجبار پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت levene's test for equality variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان وسواس و اجبار پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal variances not assumed با توجه به $\text{sig. (2-tailed)} > 0.25$ قبول می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان وسواس و اجبار مادران ۱.۵۲ پدران ۰.۷۵ است که تفاوت چندانی ندارند.

فرض تحقیق ۳: بین میزان حساسیت در روابط متقابل در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان حساسیت در روابط متقابل در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن حساسیت در	۱۵	۱.۴۳	۱.۰۴۵
مرد روابط متقابل	۱۵	.۴۹	.۴۳۷

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۵% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
حساسیت در روابط متقابل	۷.۱۵۷	.۰۱۳	۳.۲۲۱	۲۷	.۰۰۳	.۹۴۶۱۴	.۲۹۳۷۳	.۳۴۳۴۵	۱.۵۴۸۸۳
			۳.۱۴۱	۱۷.۱۷۱	.۰۰۶	.۹۴۶۱۴	.۳۰۱۲۱	.۳۱۱۱۳	۱.۵۸۱۱۵

جدول ۴-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران در حساسیت در روابط متقابل

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان حساسیت در روابط متقابل پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان حساسیت در روابط متقابل پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (۲-tailed)} > 0.05$ رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان حساسیت در روابط متقابل مادران ۱.۴۳ پدران ۰.۴۹ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۴: بین میزان افسردگی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان افسردگی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن افسردگی	۱۵	۷۴۱.	۶۳۱.
مرد	۱۵	۷۴۹.	۲۰۴.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	90% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
افسردگی Equal variances assumed	۱۰.۴۱۵	.۰۰۳	۲.۸۵۸	۲۷	.۰۰۸	۱.۲۴۵۷۶	.۴۳۵۹۱	.۳۵۱۳۶	۲.۱۴۰۱۷
Equal variances not assumed			۲.۷۷۰	۱۴.۶۰۸	.۰۱۵	۱.۲۴۵۷۶	.۴۴۹۷۹	.۲۸۴۸۱	۲.۲۰۶۷۱

جدول ۴-۵: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران در خرده آزمون افسردگی

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان افسردگی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان افسردگی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (2-tailed)} > 0.25$ رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان افسردگی مادران ۱.۷۴ پدران ۰.۴۹ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۵: بین میزان اضطراب فوبیک در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان اضطراب فوبیک در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن اضطراب	۱۵	۱.۴۶	۱.۰۱
مرد	۱۵	.۵۹	.۴۹

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۵% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
اضطراب Equal variances assumed	۴.۹۶۴	.۰۳۴	۲.۹۷۲	۲۷	.۰۰۶	.۸۷۰۴۸	.۲۹۲۸۸	.۲۶۹۵۳	۱.۴۷۱۴۲
Equal variances not assumed			۲.۹۰۷	۱۸.۵۵۸	.۰۰۹	.۸۷۰۴۸	.۲۹۹۴۱	.۲۴۲۷۹	۱.۴۹۸۱۷

جدول ۴-۶: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران در خرده آزمون اضطراب

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان اضطراب پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان اضطراب پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig} > 0.05$ (۲-tailed) رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان اضطراب مادران ۱.۴۶ پدران ۰.۵۹ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۶: بین میزان پرخاشگری در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان پرخاشگری در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن	۱۵	۱.۳۶	.۹۹
مرد	۱۵	.۳۸	.۲۵

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	۱۰.۶۲۶	.۰۰۳	۳.۶۸۴	۲۷	.۰۰۱	.۹۸۰۵۷	.۲۶۶۱۹	.۴۳۴۴۰	۱.۵۲۶۷۴
Equal variances not assumed			۳.۵۶۹	۱۴.۴۸۴	.۰۰۳	.۹۸۰۵۷	.۲۷۴۷۶	.۳۹۳۱۲	۱.۵۶۸۰۲

جدول ۷-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های مادران و پدران در خرده آزمون پرخاشگری

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان پرخاشگری پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان اضطراب پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (2-tailed)} > 0.25$ رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان پرخاشگری مادران ۱.۳۶ پدران ۰.۳۸ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۷: بین میزان ترس مرضی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان ترس مرضی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن ترس	۱۵	۱.۰۹	۱.۲۴
مرد مرضی	۱۵	.۲۷	.۲۳

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۰% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	۱۷.۴۶۷	.۰۰۰	۲.۵۱۱	۲۷	.۰۱۸	.۸۱۴۸۸	.۳۲۴۵۱	.۱۴۹۰۴	۱.۴۸۰۷۲
Equal variances not assumed			۲.۴۲۸	۱۳.۸۱۰	.۰۲۹	.۸۱۴۸۸	.۳۳۵۵۷	.۰۹۴۲۳	۱.۵۳۵۵۳

جدول ۸-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های مادران و پدران در خرده آزمون ترس مرضی

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان ترس مرضی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان ترس مرضی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (۲-tailed)} > 0.25$ قبول می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان ترس مرضی مادران ۱.۰۹ پدران ۰.۲۷ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۸: بین میزان پارانوئیدی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان افکار پارانوئیدی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنی دار وجود ندارد.

Group Statistics				
انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	جنسیت	
۱.۰۲	۱.۵۶	۱۵	زن	افکار
.۸۱	.۹۹	۱۵	مرد	پارانوئیدی

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	90% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
افکار Equal variances assumed	.۴۰۳	.۵۳۱	۱.۶۸۴	۲۷	.۱۰۴	.۵۷۵۵۷	.۳۴۱۸۵	-.۱۲۵۸۴	۱.۲۷۶۹۸
پارانوئیدی Equal variances not assumed			۱.۶۷۰	۲۴.۸۲	.۱۰۷	.۵۷۵۵۷	.۳۴۴۶۳	-.۱۳۴۴۶	۱.۲۸۵۶۰

جدول ۹-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های پدران و مادران در خرده آزمون افکار پارانوئیدی

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان افکار پارانوئیدی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances قبول می کنیم و فرض برابری میانگین میزان افکار پارانوئیدی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (2-tailed)} > 0.25$ پذیرفته می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان افکار پارانوئیدی مادران ۱.۵۶ پدران ۰.۹۹ است که تفاوت چندانی ندارند.

فرض تحقیق ۹: بین میزان علائم روان پریشی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان علائم روان پریشی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن	۱۵	۱.۲۴	۱.۰۶۶
مرد	۱۵	.۳۹	.۳۶

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۵% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
بعد روان	۹.۶۵۹	.۰۰۴	۲.۸۸۷	۲۷	.۰۰۸	.۸۴۲۳۸	.۲۹۱۷۴	.۲۴۳۷۷	۱.۴۴۰۹۹
پیشی			۲.۸۰۷	۱۵.۸۳۱	.۰۱۳	.۸۴۲۳۸	.۳۰۰۱۱	.۲۰۵۶۲	۱.۴۷۹۱۴

جدول ۱۰-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های مادران و پدران در خرده آزمون روان پریشی

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان روان پریشی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{Sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances رد می کنیم و فرض برابری میانگین میزان روان پریشی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (۲-tailed)} > 0.25$ رد می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان روان پریشی مادران ۱.۲۴ پدران ۰.۳۹ است که تفاوت قابل ملاحظه ای دارند.

فرض تحقیق ۱۰: بین میزان سوال های اضافی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا داری وجود دارد.

فرض صفر: بین میزان سوال های اضافی در مادران و پدران دانش آموزان عقب مانده ذهنی تفاوت معنا دار وجود ندارد.

Group Statistics

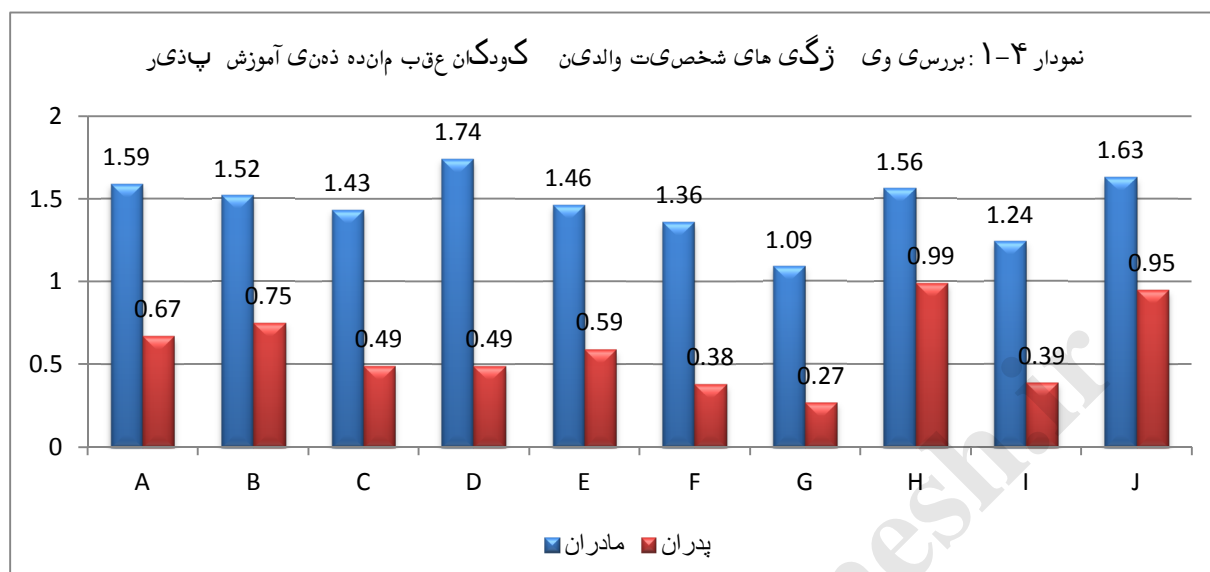
جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن سوالهای	۱۵	۱.۶۳	۱.۰۴
مرد اضافی	۱۵	.۹۵	.۶۱

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (۲-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	۹۵% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed سوالهای اضافی	۳.۴۶۴	.۰۷۴	۲.۱۶۸	۲۷	.۰۳۹	.۶۸۰۸۱	.۳۱۴۰۰	.۰۳۶۵۳	۱.۳۲۵۰۹
Equal variances not assumed			۲.۱۳۱	۲۰.۸۶۳	.۰۴۵	.۶۸۰۸۱	.۳۱۹۴۳	.۰۱۶۲۵	۱.۳۴۵۳۷

جدول ۱۱-۴: اطلاعات مربوط به مقایسه میانگین های مادران و پدران در خرده آزمون سوال های اضافی

در جدول بالا که آزمون t را برای مقایسه میانگین میزان سوال های اضافی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر نشان می دهد، فرض همگونی واریانس ها را با توجه به مقدار $\text{sig} > 0.05$ در قسمت Levene's Test For Equality Variances قبول می کنیم و فرض برابری میانگین میزان سوال های اضافی پدران و مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را در قسمت Equal Variances Not Assumed با توجه به $\text{sig. (۲-tailed)} > 0.05$ پذیرفته می شود. هم چنین در جدول بالا مشاهده می شود که میانگین میزان سوال های اضافی مادران ۱.۶۳ پدران ۰.۹۵ است که تفاوت چندانی ندارند.



A: شکایات جسمانی

B: وسواس - اجبار

C: حساسیت در روابط متقابل

D: افسردگی

E: اضطراب

F: پرخاشگری (خصومت)

G: ترس مرضی

H: افکار پارانویید

I: روان پریشی

J: سوالات اضافی

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۱-۵ بحث و نتیجه گیری:

معلولیت ذهنی کودک تاثیر نامطلوب روانی بر والدین برجای می گذارد و بسته به میزان آگاهی والدین وسن

تشخیص معلولیت می تواند منجر به بروز عکس العمل های ، متفاوتی در آنان گردد (ملک پور ، ۱۳۷۶)

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی های شخصیتی والدین عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۱۲-۷ ساله انجام

گرفت و پس از تحلیل یافته ها نتایج زیر بدست آمد.

میانگین نمره علائم روانی والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر در تست $Scl90-R$ ۹۹٪ می باشد

که نشان دهنده سلامت روانی آنان می باشد. تحقیقات دیگری در مورد عملکرد روانشناختی خانواده های دانش

آموزان معلول به عمل آمده است . کاراک (۱۹۸۶) دریافت که والدین دانش آموزان معلول نسبت به خانواده های

عادی در معرض تنیدگی بیشتری هستند. . اول : اینکه مذهب در ایران نقش مهمی در زندگی مردم ایفا می کند

براساس تحقیقات هاورث و همکاران (۱۹۹۶) والدین مذهبی سطح تنیدگی کمتری را تجربه می کنند. دومین

عامل موثر احتمالا سن دانش آموزان انتخاب شده می باشد ، این کودکان ۱۲-۷ ساله بوده و آموزش پذیر می

باشند. براساس تحقیقات بلاچرو همکاران (۱۹۸۷) اثرات اولیه معلولیت فرزند در خانواده با افزایش سن فرزند

معلول کاهش می یابد. همچنین آموزش پذیری این کودکان و دریافت این موضوع که آنها می توانند تا اندازه ای

در تحصیل و کار پیشرفت داشته باشند نیز عامل مهمی در کاهش تنیدگی واسترس این والدین می باشد. کما اینکه

رز (۱۹۵۸) عامل بحران را در آینده نگری ما در نسبت به وضع کودک می بیند.

همچنین بررسی و مقایسه علائم روانی پدران و مادران نشان داد که علائم روانی در مادران به طور معنا داری بیشتر

از پدران می باشد. در این مورد شاید بتوان گفت که چون مادران از حساسیت بیشتری نسبت به پدران برخوردارند

در این زمینه آسیب پذیر تر هستند تحقیقات کافمن و همکاران (۱۹۴۶) نشان میدهد دیدگاه مادران نسبت به

فرزند

معلول بیشتر عاطفی است و دیدگاه پدران بیشتر به سمت جنبه های اقتصادی می باشند. در تحلیل نتایج ۱۰ خرده

آزمون تست $Scl90-R$ در این والدین مشخص شد که در زمینه های شکایات جسمانی حساسیت در روابط متقابل،

افسردگی ، خصومت ، ترس مرضی ، و ، روان پریشی مادران به طور معنا داری بالاتر از پدران می باشد که همانطور که گفته شد این مساله می تواند به علت حساسیت عاطفی مادران نسبت به موضوع باشد.

در زمینه وسواس اجبار وافکار بارانویید و سوالات اضافی تفاوت معناداری بین دو گروه پدران و مادران دیده نشد.

۲-۵: محدودیت های پژوهش:

در هر تحقیقی مشکلات و دشواری ها و نیز محدودیت هایی وجود دارد که مانع دست یابی به نتایج بهتر می شود. برخی از این محدودیت ها با چاره جویی و ابتکار و برخی از طریق پایداری و تحمل و اراده ای قاطع قابل رفع است. ولی بالاخره مشکلات و دشواری هایی هم وجود دارد که لاقلاً در شرایط و امکانات موجود برای مدتی لاینحل خواهد بود. در هر صورت شناخت بهتر محدودیت ها محقق را در دفاع از یافته هایش مجهز تر می سازد. در این تحقیق هم پژوهشگر با محدودیت هایی روبرو بوده است که عبارتند از:

۱- محدودیت و کمبود منابع مورد تحقیق

۲- محدودیت زمانی برای انجام تحقیق با توجه به شرایط شغلی و دانشجویی

۳- محدودیت سنی برای انجام تحقیق زیرا کودکان ۷-۱۲ سال مورد آزمون قرار می گرفتند.

۴- محدودیت در تعداد مراکز آموزشی در سطح شهرستان شاهین شهر در نتیجه اندک بودن جامعه آماری و نمونه هایی.

پیشنهادهای:

۱- با توجه به اینکه والدین کودکان عقب مانده ذهنی نیازمند اطلاعاتی در مورد فرایند تحول، استعدادها، تواناییها و ناتوانیهای کودک خود هستند و این امر به خصوص برای والدین این گونه کودکان ضرورت دارد، و هم چنین با توجه به وجود بحرانی هایی که در شخصیت این والدین به سبب اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده وجود دارد، لذا نقش مشاوران کودکان استثنایی در این راستا مهم به نظر می آید. زیرا این متخصصان اغلب به طور مستقیم با والدین در ارتباط هستند و باید اطلاعات و مهارت های ویژه را به والدین ارائه و آموزش دهند و با استفاده از تکنیک های مشاوره ای در جهت کاهش تنیدگی در خانواده اینگونه کودکان بکوشند.

۲- با توجه به اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده لازم است ارگان های مربوطه نظیر سازمان استثنایی، بهزیستی، مقامات دولتی، نهاد های مذهبی و خیریه حمایت های کافی را از خانواده های معلولین ذهنی داشته باشند. زیرا حمایت از طرف دیگران یک تعدیل کننده تنیدگی خانواده و یکی از عوامل ایجاد سازش یافتگی است.

۳- با توجه به اثرات معلولیت ذهنی فرزند، اولیاء مدارس علاوه بر توجه به کودک معلول خانواده وی را مرکز توجه قرار دهند (محوری بودن خانواده) و سعی در برطرف نمودن مشکلات آنان نمایند.

۴- سازمان استثنایی و ارگان های مربوطه سعی در آموزش مهارتها به والدین کودکان عقب مانده ذهنی نمایند. این مهارتها شامل: مهارتهای ارتباطی، مهارتهای حل مشکلات، تکنیک های تصمیم گیری، مهارتهای کنترل و نظارت بر شبکه های حمایت اجتماعی و نظارت در امر برنامه ریزی آموزش انفرادی کودک می باشد. زیرا آموزش مهارتها به این والدین باعث افسردگی می شود.

این آموش ها، در ایفای نقش والدین و تعاملات اجتماعی نقش موثری دارد و باعث احساس اطمینان بیشتر می شود و در نهایت اینکه باعث کاهش تنیدگی در خانواده می گردد.

۵- بهتر است پژوهش حاضر در یک مطالعه مقایسه ای در والدین کودکان عادی و کودکان عقب مانده ذهنی انجام پذیرد.

۶- بهتر است پژوهش حاضر در یک مطالعه مقایسه ای در والدین پسران و دختران عقب مانده ذهنی انجام گیرد

پیوست

پرسشنامه Scl-Go-R

- ۱- آیا از هفته گذشته تا به امروز سر درد هایی داشته اید؟
- ۲- آیا بی جهت دلشوره دارید و توی دلتان می لرزد؟
- ۳- آیا افکار مزاحمی که دوست ندارید مرتباً وارد سر شما می شوند که ولتان نکنند؟
- ۴- آیا ضعف می کنید و سرتان گیج می رود؟
- ۵- آیا علاقه خود را نسبت به فعالیت ها و لذت های جنسی از دست داده اید؟
- ۶- آیا ایراد گیر شده اید؟
- ۷- آیا فکر می کنید که اختیار فکرهای شما به دست دیگران است یعنی اینکه افکار شما را دیگران کنترل می کنند یا با دستگاههایی از راه دور مغز یا فکر شما را در اختیار خود دارند؟
- ۸- آیا احساس می کنید به خاطر بیشتر گرفتاری های شما دیگران را باید سرزنش کرد؟
- ۹- آیا فراموش کار شده اید؟
- ۱۰- آیا از ریخت و پاشیدگی ها در اطراف و سرسری گرفتن دیگران ناراحت می شوید؟
- ۱۱- آیا زود دلخور و عصبانی می شوید؟

۱۲- در هفته گذشته تا امروز در ناحیه قلب یا سینه احساس درد هایی داشته اید؟

۱۳- آیا از رفتن به جاهای وسیع یا کوچه و بازار می ترسید؟

۱۴- آیا در هفته گذشته تا امروز خودتان را کم قوه حس می کنید و یا کند شده اید؟

۱۵- آیا فکر اینکه به زندگیتان خاتمه بدهید به سرتان آمده است؟

۱۶- آیا صداهایی به گوش شما می رسد که دیگران آن ها را نمی شنوند؟

۱۷- آیا لرزش دارید؟

www.markazdanesh.ir

- ۱۸- آیا احساس می کنید که به بیشتر مردم نمی توان اعتماد کرد؟
- ۱۹- آیا بی اشتها شده اید؟
- ۲۰- به زود به گریه می افتید؟
- ۲۱- آیا در برابر جنس مخالف احساس ناراحتی می کنید و خجالت می کشید؟
- ۲۲- آیا احساس می کنید طوری گیر افتاده اید که نه راه پس دارید و نه راه پیش؟
- ۲۳- آیا ناگهان و بدون هیچ علتی میترسید؟
- ۲۴- آیا ناگهان آن چنان از کوره در می روید که نمی توانید جلوی خودتان را بگیرید؟
- ۲۵- آیا می ترسید تنها از خانه بیرون روید؟
- ۲۶- آیا خود را برای هر چیزی سرزنش می کنید؟
- ۲۷- آیا کمر درد دارید؟
- ۲۸- آیا احساس می کنید که کارهایتان پیشرفت نمی کند مثل اینکه گره در کارتان افتاده باشد؟
- ۲۹- آیا احساس تنهایی می کنید؟
- ۳۰- آیا احساس غمگینی می کنید؟
- ۳۱- آیا برای هر چیز کوچکی زیاد دل نگران می شوید؟
- ۳۲- آیا نسبت به همه چیز بی علاقه شده اید؟
- ۳۳- آیا همیشه احساس ترس می کنید؟
- ۳۴- آیا زود می رنجید آیا احساس و زود رنج شده اید؟
- ۳۵- آیا دیگران از فکرهای شما بدون اینکه به آن ها بگویید با خبر می شود؟

- ۳۶- آیا فکر می کنید که دیگران حرف های شما را نمی فهمند؟
- ۳۷- آیا فکر می کنید رفتار مردم نسبت به شما غیر دوستانه است؟
- ۳۸- آیا برای اینکه کارها را درست انجام دهید مجبور هستید خیلی آهسته کار کنید؟
- ۳۹- آیا قلبتان تند می زند و طپش دارد؟
- ۴۰- آیا در هفته گذشته تا امروز حال تهوع یا دل آشوبی داشت اید؟
- ۴۱- آیا در میان کسان یکه مثل شما هستند احساس می کنید از آن ها کمتر هستید؟
- ۴۲- آیا در عضلاتتان احساس کوفتگی می کنید؟
- ۴۳- آیا احساس می کنید که دیگران شما را زیر نظر دارند و درباره شما با دیگران حرف می زنند؟
- ۴۴- آیا دیر خوابتان میبرد؟
- ۴۵- وقتی کاری را انجام می دهید آیا مجبور هستید چند بار آن را تکرار کنید تا مطمئن شوید درست است؟
- ۴۶- آیا تصمیم گرفتن بایتان مشکل است؟
- ۴۷- آیا از مسافرت با اتوبوس یا قطار یا هر وسیله نقلیه عمومی دیگر می ترسید؟
- ۴۸- آیا دچار تنگی نفسی هستید؟
- ۴۹- آیا ناگهان احساس می کنید گر گرفته اید (داغ شده اید)؟
- ۵۰- آیا مجبور هستید بعضی کارها را نکنید یا بعضی جاها نروید برای اینکه از آن ها بی دلیل می ترسید؟
- ۵۱- آیا اتفاق می افتد حس کنید که نمی توانید فکر بکنید مثل اینکه سرتان از فکر خالی است؟
- ۵۲- آیا قسمت هایی از بدنتان خواب می رود یا سوزن سوزن می شود؟
- ۵۳- آیا گاهی احساس می کنید که چیزی راه گلویتان را گرفته است؟
- ۵۴- آیا نسبت به آینده نا امید هستید؟
- ۵۵- آیا وقتی کاری را انجام می دهید برایتان مشکل است که تمام حواستان را جمع کنید؟

- ۵۶- آیا در بعضی از قسمت های بدنتان احساس ضعف می کنید؟
- ۵۷- آیا عصبی هستید و زود از جا رد می روید؟
- ۵۸- آیا در دست ها و پاها احساس سنگینی می کنید؟
- ۵۹- آیا فکرهای زیادی راجع به مرگ و مردان دارید؟
- ۶۰- آیا پرخوری می کنید؟
- ۶۱- آیا آیا وقتی توجه مردم به شماست یا درباره شما در حضور خودتان حرف می زنند ناراحت می شوید ؟
- ۶۲- آیا بعضی وقت ها حس می کنید فکرهایتان مال خودتان نیست یا آن ها را توی سرتان گذاشته اند؟
- ۶۳- آیا احساس می کنید که میل شدیدی به کتک زدن و آسیب رساندن دیگران دارید؟
- ۶۴- آیا صبح ها زود تر از آن چه عادت داشته اید بیدار می شوید؟
- ۶۵- آیا خود را مجبور به تکرار بعضی کارها مانند شستن ، شمردن یا دست زدن به چیزهایی می بینید؟
- ۶۶- آیا بد خواب هستید؟
- ۶۷- آیا گاهی حس می کنید دلتان می خواهد چیزی را پرت کنید و بشکنید؟
- ۶۸- آیا فکرها و عقیده های مخصوص به خود دارید که هیچ کس آن ها را قبول ندارند؟
- ۶۹- آیا وقتی با دیگران هستید زیاده از حد در فکر و رفتارتان مراقب هستید که مبدا کاری کنید که آبرویتان برود؟
- ۷۰- آیا وقتی در جمع مردم هستید احساس ناراحتی و غریبگی می کنید؟
- ۷۱- آیا انجام هر کار به نظرتان مشکل است؟
- ۷۲- آیا ناگهان دچار هول شدید می شوید؟
- ۷۳- آیا در بین جمعیت از اینکه چیزی بخورید یا بیاشامید ناراحت می شوید؟

- ۷۴- آیا زیادی درگیر می شوید و جرو بحث می کنید؟
- ۷۵- آیا وقتی تنها می مانید می ترسید؟
- ۷۶- آیا دیگران قدر و قیمت کارهای شما را نمی دانند؟
- ۷۷- آیا در میان جمع هم خود را تنها حس می کنید؟
- ۷۸- آیا روزها طوری بی قرار و ناآرام می شوید که نمی توانید یک جا بنشینید؟
- ۷۹- آیا فکر می کنید آدم به درد نخور و بی ارزشی شده اید؟
- ۸۰- آیا فکر می کنید چیزهای آشنا به نظرتان ناآشناست؟
- ۸۱- آیا زود داد و فریاد راه می اندازید و چیزها را پرت می کنید؟
- ۸۲- آیا می ترسید که مبدا در انتظار مردم غش کنید و بیفتید؟
- ۸۳- آیا حس می کنید که اگر به دیگران زیاد رو بدهید از شما سوء استفاده می کنند؟
- ۸۴- آیا افکاری در رابطه با مسائل جنسی دارید که بیش از اندازه شما را ناراحت می کند؟
- ۸۵- آیا فکر می کنید آن قدر گناه کارید که باید عذاب و عقوبت ببینید؟
- ۸۶- آیا احساس می کنید مجبور هستید کارهایی را انجام دهید؟
- ۸۷- آیا خیال می کنید عیب و نقص یا اختلال عمده ای در بدنتان پیدا شده است؟
- ۸۸- آیا نزدیک و صمیمی شدن با افراد برایتان خیلی مشکل است؟
- ۸۹- آیا نزدیک و صمیمی شدن با افراد برایتان خیلی مشکل است؟
- ۹۰- آیا بیشتر اوقات احساس تقصیر و گناه می کنید؟

فهرست

منابع

www.markazdanesh.ir

۱- ابراهیمی درچه، علی اکبر و سامانی سیامک (۱۳۷۵). نقش مشاوران کودکان استثنایی در آموزش والدین آن ها. نشریه پیوند، شماره ۱۹۸

۲- ابراهیمی درچه، علی اکبر و سامانی سیامک (۱۳۷۵). نیاز های دانش آموزان استثنایی و خانواده های آن ها نشریه پیوند، شماره

۳- ابراهیمی درچه، علی اکبر و باقریون، آمنه (۱۳۷۵). مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی (چاپ نشده). اصفهان: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

۴- اخوت، ولی الله و جلیلی، احمد (۱۳۶۲). افسردگی. تهران: نشر البرز

۵- افروز، غلامعلی (۱۳۶۶). ملاحظاتی درباره مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی نشریه علوم تربیتی ، فصلنامه علمی و پژوهشی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تهران، سال دهم ، شماره ۱-۲.

۶- بهرامی، هادی (۱۳۷۸). آزمون های روانی مبانی نظری و فنون کاربردی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی

۷- دلاور، علی (۱۳۷۴). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

۸- دلاور، علی (۱۳۷۵) روش های آماری در روان شناسی و علوم تربیتی (چاپ هشتم). تهران : دانشگاه پیام نور

۹- راس، الن. ا (۱۳۷۳). روان شناسی شخصیت. ترجمه سیاوش جمالفر. تهران : انتشارات بعثت.

۱۰- رابینسون، نانسی ام، رابینسون، هالبرت بی (۱۳۷۷). کودک عقب مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر. مشهد: آستان قدس رضوی

۱۱- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۷۳). خلاصه روان شناسی (چاپ دوم جلد دوم). ترجمه نصرت الله پور افکاری. تبریز: انتشارات آزاده.

۱۲- نادری، عزت الله وسیف فراقی، مریم (۱۳۸۸). روش های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی.

تهران: ارسباران

۱۳- هالان، دانیل پی و کافمن، جیمز - ام (۱۳۷۲). کودکان استثنایی مقدمه ای بر آموزش های ویژه. (چاپ دوم). ترجمه ی مجتبی جوتدیان. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

www.markazdanesh.ir

منابع خارجی

۱. AKKOK, Fu sun & other (۱۹۶۶). The relation ship between stress and the Causal Attribution Of Mothers Fathers Of Children With Mental Disabilities And Autism. Paper Presented At The Annual World Congress Of The International Association disabilities (۱۰ th. Helsinki,finland , july intellectual For the scientific study of ۸-۱۳, ۱۹۹۶).

۲- Fulgosi, Masnjak, Rea & Others (۱۹۹۶). The Connection Between Some Dimensions Of Perceived Personal Competence And Permanent Low Intensity Strees In Parents Of Children With Intellectual Disabilities. Paper Presented At The Annual World Congress Of The International Association For The Scientific Study Of Intellectual Disabilities (۱۰ th , Helsinki,finland, july ۸-۱۳,۱۹۹۶).

۳- Haworth; Allisen, M & Others(۱۹۹۶). Measuring Religiousness Of Parents Of Children With Developmental Disabilities . Mental Retar Dation ; ۷۳۴ n۵ p۳۷۱-۷۹ oct ۱۹۹۶.

۴- liewellyn. Gwynnyth (۱۹۹۶). Support and service needs of parents of With Intelle Ctual Disability: Parent Perspectives. Paper Presented At The Conference On Parenting With Intehhectual Disability (Denmark , September ۲۸-۲۹,۱۹۹۶).

۵-mcconell , david & others(۱۹۹۷). Providing services for parents with Intellectual Disability. Journal Of Intellectual And Developmental Disability: ۷۲۲ n۱ p۵- ۱۷ mar ۱۹۹۷.

پایان

www.markehdanesh.ir