

## مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر ذهنی با مادران کودکان عادی در شهرستان گناباد

علی ایزدیار<sup>\*1</sup>

دکتر هادی محمدپور<sup>2</sup>

دکتر محمودپناهی شهری<sup>3</sup>

### چکیده

فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی‌های فراوانی همراه است. علی رغم این مشکلات، باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود. پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عقب مانده آموزش‌پذیر با مادران کودکان عادی در بین دانش‌آموزان مدارس استثنایی و عادی در شهرستان گناباد می‌پردازد. آزمون بین 66 نفر مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر از بین دانش‌آموزان مدارس استثنایی و 66 نفر مادران کودکان عادی آموزش‌پذیر از دانش‌آموزان مدارس عادی اجرا شده است که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. در این پژوهش با توجه به مقیاس‌های MMPI (3 مقیاس روایی و 6 مقیاس بالینی) بین دو گروه مورد مقایسه، مشخص شد که مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر بیشتر از مادران کودکان عادی، علائم اختلالات رفتاری از قبیل آشفتگی فکری و هیپوکندریا، هیستری، پسیکوپاتی، پسیکاستنی و هیپومانیا را از خود نشان می‌دهند. سایر یافته‌های پژوهش نیز نشان داد میزان تحصیلات و درآمد ماهیانه مادران کودکان آموزش‌پذیر کمتر از مادران کودکان عادی می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات رفتاری، مادران کودکان استثنایی، کم توان ذهنی آموزش‌پذیر

<sup>1</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحداثبات، قائنات، ایران (نویسنده مسؤول) Ali.Izadyar60@gmail.com

<sup>2</sup> - استادیار دانشکده آموزش عالی گناباد

<sup>3</sup> - استادیار دانشگاه پیام نور شهرستان گناباد

## مقدمه

در محیط خانه و اجتماع برجسته‌ترین نقش، نقش تربیتی مادر است. اهمیت این نقش از آن‌جا روشن می‌شود که، کودک نخستین بار در آغوش مادر قرار می‌گیرد و آداب و رسوم اجتماعی را از او می‌آموزد. همچنین مادران به لحاظ عواطف خالصانه خود پناهگاه مطمئنی برای کودکان هستند و کودک هر زمانی که احساس ناامنی می‌کند ابتدا به مادر پناه می‌برد و امنیت مورد نظر خود را در آغوش وی جستجو می‌کند. اینجاست که نقش تربیتی مادر به عنوان اصلی‌ترین کانون تربیت، خود را نشان داده و باید به دقت مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. تولد هر کودک می‌تواند انتظار یک حادثه دلپذیر و یا برعکس یک تجربه هیجانی استرس‌آمیز برای والدین باشد. والدین در انتظار یک کودک سالم می‌باشند اما وقتی او با یک ناتوانی متولد می‌شود، رویاها و خیال‌پردازی‌ها ممکن است دردناک باشد (باقری، 1373). در حقیقت تولد یک کودک عقب مانده ذهنی نمایش‌گر مرگ ایده‌های والدین بخصوص مادران، از آنچه کودک آن‌ها باید می‌بود و ایجاد این باور که زندگی آن‌ها به آن آزادی که آن‌ها تصور می‌کردند نیست (مورگاتی و ولف<sup>1</sup>، 1993). عقب ماندگی ذهنی یا به اصطلاح دیگر نارسایی رشد قوای ذهنی، موضوع تازه و جدیدی نیست بلکه در هر دوره و زمان افرادی در اجتماع وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت‌های ذهنی در حد طبیعی نبوده‌اند. عقب ماندگی ذهنی در 3-2 درصد کل یک جامعه دیده می‌شود و مشکل بزرگی برای هر جامعه‌ای به حساب می‌آید (حسینی، 1380). به طور کلی عقب ماندگی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر ایجاد مشکل در شرایط مختلف قبل از تولد و هنگام تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید. محققان تعلیم و تربیت با دیدگاه آموزش و پرورش افراد عقب مانده ذهنی را معمولاً به چهار گروه تفکیک می‌کنند: گروه دیر آموز، گروه افراد عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، گروه افراد عقب مانده تربیت پذیر، گروه عقب مانده پناهگاهی و کاملاً متکی و یا به عبارت دیگر حمایت پذیر.

کودک استثنایی و والدین نه تنها بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تاثیر قرار می‌دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر بیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که موجب اختلال‌های رفتاری خانواده می‌گردد.

<sup>1</sup>-Murgatty and Wolf

فارب<sup>1</sup> (1975) داده‌های جالبی در باب خواهران و برادران کودکان عقب مانده گردآوری کرد. او بیان می‌دارد که اثر کودکان عقب مانده بر خواهران و برادران‌شان متفاوت از اثری است که بر والدین دارند؛ به تصور او هر خانواده متشکل از تعدادی رابطه سه شخصی یا سه تایی است که مرکب از والدین و یک کودک است. هر خانواده به اندازه کودکانی که دارد دارای رابطه سه تایی است و والدین مرکز سازماندهی این روابط می‌باشند. تحت چنین شرایطی خواهران و برادران اثرات کودک عقب مانده را به گونه‌ای که توسط والدین به آن‌ها انتقال می‌یابد حس می‌کنند. میزان وابستگی کودکان عقب مانده به خواهران و برادران‌شان زیاد می‌باشد و هرچه کودکان جوان تر و وابسته تر باشند، اثرات زیان‌بارتری بر روی خواهران و برادران خود دارند.

اما درصد بالایی از تحقیقات انجام شده در زمینه پدیده کودک استثنایی به اثرات وجود این گونه کودکان بر خانواده به ویژه مادران اختصاص پیدا کرده است که در پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه مادران گروه عقب مانده ذهنی آموزش پذیر با مادران کودکان عادی پرداخته می‌شود. این گروه حدود 2 درصد از کل کودکان سنین مدرسه را تشکیل می‌دهند. بهره هوشی آنان حدود 70-50 درصد می‌باشد (راینسون<sup>2</sup>، 1975). به دلیل آن که شناسایی و تشخیص دقیق کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر در سنین پایین به ویژه قبل از دبستان و دوره‌های اول دبستان بسیار مشکل می‌باشد. تعداد قابل توجهی از آنان در مدارس معمولی ثبت نام می‌کنند البته به تدریج همزمان با پیچیدگی نسبی محتوای دروس به ویژه در اواخر کلاس اول و کلاس دوم به بعد ناتوانی ذهنی این قبیل از دانش‌آموزان بیشتر آشکار گشته و شناسایی و تشخیص آن‌ها آسان تر می‌شود. مطالعه در پیشینه تحقیق نشان می‌دهد که مادران کودکان ناتوان، دارای استرس و بحران‌های روانی بوده‌اند و وجود کودک ناتوان سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند و غالباً تاثیر منفی بر آن‌ها دارد (سالویتا، آیتالینا و لینون<sup>3</sup>، 2003؛ رونیت<sup>4</sup>، 2002؛ میننس<sup>5</sup>، 1985؛ گوپتا و سینگهل<sup>6</sup>، 2004؛ شریفی درآمدی، 1381؛ و ایلالی، 1376).

<sup>1</sup>-Farber

<sup>2</sup>-Robinson

<sup>3</sup>-Salovita, Italinna and Leinonen

<sup>4</sup>-Ronit

<sup>5</sup>-Minnes

<sup>6</sup>-Gupta and Singhl

عباسی، فداکار سوقه، خالق دوست محمدی، صدیقی و عطرکار روشن (1389) نیز نشان دادند که استرس اقتصادی مادران به طور معنی‌داری به حمایت‌های کسب شده آن‌ها بستگی دارد و مادرانی که از حمایت‌های خانواده برخوردار بوده‌اند، نسبت به مادرانی که از این حمایت‌ها بهره‌مند نبودند، استرس اقتصادی کمتری داشتند. در تحقیقاتی که به بررسی وضعیت اجتماعی- اقتصادی والدین کودکان عقب مانده ذهنی پرداخته، نشان داد که خانواده‌های کودکان عقب مانده به طور معناداری از نظر اقتصادی در مقایسه با سایر والدین در وضعیت نامساعدی قرار دارند و با فشار مالی زیادی در زندگی خود مواجه هستند (امرسون<sup>1</sup>، 2003).

خجسته (1383) در مطالعه خود دریافت که بین اجتماعی شدن و ویژگی‌های شخصیتی مادران در زمینه اعتماد به نفس در خانواده‌هایی که از فرزند عقب مانده ذهنی خود نگه‌داری می‌کنند با خانواده‌هایی که موسسه از فرزند عقب مانده ذهنی آن‌ها نگه‌داری می‌کنند تفاوت معنادار وجود دارد. مطالعاتی که در مورد تاثیر تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی بر خانواده انجام گرفته است نشان می‌دهد که در مورد مادران سطوح بالایی از فشار روانی، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی و همچنین فرصت کمتری برای خود و همچنین سلامت جسمی و خلیات سطح پایین دارند (منصف زاده تبریزی، 1377).

در بررسی شیوع مشکلات روانی و اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی، که در شهرستان اصفهان بر روی 120 نفر از والدین کودکان عقب‌مانده انجام شد، نتایج نشان داد که 45/6% مادران و 38/4% پدران به ترتیب از مشکلات روانی‌شدید و متوسط رنج می‌بردند (قضاوی و نصیری، 1373). همچنین بررسی‌های انجام یافته ایزنهاور و همکاران<sup>2</sup> (2005) نشان داد مادران دارای فرزند کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی و روان شناختی پایین‌تر و اضطراب و افسردگی بالاتری دارند. همچنین در تأیید این مطلب، دوریس<sup>3</sup> (1995) اظهار می‌دارد، والدین کودکان عقب مانده ذهنی اغلب دچار استرس و اضطراب می‌شوند و شواهد نشان می‌دهد که مادران بیشتر تحت تاثیر کودک قرار می‌گیرند تا دیگر اعضا خانواده، زیرا نیازها و زحمات‌ها بیشتر توسط مادران برآورده می‌شود (روحانی، 1377) و پدرها مسؤولیت

<sup>1</sup>-Emerson

<sup>2</sup>-Eisenhower et al

<sup>3</sup>-Doris

کمتری برای کودک عقب مانده خود نسبت به سایر کودکان سالم آن خانواده دارند و مادرها وقت بیشتری صرف این کودکان می کنند.

نتایج تحقیقات اثباتی (1376) نشان داد که وجود کودک عقب مانده سبب به وجود آمدن واکنش های هیجانی و غیرطبیعی در بین والدین بخصوص مادر می شود. همچنین به علت این که والدین بیشتر وقت خود را برای مراقبت فرزند عقب مانده شان صرف می کنند تا حدودی سبب ایجاد اختلالات روانی و رفتاری در خواهران و برادران کودک عقب مانده می شوند. همچنین مطالعات ایشان نشان داد که مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی ناهماهنگی هایی در زمینه زناشویی داشتند.

در بررسی اثر معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده در 800 خانواده دارای فرزند عقب مانده و سالم، این نتیجه حاصل شده که در خانواده هایی که فرزند عقب مانده دارند 40 درصد مادران خود را بیمار معرفی کردند، در حالی که در گروه نمونه 16 درصد ابراز بیماری کردند. با این که دو گروه از نظر سن، تعداد فرزندان و محل سکونت یکسان بودند، آزمون آماری اختلاف معناداری را نشان می دهد. به طوری که می توان گفت وجود فرزند معلول ذهنی بشدت بر سلامت جسمانی و روانی مادر تاثیرگذار بوده و باعث کاهش مقاومت آنان در مقابل ابتلا به بیماری ها شده و در نتیجه نسبت بیماری را در آن ها افزایش می دهد (داورمنش، 1375).

براساس مطالعه منابع مختلف و اهمیت نقش مادر در خانواده، پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر گناباد با مادران کودکان عادی در بین دانش آموزان مدارس استثنایی و عادی در شهرستان گناباد می پردازد.

## ابزار و روش

در این پژوهش 132 نفر از مادران با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. دلیل این انتخاب برای رعایت شرط همگن بودن در جامعه می باشد؛ در این روش جامعه را به قسمت هایی که اصطلاحاً خوشه نامیده می شود تقسیم می کنند مبنای تشکیل خوشه ها براساس جامعه مادران انتخاب شده است، خوشه ها باید کل جامعه را پوشش دهند و فاقد هم پوشانی باشند. در این میان 66 نفر مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر می باشند که از بین دانش آموزان مدارس استثنایی به صورت تصادفی

انتخاب و 66 نفر مادران کودکان عادی آموزش‌پذیر، که از بین دانش‌آموزان مدارس عادی به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. به منظور گردآوری داده‌ها و مقایسه مادران دو گروه از چند روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. یکی از این روش‌ها فرم مشخصات فردی مادران می‌باشد؛ که توسط نویسندگان تدوین شده است. در این فرم اطلاعاتی از قبیل جنسیت فرزند، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، تعداد فرزندان، نحوه تولد کودک و مشکلات دوران بارداری آمده است. ابزار دوم گردآوری اطلاعات پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) می‌باشد.

از طرفی با توجه به این که محقق هیچ‌گونه کنترلی روی متغیرهای درگیر نداشته و سعی دارد از معلول به علت احتمالی دست یابد، لذا تحقیق حاضر از نوع تحقیقات پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) می‌باشد. در این روش پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی علل احتمالی وقوع آن می‌پردازد. به عبارت دیگر تحقیق علی-مقایسه‌ای گذشته‌نگر بوده و علت و معلول را پس از وقوع مورد بررسی قرار می‌دهد.

پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) که در دهه 40 میلادی توسط دو تن از پژوهشگران دانشگاه مینه‌سوتای آمریکا به نام‌های دکتر استارک هاتوی و دکتر مک کینلی ارائه شد. آزمون نوشتاری شخصیت شامل 550 پرسش است. آزمودنی‌ها باید از بین سه پاسخ درست، غلط یا نمی‌توانم پاسخ دهم، یکی را انتخاب کنند. وقتی که به آزمون نمره داده شد، نیمرخ شخصیت براساس ده مقیاس بالینی به دست می‌آید که هر کدام جنبه‌ای از سلامت روانی را اندازه‌گیری می‌کنند؛ علاوه بر این سوالاتی در این فرم با توجه بر فرهنگ غربی گنجانده شده بود که مطابقتی با شرایط فرهنگی ایران نداشت. از این رو اجرای این آزمون آن چنان که انتظار می‌رفت، نمی‌توانست منعکس کننده شخصیت یک فرد ایرانی باشد. با در نظر گرفتن این مسائل دکتر اخوت، براهنی، شاملو و نوع‌پرست، 71 سؤال از پرسشنامه MMPI را اقتباس و با در نظر گرفتن فرهنگ ایرانی آن را در فرم کوتاهی تدوین و یک رشته فعالیت‌های پژوهشی را آغاز کردند.

پرسشنامه چند وجهی شخصیتی دکتر محمدنقی براهنی و شادروان دکتر ولی‌اله اخوت (1371) که برای این آزمون انتخاب شده است دارای 3 مقیاس روایی و 6 مقیاس بالینی است و اطلاعاتی را درباره رویکرد آزمودنی نسبت به آزمون فراهم می‌کند (جدول 1).

در تحقیق حاضر جهت بررسی اختلالات رفتاری مادران از فرم کوتاه شده MMPI استفاده شده است. البته مقیاس‌های پارانویا (PA) و اسکنیروفرنیا (SC) از تحقیق حذف شده‌اند.

شایان ذکر است تجزیه و تحلیل داده‌ها و مقایسه گروه‌های مستقل مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر و مادران کودکان عادی در 9 مقیاس MMPI به وسیله آزمون t و برای توصیف داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها از نرم‌افزار SPSS18 استفاده شده است.

جدول(1):تعریف مقیاس‌های روانی و بالینی

تعریف	مقیاس	
نشان می‌دهد که شخص تا چه اندازه سعی می‌کند به شیوه‌ای آشکار خود را خوب جلوه دهد. هر اندازه مقیاس برافراشته‌تر باشد ادعای فرد درباره برخورداری از رفتار جامعه پسند بیشتر است. هر اندازه این مقیاس پایین‌تر باشد، شخص تمایل بیشتری دارد که به نقاط ضعف خود اعتراف کند.	دروغ یاب (L)	بازرسی روان شناختی
به طور کلی مقیاس احساس بد یا نابسامدی است، این مقیاس میزان پاسخ‌های نامتداول و غیرعادی را می‌سنجد. در مشخص کردن بی‌سوادی، تمارض، هول، اغتشاش شعور، سایکوز و فرآیندهای شخصیتی مهم است. نمرات بالا نشان دهنده طرز فکر نامعمول، مشکل هویت‌یابی یا اضطراب شدید است. نمرات پایین فرد بهنجاری را نشان می‌دهد که فارق از فشارهای روانی می‌باشد.	آشفستگی فکری و حس همکاری (F)	
این مقیاس حالت دفاعی داشتن و محافظت از خود را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین بعضی از همان رفتارهای مقیاس L را، اما ظریف‌تر و دقیق‌تر مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد. نمرات بین 55-70 در جمعیت دانشگاهی طبیعی است. نمرات بالاتر از 70 حاکی از آن است که شخص نمی‌خواهد مشکلاتش را ببیند.	مکانیسم‌های دفاعی و احساس امنیت (K)	بازرسی روان شناختی
این مقیاس نشان دهنده نگرانی‌های جسمی و اشغال ذهنی با اعمال بدنی است و در تفسیر آن باید عواملی نظیر سن و وضعیت تندرستی واقعی در نظر گرفته شود چرا که این مقیاس مشکلات بدنی واقعی را از مشکلات خیالی تفکیک نمی‌کند. نمرات بالا حاکی از آن است که فرد از شکوه‌های بدنی استفاده می‌کند تا دیگران را تحت تاثیر قرار دهد. نمرات پایین بیانگر شخص هوشیار است که شکوه‌های بدنی را انکار می‌کند.	هیپوکندریا (خود بیمار انگاری) HS	

<p>نمرات این مقیاس بازتاب افسردگی به عنوان یک اختلال خلق می باشد و به خود پنداره ضعیف، بدبینی و ناامیدی مربوط است. این مقیاس نسبت به متغیرهای موقعیتی نسبتاً حساس است و می تواند شاخص خوبی برای وضعیت شخصیتی باشد. نمرات بالا نشان دهنده اندوه فرد درباره زندگی یا جهان است و با افزایش نمره، اندوه و بدبینی فرد بیشتر می شود تا جایی که دیگر هیچ نکته مثبتی در زندگی فرد دیده نمی شود.</p>	<p>افسردگی (D)</p>	
<p>مقدار انکار مردم در مواجهه با مشکلات را اندازه گیری می کند. انکار معمولاً به صورت یکی از روش های زندگی درآمده و چنان در ذهن شخص نقش بسته است که حتی از به کار بستن این مکانیسم دفاعی آگاهی ندارد. این افراد در فرایند درمان بسیار مشکل آفرینند زیرا ممکن است در شناخت واقعیت های آشکار سرسختانه امتناع ورزند. نمرات بالا در این مقیاس بیانگر فردی خود محور و ساده اندیش است که مشکلات روانی را انکار می کند.</p>	<p>هیستری (HY)</p>	
<p>با بی تفاوتی اجتماعی و فقدان کلی سازگاری اجتماعی مربوط است و مفهوم آن بستگی به وضعیت سایر مقیاس ها دارد. این مقیاس اطلاعات خوبی در مورد کیفیت موارد بین فردی به دست می دهد. نمرات بالا در این مقیاس حاکی از گرایش فرد به خشم و نزاع با دیگران است. نمرات پایین بیانگر فردی صلح جو است که می تواند در برابر شرایط یکنواخت طاقت بیاورد.</p>	<p>انحراف روانی - اجتماعی (PD)</p>	
<p>برای ارزیابی صفات اضطرابی و وسواس عملی طرح ریزی شده است و معمولاً اضطراب مزمن را اندازه گیری می کند و به ترس، اعتماد به نفس پایین، حساسیت بی مورد و دمدمی بودن مربوط است. نمرات بالا نشان دهنده نگرانی، بی تصمیمی و عدم تمرکز فرد است. نمرات پایین در این مقیاس نشان دهنده فردی شاد، که دارای اعتماد به نفس و فاقد نگرانی می باشد.</p>	<p>پسیکاستنی (ضعف روانی) (PT)</p>	
<p>نشانه های کلاسیک شیدایی و از جمله خلق بالا و بی ثبات، تحریک روانی حرکتی و پرش افکار را می سنجد. در عین حال به نظر می رسد نشان دهنده صفات شخصیتی خودشیفتگی است. به طور کلی این مقیاس اطلاعاتی در مورد میزان شدت صفات شخصیتی بدست می دهد. یک جز قوی مربوط به سن در این مقیاس وجود دارد. نمرات بالا بیانگر انرژی و فعالیت بالا و نمرات پایین بیانگر خستگی و انرژی اندک می باشد.</p>	<p>هیپومانیا (نیمه شیدایی) (MA)</p>	



## یافته‌ها

34/8% کودکان عقب مانده آموزش پذیر در این پژوهش را دختران و 65/2% را پسران تشکیل می دهند و در گروه مادران عادی 50% جنسیت فرزندان را دختران و 50% را پسران تشکیل می دهند. همچنین 39/4% از مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر بی سواد، 47% دارای تحصیلات ابتدایی، 6/1% سیکل، 4/5% دیپلم و پایین تر و 3% بالاتر از دیپلم هستند. 16/7% از مادران کودکان عادی بی سواد، 40/9% دارای تحصیلات ابتدایی، 13/6% سیکل، 12/1% دیپلم و پایین تر و 16/7% بالاتر از دیپلم هستند. در این پژوهش 3% مادران شاغل کودکان عقب مانده آموزش پذیر کارمند هستند. 7/6% شغل آزاد، 4/5% کارگرد و 83/3% خانه دار می باشند و 1/5% مادران نیز به این سوال پاسخ ن داده اند. همچنین 18/1% مادران شاغل عادی کارمند هستند. 9/1% شغل آزاد دارند و هیچ کدام کارگر نیستند و 27/2% خانه دار می باشند.

28/8% مادران کودکان آموزش پذیر مسکن استیجاری و 71/2% نیز مسکن ملکی دارند. در مقابل 13% مادران کودکان عادی مسکن استیجاری و 84/9% نیز دارای مسکن ملکی می باشند. 1/5% این مادران نیز وضعیت مسکن خود را مشخص نکرده اند.

40/9% خانواده کودکان آموزش پذیر باهم نسبت فامیلی و 59/1% نیز هیچ نسبت فامیلی با هم ندارند. که 3% اقوام پدری، 10/6% دختر عمه و پسر عمو، 12/1% دختر خاله و پسر خاله، 7/6% دختر عمه و پسر دایی، 1/5% دختر دایی و پسر عمه، 4/5% نوه خاله، 1/5% پسر دایی مادر، 1/5% اقوام مادر هستند و 57/6% با هم هیچ نسبتی ندارند. 28/8% خانواده کودکان عادی باهم نسبت فامیلی دارند و 71/2% نیز هیچ نسبت فامیلی با هم ندارند.

31/8% والدین کودکان عقب مانده آموزش پذیر در دوران بارداری از دارو استفاده کرده و 68/2% هیچ دارویی مصرف نکرده اند. 6/1% والدین عادی در دوران بارداری از دارو استفاده کرده و 93/9% هیچ دارویی مصرف نکرده اند. 30/3% مادران کودکان عقب مانده در دوران بارداری مشکل خاصی داشته اند. 69/7% از این مادران هم مشکل خاصی نداشته اند و در مقابل 4/5% مادران کودکان عادی در دوران بارداری مشکل خاصی داشته اند. 95/5% از این مادران هم مشکل خاصی نداشته اند. همچنین 31/8% والدین کودکان عقب مانده آموزش پذیر در دوران بارداری از دارو استفاده کرده و 68/2% هیچ دارویی مصرف نکرده اند. 6/1% والدین عادی در دوران بارداری از دارو استفاده کرده

و 93/9% هیچ دارویی مصرف نکرده‌اند. گفتنی است 9/1% از مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر در دوران بارداری مشکل جسمانی داشته‌اند. 19/7% از این مادران مشکلات روانی و 1/5% نیز در دوران بارداری دچار فقر اقتصادی بوده‌اند. 69/7% مادران کودکان آموزش‌پذیر هم هیچ مشکلی در دوران بارداری نداشته‌اند. در مقابل 1/5% از مادران کودکان عادی در دوران بارداری مشکل جسمانی داشته‌اند. 1/5% از این مادران مشکلات روانی و 1/5% نیز در دوران بارداری دچار فقر اقتصادی و 95/5% مادران کودکان هم هیچ مشکلی در دوران بارداری نداشته‌اند.

جهت بررسی و مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عادی و عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر به بررسی شاخص‌های MMPI پرداخته شد. که جدول 2 و 3 نشان دهنده پارامترهای آماری و نتایج آزمون T می‌باشد.

جدول 2: آمار توصیفی مقیاس‌های MMPI در بین مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و مادران کودکان عادی

مقیاس‌های MMPI	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
آشفته‌گی فکری و حس همکاری F	مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر	66	62/288	11/2305	1/3824
	مادران کودکان عادی	66	49/965	11/9210	1/4674
کمال‌گرایی و دروغ‌سنجی L	مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر	66	48/805	9/812	1/1301
	مادران کودکان عادی	66	48/242	7/1925	0/8853
مکانیسم‌های دفاعی و احساس امنیت K	مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر	66	53/212	11/7438	1/4456
	مادران کودکان عادی	66	57/455	11/0814	1/3640
هیپوکندریا HS	مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر	66	60/735	11/6504	1/4341
	مادران کودکان عادی	66	52/477	10/8870	1/3401
افسردگی D	مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر	66	61/733	13/0488	1/6062
	مادران کودکان عادی	66	52/720	9/8995	1/2185
هیستری HY	مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر	66	61/144	13/5112	1/6631
	مادران کودکان عادی	66	52/561	13/0353	1/6045

1/0706	8/6973	59/136	66	مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر	انحراف روانی - اجتماعی PD
0/8522	6/9236	53/886	66	مادران کودکان عادی	
1/3515	10/9799	53/417	66	مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر	پسیکاستنی PT
1/2315	10/0050	48/720	66	مادران کودکان عادی	
1/3238	10/7550	51/485	66	مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر	هیپومانیا MA
1/2661	10/2856	45/712	66	مادران کودکان عادی	

جدول (3): آزمون T برای مقیاس‌های MMPI در بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی

فاصله اطمینان 95%		تفاوت میانگین‌ها	معناداری آزمون (دودامنه)	درجه آزادی	T	مقیاس‌های MMPI
سطح بالا	سطح پایین					
16/3141	8/3378	12/326	0/000	130	6/114	آشفته‌گی فکری و حس همکاری F
3/4023	-2/2781	0/562	0/696	130	.0392	کمال‌گرایی و دروغ‌سنجی L
-0/3104	-8/1745	-2/242	0/035	130	-2/135	مکانیسم‌های دفاعی و احساس امنیت K
12/1407	4/3745	8/258	0/000	130	4/207	هیپوکندریا HS
13/0417	5/0644	9/053	0/000	130	4/490	افسردگی D
13/1553	4/0114	8/583	0/000	130	3/714	هیستری HY
7/9571	2/5429	5/250	0/000	130	3/837	انحراف روانی - اجتماعی PD
8/3144	1/0795	4/697	0/011	130	2/569	پسیکاستنی PT
9/3967	2/1487	5/773	0/002	130	3/151	هیپومانیا MA

با توجه به جداول بالا می‌توان گفت با فاصله اطمینان 95% ( $\alpha=0/05$ ) در مقایسه میزان‌های آشفته‌گی فکری و خودکم‌بینی، علایم ایمنی، هیپوکندریا، افسردگی، هیستری، انحراف روانی-اجتماعی، پسیکاستنی و هیپومانیا بین دو گروه مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر و مادران عادی، آزمون T اختلاف بیشتری را نشان می‌دهد و لذا می‌توان نتیجه گرفت که مادران کم‌توان آموزش پذیر نسبت به مادران کودکان عادی در بعضی از

زمینه‌های زندگی با مشکل روبرو هستند. افزایش برافراستگی، نشانه گرایش آن‌ها به گزارش درباره مشکلات فزاینده در زمینه‌های متعدد و شدت آن‌هاست. می‌توان گفت مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر انتقادپذیرتر و خوش‌بین‌تر هستند.

در مقایسه میزان کمال‌گرایی و دروغ‌سنجی بین دو گروه مادران، آزمون T اختلافی را نشان نمی‌دهد که این امر دلیل بر عملکرد مشابه گروه‌ها در این شاخص می‌باشد؛ با توجه به نمرات میانگین دو گروه آزمودنی در شاخص L می‌توان اظهار داشت: که آزمودنی‌ها سعی داشتند چهره واقعی خود را بیان کنند.

### نتایج و بحث

نتایج جداول 2 و 3 نشان می‌دهد که در مقایسه بین دو گروه مادران میزان کمال‌گرایی و تحجرفکری، میزان مکانیسم‌های دفاعی و احساس ایمنی، آزمون t تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ که این عدم وجود تفاوت بین گروه مادران کودکان کم‌توان آموزش‌پذیر و عادی در که این دلیل بر عملکرد مشابه گروه‌ها در این شاخص‌ها می‌باشد. اما در مقایسه با دو شاخص ذکر شده، میزان آشفتگی فکری و خودکم‌بینی، هیپوکندریا، افسردگی، هیستری، هیپومانی، پسیکوپاتی و میزان پسیکاستنی بین دو گروه مادران، آزمون t اختلاف بیشتری نشان داد. به عبارتی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر نسبت به مادران کودکان عادی از نظر آشفتگی فکری و خودکم‌بینی، میزان هیپوکندریا، میزان افسردگی، میزان هیستری، میزان هیپومانی، میزان پسیکوپاتی و میزان پسیکاستنی علائم بیشتری نشان می‌دهند.

در مورد آشفتگی فکری و خودکم‌بینی افزایش برافراستگی، نشانه گرایش آن‌ها به گزارش درباره مشکلات فزاینده در زمینه‌های متعدد و شدت آن‌هاست. مقدار F پایین در مادران کودکان عادی نشان دهنده این است که آن‌ها احساس می‌کنند از استرس‌ها و مشکلات نسبتاً آزاد هستند. در مورد شاخص افسردگی نیز می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر احساس گناه می‌کنند، از زندگی‌شان ناراضی بوده، نسبت به دیگران بدبین هستند. انرژی و انگیزه کافی برای مقابله با مشکلات ندارند. گرفتار نشخوار ذهنی درباره مشکلات خویش هستند. معمولاً گوشه‌گیرند و نمی‌توانند در زندگی تصمیم بگیرند و قدرت سازگاری

کمتری با محیط دارند. نتایج مطالعات مهرابی‌زاده، نجاریان و بهارلو (1378) حاکی از آن است که بین بهزیستی روان شناختی، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی در سطح متوسط تا شدید قرار دارد، ولی میانگین افسردگی گروه دارای فرزند عادی، در سطح خفیف و متوسط است.

همچنین با توجه به تفاوت بین دو گروه مادران عقب‌مانده آموزش‌پذیر و عادی در شاخص هیپوکندریا و همچنین نمرات میانگین آن‌ها در این شاخص، می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر نسبت به مادران کودکان عادی از مشکلات و بیماری‌های جسمی بیشتر شکایت دارند. اغلب اوقات احساس بیماری یا ناشادی می‌کنند. معمولاً سعی می‌کنند بیماری بدنی را به عنوان وسیله‌ای برای تحت‌تاثیر قرار دادن دیگران و کنترل آنان بکار ببرند. از شکوه‌های بدنی خود برای فرار از مسئولیت و ارضای نیازهای وابستگی بیشتر استفاده می‌کنند. در مورد شاخص هیستری نیز می‌توان با توجه به نتایج و مصاحبه‌های بالینی با برخی از مادران نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر سعی در انکار اضطراب اجتماعی و پرخاشگری دارند، احساس ترس زیادی می‌کنند. رفتار آن‌ها را می‌توان تهییجی، افسرده، گم‌گشته با دوره‌هایی از ضعف و فراموشی و سرگیجه توصیف کرد. اغلب دچار سرد مزاجی جنسی بوده، به شوهران خود علاقه‌ای ندارند و در برابر روان درمانی بسیار مقاوم هستند.

با توجه به تفاوت بین دو گروه مادران عقب‌مانده آموزش‌پذیر و عادی در شاخص پسیکوپاتی و پسیکاستنی همچنین نمرات میانگین آن‌ها در این شاخص‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر دچار مشکلات خانوادگی، بی‌اعتنایی اجتماعی و از خود بیگانگی می‌شوند. همچنین این مادران اضطراب، تشویش، ترس و دلهره دارند. از اعتماد به نفس کمی برخوردارند، حساس و دمدمی هستند. ترس از یک موقعیت غیرمنتظره دارند و تقریباً همیشه گرایش به وسواس فوق‌العاده‌ای از خود نشان می‌دهند.

در مورد شاخص هیپومانی نیز نتایج نشان می‌دهد مادران کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر نسبت به دیگران خصومت می‌ورزند، افسردگی تهییجی دارند، دارای بیش‌فعالی ناسازگارانه، تحرک‌پذیر و یا فاقد بازداری‌های کافی بر رفتارشان می‌باشند،

آشفته‌گی شدید خلقی دارند، نسبت به دیگران سنگدل هستند و خود را در این امر محقق می‌دانند.

نتایج حاصل از این فرضیه با یافته‌های تحقیقات قبلی وان لیون، پست، وان اسبک، وندر وود، گروت و لیندمن<sup>1</sup> (2010)، کارادیماس<sup>2</sup> (2007)، اوتسی و همکاران<sup>3</sup> (2006)، بویر و همکاران<sup>4</sup> (2006)، دیلی و لاندرز<sup>5</sup> (2005)، کیل پاتریک<sup>6</sup> (2005)، ایزنهاور و همکاران<sup>7</sup> (2005)، نلسون و ایزرائیل<sup>8</sup> (2000)، انج، کولس، هیمبرگ و سافرن<sup>9</sup> (2005)، قائدی، یعقوبی، امیدی، ظفر و بخشی (1386)، تاجری و بحیرایی (1387)، باقرزاده و همکاران (1382) و اتابک، باقرزاده انصاری و باوی (1381) همخوانی وجود دارد.

در تبیین یافته‌های حاضر چنین می‌توان استنباط کرد که والدین کودک عقب مانده ذهنی مخصوصاً مادران چنین کودکانی نسبت به مادران کودکان عادی به دلیل صدمات شایان مربوط به عواقب داشتن و نگهداری سخت این کودکان و فرسایش شدید در برخورد با محیط بیرون، تحمل کم در برابر فشار روانی ناشی از داشتن فرزند عقب مانده ذهنی داشته و استفاده نابجا از مکانیسم‌های دفاعی انکار می‌نماید؛ که این نکته خود در برخی مواقع عامل مهمی در ایجاد اختلالات روان شناختی از جمله خود بیمارانگاری می‌باشد. خودبیمارانگاری که با احساس دلواپسی یا ترس از ابتلا به یک بیماری شدید تشخیص داده می‌شود، توسط مادران کودکان عقب مانده ذهنی صرفاً جهت کم کردن تمرکز بر مشکل کودکشان و کاهش اضطراب ناشی از این اتفاق استفاده می‌شود و در واقع چنین مادرانی از طریق احساس بیماری‌های مختلف و تلاش برای ابراز آن‌ها میزان آسیب‌های روانی خود را کاهش می‌بخشند.

پیشنهاد می‌گردد با توجه به انتخاب فعالیت‌هایی که کودک قادر به انجام آن‌ها باشد، احساس مسؤولیت و اعتماد به نفس او تقویت گردد. همچنین استفاده از روش‌های

<sup>1</sup>-Van leeuwen, Post, Van Asbeck, Vander Woude, Groot and Lindeman

<sup>2</sup>-Karademas

<sup>3</sup>-Utesy et al

<sup>4</sup>-Bovier et al

<sup>5</sup>-Dehle and Landers

<sup>6</sup>-Kilpatric

<sup>7</sup>-Eisenhower et al

<sup>8</sup>-Nelson and Israel

<sup>9</sup>-Eng et al

هنردرمانی (موسیقی، آوازخوانی، نمایشنامه و...) برای یادگیری بهتر مطالب آموزشی به کودکان عقب مانده آموزش پذیر کمک خواهد نمود. شایان ذکر است از آنجایی که کلید موفقیت برنامه‌های مداخله‌ای بر روی کودکان عقب مانده، کار همزمان روی کودک و والدین است، برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده، آموزش بهداشت روانی و اطلاع‌رسانی به والدین کودکان کم توان ذهنی، توسعه مراکز مشاوره و تبلیغ مراکز جهت راهنمایی و کمک در حل مشکلات والدین برای سازگاری بهتر و سریع تر و حفظ سلامت روان والدین به خصوص مادران مدنظر قرار گیرد. از طرفی با توجه به تاکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری، می‌توان با آموزش این مهارت‌ها به مادران کودکان عقب مانده ذهنی، سطح سلامت روانی و هیجانی آنان را افزایش داد و از این رو احساس رضایت‌مندی از زندگی را افزایش داد.

## منابع:

- اتابک، م؛ باقرزاده انصاری، ز؛ باوی، س و همکاران (1381)، بررسی رابطه خود بیمارانگاری با پیشایندهای تشکیل دهنده آن در بین زنان و مردان شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد اهواز.
- ایلالی، احترام السادات (1376)، بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش‌زا در مدارس استثنایی شهرساری. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران.
- اثباتی، محسن (1376)، بررسی اختلالات روانی بین والدین کودکان عادی و عقب مانده ذهنی. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه فردوسی.
- باقرزاده، ف؛ روشنی، خ؛ لیلی زاده، ع؛ معطوف، م؛ موسوی، س و نظری، ن (1382)، رابطه خود بیمارانگاری و اختلالات روانی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد اهواز.
- باقری، ن (1373)، تاثیر ویژگی‌های اجتماعی اقتصادی خانواده دارای معلول بر فشار روانی والدین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی مشهد.
- تاجری، بیوک و بحیرایی، احمدرضا (1387)، بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم توان ذهنی در مادران. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره 8، شماره 2، ص 205-224.
- حسینی، ل (1383)، مراقبت در منزل درسیستم بهداشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- خجسته، م (1383)، مقایسه نگرش مذهبی و رضایت زناشویی و برخی ویژگی‌های شخصیتی والدینی که از فرزند عقب‌مانده خود در منزل نگهداری می‌کنند با والدینی که فرزند عقب‌مانده خود را به مراکز نگهداری می‌سپارند. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- روحانی، کاملیا (1377)، پرستاری بهداشت خانواده (چاپ دوم). تهران: انتشارات نشر و تبلیغ بشری.
- شریفی درآمدی، پرویز (1381)، روانشناسی کودکان استثنایی (جلد 1 و 2). تهران: نشر روانسنجی.
- عباسی، س؛ فداکار سوقه، ک؛ خالق دوست محمدی، ف؛ صدیقی، آ و عطرکار روشن، ز (1389)، بررسی مشکلات اقتصادی خانواده‌های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان سال 88-87. فصل نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان، دوره 20، شماره 63، ص 39-33.



- داورمنش، عباس (1375)، بررسی اثر فرزند عقب مانده ذهنی بر خانواده. طرح تحقیقاتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، انتشارات سازمان بهزیستی.
- قائدی، غ.ح؛ یعقوبی، ح؛ امیدی، ع؛ ظفر، م و بخشی، ش (1386)، مقایسه سلامت روان، مکانیزم‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و احتمال خودکشی و سو مصرف مواد در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه شاهد (ص 340-357). مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز.
- -قضاوی، ز و نصیری، م (1373)، مقایسه مشکلات والدین کودکان عقب مانده ذهنی شهر اصفهان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، دوره 12، ص 16-22.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن و بهارلو، ر (1378)، رابطه کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان. مجله علمی-پژوهشی روان شناسی، دوره 3، شماره 3، ص 231-248.
- منصف‌زاده تبریزی، مهدی (1377)، 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.
- Baron, R.M and Kenny D.A (1986), the moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, volume 51, Pp 1173-1182.
- Bovier, P.A; Chamot, E and Pereger, T.V (2006), Percieved stress, internal resources and social support asdeterminats of health among young adults. *Quality. F Life Research*, volume 13, Pp 161-170.
- Dehle, C and Landers, J.E (2005), You can,t always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinican sychology*, volume 24(7), Pp1051-1076.
- Doris, H (1995), Perceived stressors and coping strategies parent who have children with developmental disabilities. *J PediatrNurs*, volume l01 (5), Pp 311-318.

- 
- 
- Eisenhower, A.S; Baker, B.L and Blacher, J (2005), Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems and mental well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 49, Pp 657-671.
  - Emerson, E (2003), Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 47 (4- 5), Pp 385-399.
  - Eng, W; Coles, M.E; Heimberg, R.G and Safren, S.A (2005), Domains of lifesatisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, volume 19, Pp 143-156.
  - Farber, B.(1975), Family adaptation to severely mentally retarded children. In M. J. Begab, & S. A. Richardson (Eds.), *the mentally retarded child and society: a social science perspective* (pp.247-266). Baltimore: University Park Press.
  - Gupta, A and Singh, N (2004), Positive perceptions in parents of children with disability. *Asia pacific disability rehabilitation journal*, volume 15 (1), Pp 22-34.
  - Minnes, P.M (1985), Family Adjustment to stress Associated with a limb-deficient child. *Journal of the Association of childrens prostheticorthotic clinics*, volume 20 (4). Pp 62.
  - Murgatty, S and Wolf, R (1993), Coping with Crisis understanding and Helping people in need. First published, Pp 87-88.
  - Nelson, R.W and Israel, A.C (2000), *Behavior disorders of childhood*. Newjersey: Prentic-Halline.
  - Robinson N, *The mentally retarded child a psychological approach*.
  - Ronit, G.E (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: Haife.
  - Sternberg, J.A and Bry, B.H (1994), *Solution generation and family conflict over time in problem-solving therapy with families of*

- adolescents: The Impact of therapist behavior. *Child and Family Behavior Therapy*, volume 16, Pp 65-76.
- Salovita, T; Italinna, M and 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*, volume 47(4- 5), Pp 300-120.
  - Van leeuwen, M.C; Post, W.M; Van Asbeck, W.F; Vander Woude, H.V; Groot, S and Lindeman, E (2010), Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*, Pp 265-271.
  - Karademas, E (2007), Positive and negative aspects of wellbeing: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, volume 43, Pp 277-287.
  - Kilpatric, R (2005), Support, social, relationships and mental health. *Physical medicine and Rehabilitation*, Pp 364-349.
  - Utesy, S; Lanier, Y; Williams, O; Bolden, M and Lee, A (2006), Moderatore effects of cognitive ability and social support on the relation between race-related stress and quality of life. Retrieved February28, 2007, <http://www.allacademic.com/cultural>. Diversity and ethnic minority psychology.

