

مقایسه سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی در والدین کودکان آهسته‌گام و عادی

فاطمه ملقبه به ژینوس ملک زاده^۱، سحر شکوهی فر^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آزادشهر، گلستان، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آزادشهر، گلستان، ایران

نام نویسنده مسئول:

فاطمه ملقبه به ژینوس ملک زاده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۳۰

چکیده

تولد و حضور کودک آهسته‌گام می‌تواند بر سلامت روان خانواده و روابط والدین با یکدیگر تأثیر منفی بگذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام و عادی به روش علی - مقایسه‌ای انجام گرفته است. نمونه این پژوهش در برگزیده ۲۰۶ نفر از والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و ۲۰۸ نفر از والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی در شهرستان گرگان در سال ۹۷-۹۸ بود که به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی گزینش شدند. ابزار به‌کاررفته در این پژوهش پرسشنامه سلامت روان (SCL-25)، رضامندی زناشویی افروز (AMSS) و نشاط معنوی افروز است. داده‌های گردآوری‌شده با به‌کارگیری آزمون t گروه‌های مستقل و نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میان سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی تفاوت معناداری در سطح ($P < 0/001$) وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام نسبت به والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی در متغیرهای سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی دچار مشکلات بیشتری هستند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، رضامندی زناشویی، نشاط معنوی، دانش‌آموز آهسته‌گام.

مقدمه

خانواده و عملکرد آن اولین نهاد اجتماعی است که نقش مهمی در تحول روان‌شناختی فرزندان دارد (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۲). وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است؛ حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی (آهسته‌گام^۱)، نابینا یا ناشنوا باشد (افروز، ۱۳۷۶). در پژوهش حاضر آهسته‌گامی (اختلال تحول هوشی)، اختلال فرآیند رشدی است که به واسطه نقص در کارکرد ذهنی رفتار سازشی در حوزه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی تعریف می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). به‌طور کل یک درصد از جمعیت را افراد آهسته‌گام تشکیل می‌دهند که از این تعداد نیز ۹۰ درصد را گروه خفیف و ۱۰ درصد را نیمه‌شدید، شدید و عمیق تشکیل می‌دهند (هستینگز، ۲۰۰۲؛ خمیس، ۲۰۰۷). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که تولد کودک کم‌توان ذهنی در رفتار والدین تغییراتی را ایجاد می‌کند که سبک زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله تغییر در جریان عادی زندگی، تعاملات اجتماعی که می‌تواند والدین را با بحران شدیدی مواجه ساخته و آنان را با مسائل جدی‌تری در زمینه سلامت روان^۲ روبه‌رو کند (ترنر، ۲۰۱۵؛ شیخ‌الاسلامی، محمدی و سید اسماعیلی قمی، ۱۳۹۵). سلامت روان مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی است که در برابر حوادث فشارزای زندگی به‌عنوان سپری محافظ عمل می‌کند و کمک می‌کند که افراد در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند، همچنین حالتی از توانمندی و بهزیستی است که به فرد توانایی لازم برای مقابله با تنش‌های روزمره زندگی را می‌دهد (منول^۳، باریک، رابرتز، دوریسکو و همکاران، ۲۰۱۵). بر طبق نظر فرهنگی (۱۳۸۸) عوامل متعددی بر سلامت روان انسان‌ها تأثیر می‌گذارد که با وجود جدا نبودن اثرات متقابل عوامل فردی و محیطی، در یک تقسیم‌بندی کلی می‌توان از عوامل فردی مانند ژنتیک و فیزیولوژی، جنسیت، باورها و اعتقادات فردی، داشتن مهارت‌های زندگی و عوامل محیطی مانند عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، شغلی، سازمانی و محیط خانوادگی نام برد (به نقل از صادقی دشت بزرگی و لطیفی، ۱۳۹۶). نتایج تحقیقات مهدوی، افروز و تقی‌پور (۱۳۹۸) نشانگر آن است که افرادی که سرمایه روان‌شناختی (استقامت، امید، خود کارآمدی و خوش‌بینی) بالاتری را از خود نشان می‌دهند، سلامت روانی بالاتری دارند و استقامت بیشتری در زندگی از خود نشان می‌دهند؛ اما والدین کودکان آهسته‌گام شرایط روان‌شناختی مساعدی ندارند و در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح بالایی از تنش و مشکلات سلامت روان را تجربه می‌کنند. وجود واکنش‌های موردنظر در کنار تنش‌های ناشی از فرزند پروری و مدیریت رفتارهای چالش‌انگیز کودکان کم‌توان ذهنی (آهسته‌گام) احساس همبستگی و ارتباط خانواده و در نتیجه رضامندی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کی و جوآن، ۲۰۱۴).

شاهی، غفاری و قاسمی (۱۳۹۰) و علیپور، رحیمی و زارع، (۱۳۹۲) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که متغیر سلامت روان در رضامندی زناشویی^۴ نقشی اساسی ایفا می‌کند. طبق نظر الیس^۵ (۱۹۸۹) طرق مختلفی برای تعریف رضامندی زناشویی وجود دارد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها رضایت زناشویی را احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن و شوهر، زمانی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر گیرند، تعریف می‌کند (به نقل از لعل بخش، سودانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۰). همچنین افروز (۱۳۹۴) رضامندی زوجیت را به معنای رضامندی متقابل زن و شوهر از جنبه‌های روانی - جنسی یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش و امنیت در زندگی مشترک می‌داند. وینچ (۲۰۰۰) عنوان می‌کند رضایت از زندگی زمانی وجود دارد که وضعیت کنونی فرد در روابط خانوادگی با آنچه وی انتظار دارد منطبق باشد و نارضایتی از زندگی وقتی پدید می‌آید که وضعیت کنونی فرد با آنچه انتظار دارد ناهماهنگ باشد. داشتن کودک کم‌توان ذهنی برای والدینی که به‌طور حاشیه‌ای سازش یافته‌اند، کانون تنش‌هایی می‌شود که اغلب یکپارچگی زندگی مشترک و رضایت‌مندی زناشویی آن‌ها را به‌شدت تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد. والدین ممکن است با نگرش منفی نسبت به توانایی‌های خود و کودک در رسیدن به اهداف و آرزوهایشان، رضایت‌مندی زناشویی خود را از دست بدهند (اوگستون، مکینتاش و مایرز، ۲۰۱۱). پژوهش کلانتری، سامانی، افروز و رفاهی (۱۳۹۷) حاکی از پایین بودن میزان رضایت از زندگی در والدین دارای کودک آهسته‌گام است. یافته‌های پژوهش‌های

¹ slow-paced² mental health³ Manwell⁴ marriage satisfaction⁵ Elis

یاراحمدی، آزادمرد و خادمی (۱۳۹۵)، ارجمندنیاء، افروز و نامی (۱۳۹۲)، تانیلا، کوکانون و ژارویلین (۱۹۹۶) نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین رضایتمندی زوجیت والدین کودکان معلول، آهسته‌گام و عادی وجود دارد و کودک معلول و آهسته‌گام بر رضایتمندی زوجیت و سازگاری والدین اثر می‌گذارد. همچنین در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که والدین کودکان آهسته‌گام از شادکامی و سلامت عمومی کمتری برخوردار هستند (امرسون و هاتون، ۲۰۰۷؛ بخشایش، ۱۳۹۳).

اولسون و همکاران (۲۰۰۸) بعد از مطالعه والدین کودکان عادی و استثنایی به این نتیجه رسیدند که وجود یک کودک معلول تأثیر منفی بر خانواده می‌گذارد. درواقع والدین کودکان کم‌توان ذهنی (آهسته‌گام) در معرض استرس و افسردگی قرار دارند و شادکامی کمتری تجربه می‌کنند و بین سلامت عمومی مادران کودکان عادی و استثنایی تفاوت معناداری وجود دارد. لذا یکی از عواملی که می‌تواند به والدین کودکان آهسته‌گام کمک کند معنویت است. معنویت به افراد کمک می‌کند که هیجانات منفی خود را کاهش دهند و از تنش و اضطراب خود بکاهند و بهتر بتوانند مشکلات زندگی‌شان را مدیریت کنند و از راهبردهای مناسبی در جهت کاهش استرس و افسردگی‌شان استفاده نمایند و درعین حال سلامت روانشان را حفظ نمایند. چراکه وجود افسردگی و تنش و اضطراب به‌عنوان یک عامل خطرزا می‌تواند زمینه بروز بیماری‌های جسمی و مشکلات متعدد بهداشت و روان را فراهم نماید (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۰). معنویت به‌مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افکار مثبت و سخت رویی هر دو مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس رابطه دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند به‌عنوان مانعی در برابر استرس عمل کند. (اکستین^۶ و کرن، ۲۰۰۲). از عواملی که با معنویت در ارتباط است موضوع شادکامی و نشاط است. احساس نشاط یکی از مهم‌ترین پشته‌های انسان برای مقابله با مشکلات است و می‌توان گفت همه‌ی تلاش انسان در جهت یافتن شادی، نشاط و خوشبختی در آینده است (هزارجریبی و آستین فشان، ۱۳۸۸). نشاط عبارت است از چگونگی داوری فرد درباره نحوه‌ی گذران زندگی. این نوع داوری متأثر از ادراکات شخصی فرد و تجربه‌ی احساسات و عواطف مثبتی است که بر سبک تبیین، قضاوت و تصمیم‌گیری او اثر می‌گذارد. عواملی که نشاط را به وجود می‌آورند شامل: احساس رضایتمندی از زندگی و فقدان عواطف منفی همچون افسردگی و لذت بردن از وقایع است. درواقع نشاط، یکی از علل تأثیرگذار در برقراری اصول بهداشت روانی و خوشبختی است و بر فضای شناختی و رشد آن اثر می‌گذارد (دینر، ۲۰۰۲). نشاط معنوی رسیدن به شادی از طریق توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، معنادار بودن زندگی و عشق به خدا است (صحرائیان، غلامی و امیدوار، ۱۳۹۰). درواقع نشاط معنوی، رضایت عمیق و لذتی است که در زیر همه امواج سطحی زندگی روزمره وجود دارد. این همان ایمان و شکری است که از درون نشأت می‌گیرد (جانیس، ۲۰۱۰).

در این راستا مارگولیچ، اسکونیند، ویولت و پرینگ شیلو (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین پایداری زناشویی و نشاط ذهنی رابطه معنادار مثبتی وجود دارد، همچنین کار، فریدمن، کارنمان و اسشوارتز (۲۰۱۴) گزارش کردند که بین نشاط ذهنی و کیفیت روابط زناشویی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. در پژوهشی دیگر تحت عنوان «پیش‌بینی رضایتمندی زوجیت بر اساس ناگویی هیجانی، صمیمیت زوجین و نشاط ذهنی در مادران کودکان آهسته‌گام» به این نتیجه رسیدند که بین نشاط ذهنی و رضایتمندی زناشویی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (رضایی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). بخشی زاده، افروز، به‌پژوه، غباری بناب و شکوهی یکتا (۱۳۹۵) در پژوهش خود عنوان کردند که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی منجر به بهبود مهارت‌های متعددی نظیر رضامندی زوجین و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی مانند صبر، رضا، شکر و توکل شده است. رحیمی و وکیلی (۱۳۹۷) در پژوهش خود تحت عنوان «بررسی رابطه بین نشاط معنوی با رضامندی زوجیت در زنان دانشجوی متأهل ساکن تهران» بیان کردند که نشاط معنوی عاملی مهم در رضامندی زناشویی است و می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی زوجین مؤثر باشد. صنعت‌خواه (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که وضعیت و شرایط خانوادگی که فرد در آن به سر می‌برد را می‌توان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین زمینه‌های مؤثر بر شادمانی معرفی کرد. همچنین مصدق، غباری بناب، پیرزادی و شفیع (۱۳۹۲) بیان کردند که بین درک معنوی و سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی رابطه معناداری وجود دارد و درک معنوی می‌تواند پیش‌بینی کننده سلامت روان در این مادران باشد. احمدی، شهابی‌زاده و خزاعی

⁶ Eckstein

(۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود با عنوان «نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در سبک‌های دل‌بستگی نسبت به خدا و سلامت روان والدین کودک با ناتوانی ویژه» نشان دادند که مقابله مذهبی مثبت و منفی، نقش واسطه‌گری در رابطه میان سبک‌های دل‌بستگی به خدا و سلامت روان والدین کودکان با ناتوانی ویژه دارد. دهداری، افروز، غباری بناب و آذریاجانی (۱۳۹۷) نیز در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان و نشاط معنوی^۷ هم رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش‌های ابوالقاسمی (۱۳۸۵)، نعیم‌وای، البوعلی و منصوری (۱۳۹۸)، آلفیری و همکاران (۲۰۰۱) و بیچ (۲۰۰۱) نشان‌دهنده آن است که متغیر سلامت روان در رضامندی زناشویی نقش اساسی ایفا می‌کند. همچنین رباط‌جزی و غفوری (۱۳۹۳) و ملک‌پور و همکاران (۱۳۸۵) به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های زندگی بر روی والدینی که کودک کم‌توان ذهنی داشته‌اند، مؤثر بوده است به‌طوری‌که آن‌ها در پایان آموزش احساس شادی و موفقیت کردند و توانایی بهتری در تصمیم‌گیری از خود نشان دادند. لذا در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت نشاط معنوی، نشاط ذهنی و رضامندی زناشویی می‌تواند موجب نگرش مثبت به زندگی، خود پنداره مثبت و تعادل هیجانی شود و افراد می‌توانند در مقابله با استرس‌ها و مشکلات زندگی توانایی بالاتری داشته باشند و تلاش‌های بیشتری را برای مقابله و حل مشکلات به‌ویژه مشکلات با همسر انجام دهند؛ بنابراین با توجه به شیوع بالای مشکلات سلامت روان و بهزیستی اعضای خانواده و کمبود شادکامی، نشاط و رضامندی زناشویی در والدین کودکان آهسته‌گام و نیاز این گروه از افراد به بهره‌مندی از بهداشت و سلامت روان، این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی دانش‌آموزان آهسته‌گام و عادی انجام گرفت تا بدین‌وسیله شرایط والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام پیش از پیش مشخص شود و با ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب به رفع مشکلات سلامت روان و وضعیت روان‌شناختی آن‌ها پرداخته شود.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است.
- ۲- رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است.
- ۳- نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است.

روش پژوهش

این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقایسه‌ای است که در جهت مقایسه سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام و عادی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی است که در طی سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در شهرستان گرگان انجام شده است. با توجه به مشخص بودن فهرست اسامی دانش‌آموزان آهسته‌گام و عادی تعداد ۲۰۶ نفر از والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام و از گروه قابل‌مقایسه نیز ۲۰۸ نفر از والدین دانش‌آموزان عادی به‌عنوان نمونه به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. از آنان خواسته شد تا رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش را تکمیل کنند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها به‌منظور همکاری کامل و صداقت در گفتار شرکت‌کنندگان، با تأکید بر اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و عدم نیاز به نوشتن نام و نام خانوادگی اعتماد آنان جلب گردید.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای اجرا و جمع‌آوری اطلاعات از ۳ مقیاس سلامت روان SCL-25، مقیاس رضامندی زوجیت افروز (AMSS) و مقیاس نشاط معنوی افروز استفاده شده است که به شرح زیر می‌باشند:

⁷ spiritual happiness

مقیاس سلامت روان SCL-25

آزمون SCL-90-R پرکاربردترین ابزار تشخیصی گزارش از خود در مطالعات مربوط به حیطه سلامت روان است (رشوانلو و سعادت، ۱۳۹۴). چکلیست نشانه‌های اختلالات روانی یک پرسشنامه خود گزارشی، جهت غربالگری و سنجش نشانه‌های اختلالات روانی است (سیمونز و همکاران ۲۰۰۸، مدبرنیا و همکاران ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر برای سنجش سلامت روانی از پرسشنامه ۲۵ ماده‌ای SCL-25 استفاده شد. این مقیاس فرم کوتاه شده پرسشنامه ۹۰ ماده‌ای یعنی SCL-90-R است که توسط نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) تهیه شده است. هدف مقیاس فرم کوتاه شده SCL-25 بررسی و سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی است درحالی‌که مقیاس بلند آن SCL-90-R آسیب‌های روانی متعدد را به‌صورت اختصاصی موردسنجش قرار می‌دهد. این ابزار اختصاصی برای سنجش آن دسته از ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده که آزمودنی اخیراً تجربه نموده است. نسخه اولیه پرسشنامه ۹۰ ماده‌ای (SCL-90) با استفاده از ماده‌های اصلی فهرست نشانه‌هاپکینز (دراگوتیس، لیپمن، ریکلز، اولنهایت و کووی ۱۹۷۴) و اضافه کردن ماده‌های جدید به پرسشنامه مذکور و همچنین ایجاد تغییرات در شیوه درجه‌بندی و روش اجرا توسط (دراگوتیس، لیپمن و کووی ۱۹۷۳) ساخته شد. بر اساس تجارب بالینی و نتایج تحلیل‌های روان‌سنجی که روی SCL-90 انجام گردید اصلاحاتی در آن اعمال شد و فهرست ۹۰ نشانه‌ای تجدیدنظر شده، SCL-90-R نامیده شد. پاسخ به آزمون بر اساس نمره‌گذاری لیکرت است که از دامنه صفر تا ۴ و به‌صورت هیچ، کمی تا حدی، زیاد و خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌گردد (نجاریان و داوودی ۱۳۸۰). جهت بررسی روایی^۸ این آزمون مطالعاتی صورت گرفته است، از جمله نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) که همبستگی SCL-25 را با پرسشنامه اضطراب عمومی برابر $r=0.69$ ، فرم کوتاه شده پرسشنامه افسردگی بک برابر $r=0.49$ ، مقیاس کمال‌گرایی برابر $r=0.66$ و مقیاس سرسختی برابر $r=-0.56$ گزارش کرده‌اند که همگی در سطح $(P<0.01)$ معنی دار بوده‌اند به‌جز سرسختی که همبستگی معکوس داشته است. برای بررسی اعتبار سازه‌ای پرسشنامه SCL-25 آن را با آزمون MMPI همبسته کردند که ضریب همبستگی آن‌ها برابر $r=0.97$ به دست آمد که در سطح $(P<0.01)$ معنادار بود. نتایج حاصل از بررسی مشخصات روان‌سنجی نشان داد آزمون SCL-25 با آزمون SCL-90-R همبستگی بسیار بالایی برابر $r=0.95$ دارد (نجاریان و داوودی ۱۳۸۰). همچنین طبق گزارش نعیمای، البوعلی، منصوری (۱۳۹۸) همبستگی بین پرسشنامه SCL-90 با SCL-25 برابر $r=0.97$ گزارش شده است. در مطالعه نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) ضریب پایایی^۹ SCL-25 را با استفاده از روش باز آزمایی برابر $r=0.78$ و از طریق آلفای کرونباخ برابر $r=0.97$ گزارش کرده‌اند. همچنین توسط حبیب‌زاده (۱۳۸۰) نیز هنجاریابی شده است که در این پژوهش، ضریب پایایی مقیاس کل به روش آلفای کرونباخ^{۱۰} برای این ابزار $r=0.84$ اندازه‌گیری شد. در پژوهش صادقی، دشت بزرگی، لطیفی (۱۳۹۶) نیز پایایی آن به روش‌های آلفای کرونباخ $r=0.97$ و تنصیف $r=0.94$ محاسبه شد که بیانگر پایایی خوب این آزمون است.

مقیاس رضامندی زوجیت افروز (AMSS)

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز (۱۳۸۹) فرم کوتاه ۵۱ سؤالی است. این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز (۱۳۸۴) طراحی و سپس توسط افروز و قدرتی (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است. فرم کوتاه مقیاس رضامندی زوجیت افروز ۵۱ گویه دارد و در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف اندازه‌گیری می‌شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده رضایت زناشویی بالا و نمره کمتر نشان‌دهنده نارضایتی از روابط زناشویی و زندگی زوجها است. این پرسشنامه از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده که عبارت‌اند از مطلوب اندیشی همسران، رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، روش حل مسئله، امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، روش فرزند پروری، اوقات فراغت و تعامل احساسی (کلامی بصری). ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰.۸۵۷، ۰.۸۱۳، ۰.۸۵۴، ۰.۸۳۰، ۰.۸۶۳، ۰.۸۵۳، ۰.۷۳۱، ۰.۶۴۶، ۰.۷۴۹، ۰.۷۶۷، ۰.۹۵۷ هست. ضریب اعتبار کل مقیاس رضامندی زوجیت افروز به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شده است که آلفای کرونباخ معادل ۰.۹۵ نشان‌دهنده اعتبار

⁸ Validity⁹ Reliability coefficient¹⁰ Cronbach's alpha

بسیار مطلوب کل مقیاس بوده است. روایی هم‌زمان نمرات زوجین در این مقیاس با نمرات آن‌ها در پرسشنامه «مقیاس رضایتمندی زناشویی انریچ»^{۱۱} در سطح ($P < 0.001$) معنادار بوده و همبستگی ($r = 0.43$) را نشان داده است. مقیاس ساخته شده بر اساس رویکرد ازدواج سالم، رویکرد شناختی اجتماعی و تجارب بالینی در زمینه رضامندی زوجیت در بستر فرهنگ اسلامی - ایرانی ساخته شده و مناسب موقعیت‌های پژوهشی و بالینی است (به نقل از بابایی، افروز، ارجمند نیا، ۱۳۹۶). همچنین در پژوهش انجام شده توسط ارجمند نیا، افروز و نامی (۱۳۹۲)، ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر با ($r = 0.91$) بوده است.

مقیاس نشاط معنوی افروز

پرسشنامه نشاط معنوی در سال ۱۳۹۵ توسط افروز تهیه و تنظیم شده است که شامل ۶۰ پرسش است. کسب نمره بالای ۱۶۰ نشانگر میزان بالای نشاط معنوی و کمتر از ۶۰ نمره نشاط معنوی پایین در فرد است. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ($r = 0.77$) محاسبه شد. برای تعیین روایی از همبستگی نمره کل با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده پرسشنامه استفاده شد. دامنه ضریب همبستگی به دست آمده از ($r = 0.45$) تا ($r = 0.83$) بود که در سطح ($P < 0.005$) معنادار بود. روایی محتوایی این پرسشنامه زیر نظر چند کارشناس تأیید شده است (به نقل از دهداری و همکاران ۱۳۹۷). برای تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است که شامل میانگین، خطای معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ها و درصد فراوانی و آزمون آماری t گروه‌های بوده است. برای تحلیل داده‌ها به منظور سهولت در محاسبات و کاهش خطای اندازه‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه بیست و دوم استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های این تحقیق در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی مربوط به فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌شوند. یافته‌های توصیفی شامل: میانگین، خطای معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ها و درصد فراوانی نمرات مربوط به سن والدین دانش‌آموزان گروه‌های آهسته‌گام و عادی در جدول شماره (۱) ارائه شده‌اند.

جدول (۱) میانگین، خطای معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ها و درصد فراوانی نمرات مربوط به سن والدین گروه‌های آهسته‌گام و عادی

سن	گروه
میانگین ۴۱،۲۶	والدین کودکان آهسته‌گام
خطای معیار ۸،۶۸	
حداقل ۲۷	
حداکثر ۷۰	
درصد فراوانی ۴۹،۷۵	
میانگین ۳۸،۳۴	والدین کودکان عادی
خطای معیار ۶،۴۵	
حداقل ۲۴	
حداکثر ۶۹	
درصد فراوانی ۵۰،۲۴	

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود میانگین و خطای معیار سن والدین برای کودکان آهسته‌گام به ترتیب $\bar{X} = 41.26$ و $S = 8.68$ و برای کودکان عادی $\bar{X} = 38.34$ و $S = 6.45$ است.

¹¹ ENRICH Marital Satisfaction Scale

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

در این پژوهش جهت سهولت در محاسبات و کاهش خطای اندازه‌گیری از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. همچنین برای نمایش یافته‌های پژوهش بنا به ماهیت فرضیه‌ها از روش‌های آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های این پژوهش نیز از آزمون t برای دو گروه مستقل در جهت مقایسه میانگین‌ها استفاده گردید.

فرضیه ۱: سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است. برای مقایسه نمره‌های دو گروه والدین دارای دانش‌آموزان (پسر و دختر) آهسته‌گام و عادی در متغیر سلامت روان از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۲). با توجه به مقدار t به‌دست‌آمده و سطح معناداری ($t=3.97$ و $P<0.0001$) معلوم می‌گردد که دو گروه آزمودنی‌ها در مقیاس سلامت روان تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نشان می‌دهند. یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های سلامت روان والدین دارای دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام ($\bar{X}=30.4$) بیشتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی ($\bar{X}=23.91$) است، بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌گردد. لازم به ذکر است که هر چه نمره آزمودنی در پرسشنامه سلامت روانی SCL-25 کمتر باشد، آزمودنی دارای سلامت روان بالاتری خواهد بود.

جدول (۲) مقدار t گروه‌های مستقل حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی

شاخص آماری متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
سلامت روانی	والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام (دختر و پسر)	۲۰۶	۳۰٫۴	۱۴٫۶۲	۴۱۲	۳٫۹۷	۰٫۰۰۰۱
	والدین دانش‌آموزان عادی (دختر و پسر)	۲۰۸	۲۳٫۹۱	۱۸٫۳۲			

فرضیه ۲: رضامندی زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از رضامندی زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است. برای مقایسه نمره‌های رضامندی زناشویی دو گروه والدین دانش‌آموزان (پسر و دختر) آهسته‌گام و عادی از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که میانگین نمره‌های کل رضامندی زناشویی گروه‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر دارند ($t=9.17$ و $P<0.0001$) به عبارتی دیگر میانگین نمره‌های کل رضامندی زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام ($\bar{X}=167.82$) به‌طور معناداری کمتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی است ($\bar{X}=186.79$) است؛ بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌گردد.

جدول (۳) مقدار t گروه‌های مستقل حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی

شاخص آماری متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
رضایت زناشویی	والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام (دختر و پسر)	۲۰۶	۱۶۷٫۸۲	۱۹٫۰۲	۴۱۲	۹٫۱۷	۰٫۰۰۰۱
	والدین دانش‌آموزان عادی (دختر و پسر)	۲۰۸	۱۸۶٫۷۹	۲۲٫۸۶			

فرضیه ۳: نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است. برای مقایسه نمره‌های نشاط معنوی دو گروه والدین دانش‌آموزان (پسر و دختر) آهسته‌گام و عادی از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۴). نتایج نشان داد که میانگین نمره‌های کل نشاط معنوی گروه‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر دارند ($t=5.03$ و $P<0.0001$) به‌عبارتی دیگر یافته‌های آماری

جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام ($\bar{X}=12,83$) به‌طور معناداری کمتر از میانگین نمره‌های والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی است ($\bar{X}=15,38$) پس بنابراین فرضیه ۳ تأیید می‌گردد.

جدول (۴) مقدار t گروه‌های مستقل حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی

شاخص آماری متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
نشاط معنوی	والدین دانش‌آموزان آهسته‌گام (دختر و پسر)	۲۰۶	۱۲,۸۳	۵,۹۶	۴۰۶	۵,۰۳	۰,۰۰۰۱
	والدین دانش‌آموزان عادی (دختر و پسر)	۲۰۸	۱۵,۳۸	۴,۰۹			

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر مقایسه سلامت روان، رضامندی زناشویی و نشاط معنوی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام و عادی در کانون توجه قرار گرفت. در خصوص فرضیه اول مطابق تجزیه و تحلیل داده‌ها و با توجه به مقدار احتمال به‌دست‌آمده از آزمون t و سطح معناداری ($t=3,97$ و $P<0,0001$) مشخص شد که سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از سلامت روانی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود. نتایج این یافته بیانگر آن است که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی (آهسته‌گام) از مشکلات سلامت روان بیشتری برخوردار هستند. این والدین پیامدهای منفی گسترده مشکلات سلامت روانی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نمودند. بسیاری از آن‌ها در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده‌اند. همچنین والدین این کودکان سردرگمی، فقدان و مشقت زیادی را تجربه می‌کنند (فاست و سیسور، ۲۰۰۸). مهرابی‌زاده، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۸) در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه سلامت روان والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۷ تا ۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی» به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی با سلامت روانی والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های هالیدی و هانزلیک (۱۹۹۰)، احمدی (۱۳۷۷)، خواجه پور (۱۳۷۷)، شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵)، ملک‌پور (۱۳۸۶)، ملاباشی (۱۳۸۲) و میکائیلی، گنجی، طالبی جویباری (۱۳۹۱)، آلریکسون، والاندرو و بایسنی (۲۰۰۷)، هیمان^{۱۲} (۲۰۰۲) و تانیلا و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی دارد. همچنین طهرانی‌زاده مردوخ و حاجی رستم‌لو (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود با عنوان مطالعه کیفیت زندگی والدین دارای بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان با نیاز ویژه در ابعاد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت محیط، تفاوت معناداری در مقایسه با والدین کودکان بهنجار داشتند. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های سولاکارمنا^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۶)، کریمی، رنگریزان و مباشر امینی (۱۳۹۵) است که در پژوهش‌های خود دریافتند والدین کودکان با نیازهای ویژه، سلامت روان پایین‌تری نسبت به والدین کودکان بهنجار دارند.

در خصوص فرضیه دوم مطابق تجزیه و تحلیل داده‌ها و با توجه به مقدار احتمال به‌دست‌آمده از آزمون t و سطح معناداری ($t=9,17$ و $P<0,0001$) مشخص شد که رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) آهسته‌گام از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی پایین‌تر است و لذا این فرضیه نیز تأیید می‌گردد. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت والدین کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه با کودکان بهنجار به‌جای اینکه فکر خود را معطوف به مسائلی که باعث بهبودی در زندگی آن‌ها می‌شود متمرکز کنند دائماً در ذهن خود درگیر مشکل فرزندان خود و مشکلات حاضر از حضور وی در زندگی شان هستند و از مسائلی چون سلامت جسمانی و روانی خود غافل می‌شوند. احساس درماندگی، گناه و سرزنش در این والدین،

¹² Heiman

¹³ Sola-Carmona

وظیفه نگهداری و آموزش این کودکان را مشکل ساخته و در برخی موارد یک خشم پنهان و اندوهی خاص در والدین ایجاد می کند که خود باعث به وجود آمدن کدورت، سردی در روابط و کاهش رضایت زناشویی می شود (جانسن و همکاران ۲۰۱۳ و کریمی و همکاران ۱۳۹۵). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کلانتری و همکاران (۱۳۹۷) که حاکی از پایین بودن میزان رضایت از زندگی در والدین دارای کودک آهسته گام است همسو است. همچنین هاشم زاده و امیری مجد (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته گام، درخودمانده و عادی به این نتیجه رسیدند که رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته گام و مادران کودکان درخودمانده بسیار پایین تر از مادران کودکان عادی است. یافته های پژوهش های یاراحمدی، آزادمرد و خادمی (۱۳۹۵)، ارجمندنی و همکاران (۱۳۹۲)، قراشی و همکاران (۱۳۹۲)، تانیلا و همکاران (۱۹۹۶)، هالاهان، کافمن و پولین (۲۰۱۴)، استیس و همکاران (۲۰۰۹)، رش و همکاران (۲۰۱۰) نشان می دهد تفاوت معناداری بین رضایتمندی زوجیت والدین کودکان معلول، آهسته گام و عادی وجود دارد و کودک معلول و آهسته گام بر رضایتمندی زناشویی و سازگاری والدین اثر می گذارد.

در خصوص فرضیه سوم مطابق تجزیه و تحلیل داده ها و با توجه به مقدار احتمال به دست آمده از آزمون t و سطح معناداری ($P < 0.0001$ و $t = 5.03$) مشخص شد که نشاط معنوی والدین دانش آموزان (دختر و پسر) آهسته گام از نشاط معنوی والدین دانش آموزان (دختر و پسر) عادی پایین تر است؛ بنابراین فرضیه سوم نیز تأیید می گردد. در مورد این یافته می توان چنین گفت که وجود کودک کم توان ذهنی (آهسته گام)، باعث ایجاد استرس جسمی، روحی و روانی بر خانواده به ویژه مادر می شود که اختلال روانی، حس بی ارزشی، احساس گناه، اختلال در عملکرد جسمی و خستگی را در پی دارد (شیو و همکاران ۲۰۰۷). آلبرکتسن (۲۰۰۳) معتقد است ارتباطی قوی میان سلامت روان و شادکامی وجود دارد که تجربه استرس، شادکامی را کاهش می دهد و سلامت روانی را تهدید کند. مصدق و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین درک معنوی و سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی (آهسته گام) آموزش پذیر و عادی رابطه معناداری وجود دارد و درک معنوی می تواند پیش بینی کننده سلامت روان در این مادران باشد. مارگولیچ و همکاران (۲۰۱۷) نیز بیان داشتند که بین پایداری زناشویی و نشاط ذهنی رابطه معنادار مثبت وجود دارد. همچنین افراد دارای نشاط ذهنی بالا خود را در مقابله با استرس ها و مشکلات توانمند ارزیابی می کنند و تلاش های بیشتری برای مقابله و حل مشکلات به ویژه مشکلات با همسر انجام می دهند (کینفیک و همکاران ۲۰۱۴). در این راستا رضایی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) در تحقیقی تحت عنوان پیش بینی رضایتمندی زوجیت بر اساس ناگویی هیجانی، صمیمیت زوجین و نشاط ذهنی در مادران کودکان آهسته گام به این نتیجه رسیدند که بین نشاط ذهنی و رضایتمندی زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. کار و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که بین نشاط ذهنی و کیفیت روابط زناشویی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین رحیمی و وکیلی (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین رضایتمندی زوجیت و نشاط معنوی، همبستگی معناداری وجود دارد. یافته های دهداری و همکاران (۱۳۹۷) که باهدف پیش بینی سلامت روان بر اساس مؤلفه های رضایت شغلی و نشاط معنوی انجام گرفت حاکی از آن بود که مؤلفه های رضایتمندی شغلی و نشاط معنوی به صورت معناداری قادر به پیش بینی سلامت روان می باشند. نادری راوندی و صدیقی ارفعی (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان نقش مذهب و معنویت در ارتقاء تاب آوری و سلامت روان به این نتیجه رسیدند که بین معنویت و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

در بررسی پیشینه های پژوهش مشخص شد مطالعات مختلف و جداگانه ای در زمینه های سلامت روان، نشاط ذهنی و شادکامی، معنویت و رضایتمندی والدین کودکان کم توان ذهنی (آهسته گام) انجام شده است که از نتایج این پژوهش حمایت می کنند ولی پژوهش های اندکی به مقایسه سلامت روانی رضایتمندی زوجین و نشاط معنوی والدین کودکان آهسته گام و عادی اختصاص یافته است؛ بنابراین نظر به اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر و با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت نقش والدین در قبال فرزند آهسته گام وظیفه ای سنگین است و والدین این فرزندان با بار مراقبتی بیش از حد و فشارهای روانی، اقتصادی و اجتماعی بسیاری مواجه اند که می تواند سلامت روان و رضایتمندی زناشویی و نشاط آن ها را تحت تأثیر قرار دهد اما این فشارها تا حدود زیادی قابل جبران و کاهش هستند. پژوهش حاضر فقط روی والدین کودکان آهسته گام و عادی شهر گرگان انجام گرفته است، لذا پیشنهاد می شود که پژوهش های آتی در نمونه های بزرگ تری انجام شود تا امکان تعمیم نتایج به صورت فراگیر فراهم

گردد. در ادامه باید یادآوری کرد که پرورش این کودکان اگر به تنهایی به عهده این والدین گذاشته شود برای آن‌ها مشکل خواهد بود لذا لازم است مشاوره‌های روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی سازمان‌هایی مثل بهزیستی برای این والدین وجود داشته باشد و همچنین برنامه‌های آموزشی و درمانی، با یک رویکرد جامع‌تر همراه شود تا صدمات وارده بر سلامت روان و رضامندی زناشویی و نشاط والدین کودکان آهسته‌گام کاهش یابد. گردهمایی با دیگر خانواده‌هایی که دارای فرزند آهسته‌گام هستند نیز در سلامت روان این خانواده‌ها مؤثر است زیرا می‌توانند مشکلات مشترک خود را دریابند و مراقبت‌های بهداشتی بهتری برای فرزندان خود داشته باشند.

سیاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی والدین شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین از همکاری مدیران مدارس دانش‌آموزان آهسته‌گام و عادی که در تمامی مراحل این پژوهش به ما یاری رساندند قدردانی می‌شود.

منابع و مراجع

- [۱] ابوالقاسمی، عباس. کیامرئی، آذر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه آندروژنی و سلامت روانی با سازگاری زناشویی در زنان. *مطالعات زنان*، سال ۴ شماره ۱، صص ۶۶-۵۵.
- [۲] احمدی، بتول. شهابی‌زاده، فاطمه. خزاعی، محمد. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در سبک‌های دل‌بستگی نسبت به خدا و سلامت روان والدین کودک با ناتوانی ویژه. *تعلیم و تربیت / استثنایی*، شماره ۱۱۰، ۲۰-۷.
- [۳] احمدی، زینب. (۱۳۷۷). *مقایسه میزان عزت‌نفس مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- [۴] ارجمندینیا، علی‌اکبر. افروز، غلامعلی. نامی، محمدصالح. (۱۳۹۲). مقایسه میزان فشار روانی و رضایتمندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان. *تعلیم و تربیت / استثنایی*، ۳(۱۱۶)، ۵-۱۵.
- [۵] افروز، غلامعلی. (۱۳۷۶). *مقدمه‌ای بر آموزش و پرورش کودکان / استثنایی*. چاپ نهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. ص ۲۳.
- [۶] افروز، غلامعلی. (۱۳۹۴). *روانشناسی ازدواج و شکوه همسری*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، چاپ سوم.
- [۷] بابائی، نسرين. افروز، غلامعلی. ارجمندینیا، علی‌اکبر. (۱۳۹۶). تدوین برنامه ارتقای کیفیت زندگی و بررسی اثربخشی آن در سلامت روان و رضایت زناشویی مادران دارای دختران با نشانگان داون. *روانشناسی خانواده*، ۴(۱)، ۷۵-۸۶.
- [۸] بخشایش، علی‌رضا. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر باورهای مذهبی عمومی در سلامتی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی. *پژوهش در علوم توان‌بخشی*، ۱۰(۴)، ۵۸۰-۵۶۹.
- [۹] بخشی‌زاده، شهرزاد. افروز، غلامعلی. به پژوه، احمد. غباری بناب، باقر. شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر میزان رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته‌گام. *توانمندسازی کودکان / استثنایی*، ۸(۲۲)، ۷۵-۶۰.
- [۱۰] بریری، لیلا. پیرعلی، معصومه. (۱۳۹۴). مقایسه تنیدگی والدگری و مهارت حل مشکل خانواده در مادران دانش‌آموزان عادی و دارای نیازهای ویژه. *تعلیم و تربیت / استثنایی*، ۷(۱۳۵)، ۴۳-۵۱.
- [۱۱] تنهای رشوانلو، فرهاد. سعادت‌ی شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۴). اعتبار و روایی سازه‌ی فهرست ۲۵ سؤالی نشانه‌های روان‌شناختی (SCL-25). *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۱)، ۴۸-۵۶.
- [۱۲] جوهری نیا، م. (۱۳۸۵). *رابطه بین هویت خویشتن، سلامت روان و رضایت زناشویی مددجویان معتاد*. پایان‌نامه کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- [۱۳] حبیب‌زاده، عباس. (۱۳۸۰). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R و بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان قم در سال تحصیلی ۷۹-۸۰*. طرح پژوهشی شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان قم، صص ۴۰-۳۵.
- [۱۴] حسینی قمی، طاهره. سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری. *روانشناسی و دین*، سال چهارم، شماره سوم، صص ۸۲-۶۹.
- [۱۵] خواجه پور، مهدی. (۱۳۷۷). *بررسی و مقایسه واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- [۱۶] دهداری، ابوذر. افروز، غلامعلی. غباری بناب، باقر. آذربایجانی، مسعود. (۱۳۹۷). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس مؤلفه‌های رضایت شغلی و نشاط معنوی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۹(۲)، ۳۰-۱۷.
- [۱۷] رباط جزئی، عفت سادات. غفوری، اعظم. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد / استثنایی*، ۴(۱۳)، ۱۲۹-۱۱۸.
- [۱۸] رحیمی نژاد، عباس. پاک‌نژاد، محسن. (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی نوجوانان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال دهم، شماره ۳۷، صص ۱۱۱-۹۹.
- [۱۹] رحیمی، بلقیس. وکیلی، سمیرا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین نشاط معنوی با رضامندی زوجیت در زنان دانشجوی متأهل ساکن تهران، یازدهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.
- [۲۰] رضایی، سارا. دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رضایتمندی زوجیت بر اساس ناگویی هیجانی، صمیمت زوجین و نشاط ذهنی در مادران کودکان آهسته‌گام. *توانمندسازی کودکان / استثنایی*، ۹(۱)، ۱۲۳-۱۱۳.

- [۲۱] شاهی، عبدالستار. غفاری، ابراهیم. قاسمی فلاورجانی، خلیل. (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و رضایتمندی زناشویی زوجین. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۵(۲)، ۱۱۹-۱۲۶.
- [۲۲] شریعتی، تقی. داورمنش، عباس. (۱۳۷۵). *اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده*. تهران: سازمان بهزیستی کشور. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- [۲۳] شیخ الاسلامی، علی. محمدی، نسیم. سید اسماعیلی قمی، نسترن. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوان یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۴)، ۴۲-۲۵.
- [۲۴] صادقی، سوسن. دشت بزرگی، بهمن. لطیفی، محمود. (۱۳۹۶). مقایسه سلامت روان و رضایت زناشویی پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی و سایر بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۶(۴)، ۶۵-۵۳.
- [۲۵] صحرائیان، علی. غلامی، عبدالله. امیدوار، بنفشه. (۱۳۹۰). رابطه نگرش مذهبی و شادکامی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *افق دانش*، ۱۷(۱)، ۷۴-۶۹.
- [۲۶] صنعت خواه، علیرضا. (۱۳۹۶). احساس شادمانی و زمینه‌های اجتماعی مؤثر بر آن در کرمان. *فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، شماره ۱۲، زمستان ۱۳۹۶، ص ۹-۱.
- [۲۷] طهرانی‌زاده، مریم. مردوخی، محمد سعید. حاجی رستم‌لو، رقیه. (۱۳۹۶). مطالعه کیفیت زندگی والدین دارای بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۲)، ۷۰-۶۰.
- [۲۸] علیپور، احمد. رحیمی، افسانه. زارع، حسین. (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی سلامت روان و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۴(۷)، ۵۶۵-۵۵۷.
- [۲۹] قراشی، ک. سرنیدی، پ. فرید، ا. (۱۳۹۲). مقایسه میزان استرس و رضایتمندی زناشویی در والدین کودکان کم‌شنا و عادی. *نشریه سنوایی‌شناسی*، ۲۲(۱)، ۴۰-۲۵.
- [۳۰] کریمی، تمجید. رنگرزبان، فاطمه. مباشر امینی، زینب. (۱۳۹۵). تأثیر راهبردهای مقابله با تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۳(۳)، ۱۱۷-۱۰۷.
- [۳۱] کلاترتی، جلال. سامانی، سیامک. افروز، غلامعلی. رفاهی، ژاله. (۱۳۹۷). مقایسه رضایتمندی زناشویی و سلامت روان والدین خویشاوند و غیر خویشاوند کودکان کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۸(۳۱)، ۳۵-۲۱.
- [۳۲] لعل بخش، پونه. سودانی، منصور. شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های پس از ازدواج بر افزایش رضایت زناشویی زوجین. *نشریه علوم رفتاری*، ۳(۱۰)، ۱۳۰-۱۰۵.
- [۳۳] مدبرنیا، محمدجعفر. شجاعی تهرانی، حسین. فلاحی، مهناز. فقیرپور، مقصود. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون **SCL-90-R** در دانش‌آموزان دبیرستانی، پیش‌دانشگاهی استان گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۵۸-۶۵.
- [۳۴] مصدق، ندا. غباری بناب، باقر. پیرزادی، حجت. شفیع، ناهید. (۱۳۹۲). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس درک معنوی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر و عادی ابتدایی شهر گرگان. *فصلنامه کودکان/استثنایی*، ۱۳(۳)، ۲۲-۱۵.
- [۳۵] ملاباشی، آمنه. (۱۳۸۲). بهداشت روانی والدین کودکان استثنایی. *مجله مشاوره خانواده*، ۳(۱۴)، ۷۳-۶۴.
- [۳۶] ملک‌پور، م. فرهانی، ح. آقایی، ا. بهرامی، ع. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی. *پژوهش در حیطه کودکان/استثنایی*، ۶(۲)، ۶۷۶-۶۶۱.
- [۳۷] ملک‌پور، مختار. جدیدی زاده، نیکی. (۱۳۸۶). بررسی رابطه فشار روانی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی با سن، جنسیت و میزان تحصیلات والدین. *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ۱(۳)، ۵۶-۲۷.
- [۳۸] مهدوی، مجتبی. افروز، غلامعلی. تقی پور، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی لوتانز بر تاب‌آوری و سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، شماره ۱۹، پاییز ۱۳۹۸، ص ۵۶-۶.
- [۳۹] مهرابی‌زاده، هنرمند. نجاریان، بهمن. مسعودی، میترا. (۱۳۸۸). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. *پژوهش در حیطه کودکان/استثنایی*، ۱(۲)، ۱۸۷-۱۷۹.
- [۴۰] میکائیلی، نیلوفر. گنجی، مسعود. طالبی جویباری، مسعود. (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱)، ۱۳۷-۱۲۰.

- [۴۱] نادری راوندی، مریم. صدیقی ارفعی، فریبرز. (۱۳۹۴) نقش مذهب و معنویت در ارتقاء تاب‌آوری و سلامت روان. *اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان*، بندرعباس، جهاد دانشگاهی هرمزگان.
- [۴۲] نجاریان، بهمن. داودی، ایران. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی **SCL-25** (فرم کوتاه شده **SCL-90-R**). *مجله روانشناسی*، سال پنجم، شماره ۲، ۱۴۹-۱۳۶.
- [۴۳] نعیم‌اموی، مجید. البوعلی، هیام. منصوری، غلامرضا. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه رضایت زناشویی و سلامت روان زنان شاغل در کارگاه‌های بسته‌بندی خرما و زنان خانه‌دار شادگان. *فصلنامه جامعه‌شناسی فرهنگی*، (۱)، ۲۳-۳۴.
- [۴۴] هاشم‌زاده، امیر. امیری مجد، مجتبی. (۱۳۹۴). مقایسه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی مادران کودکان آهسته‌گام، درخودمانده و عادی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، (۳)، ۵۱-۳۷.
- [۴۵] هزار جریبی، جعفر. آستین فشان، پروانه. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر نشاط اجتماعی (با تأکید بر استان تهران). *جامعه‌شناسی کاربردی*، (۱)، ۱۴۶-۱۱۹.
- [۴۶] یاراحمدی، سمیه. آزاد مرد، شهنام. خادمی، زینب. (۱۳۹۵). رابطه تنظیم هیجانی و دل‌بستگی به خدا با رضایت از زندگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، (۴)، ۴۱-۳۰.
- [47] Alberktsen, G. (2003). Happiness and related factors in pregnant women Development of psychiatrist. *Bangkok, Thailand: Faculty of Median, Chulalongkorn University*.
- [48] Alferi, S. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., & Durán, R. E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 41.
- [49] Alriksson-Schmidt, A. I., Wallander, J., & Biasini, F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of pediatric psychology*, 32(3), 370-379.
- [50] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- [51] Beach, S. R. (2001). Marital therapy for co-occurring marital discord and depression. Washington, DC American psychological Association.
- [52] Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930-948.
- [53] Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9(1), 13-28.
- [54] Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
- [55] Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84.
- [56] Eckstein, D., & Kren, R. (2002). Life style assessments in the intervention, lifestyle skills. *Iowa: Kendall/Hunt*, 58(1), 64-78.
- [57] Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 493-499.
- [58] Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.
- [59] Fathi, M., Pezeshk, S., & Azar, J.H. (2015). A Study on the Prevalence of Mental Disorders among the Mentally Retarded Adolescents of Karaj. *Cumhuriyet Science Journal*, 36(3), 1688-1694.
- [60] Faust, H., & Scior, K. (2008). Mental health problems in young people with intellectual disabilities: the impact on parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 414-424.
- [61] Haldy, M. B., & Hanzlik, J. R. (1990). A comparison of perceived competence in child-rearing between mothers of children with Down syndrome and mothers of children without delays. *Education and training in mental retardation*, 132-141.
- [62] Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners.introduction to special education* (15th ed). Boston. Allyn & Bacon.

- [63] Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of intellectual and developmental disability*, 27(3), 149-160.
- [64] Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14(2), 159-171.
- [65] Janis, S. (2010). *Secrets of spiritual happiness*. Night Lotus Productions. Available from <https://www.spiritual-happiness.com/>
- [66] Johansen, H., Dammann, B., Andresen, I. L., & Fagerland, M. W. (2013). Health-related quality of life for children with rare diagnoses, their parents' satisfaction with life and the association between the two. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 152-160.
- [67] Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64(4), 850-857.
- [68] Ki, Y. W., & Joanne, C. C. Y. (2014). Stress and Marital Satisfaction of Parents with Children with Disabilities in Hong Kong. *Psychology*, 5, 349-357.
- [69] Kinnaifick, F. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Duda, J. L., & Taylor, I. (2014). Sources of autonomy support, subjective vitality and physical activity behaviour associated with participation in a lunchtime walking intervention for physically inactive adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(2), 190-197.
- [70] Leathem, J. M., & Babbage, D. R. (2000). Affective disorders after traumatic brain injury: cautions in the use of the Symptom Checklist-90-R. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 15(6), 1246-1255.
- [71] Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ open*, 5(6), e007079.
- [72] Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & mental health*, 21(4), 389-398.
- [73] Ogston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- [74] Olsson, M. B., Larsman, P., & Hwang, P. C. (2008). Relationships among risk, sense of coherence, and well-being in parents of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 227-236.
- [75] Resch, J. A., Mireles, G., Benz, M. R., Grenwelge, C., Peterson, R., & Zhang, D. (2010). Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabilitation psychology*, 55(2), 139.
- [76] Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119 (Supplement 1), S114-S121.
- [77] Simonds, E. C., Handel, R. W., & Archer, R. P. (2008). Incremental Validity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 and Symptom Checklist-90-Revised With Mental Health Inpatients. *Assessment*, 15(1), 78-86.
- [78] Sola-Carmona, J. J., López-Liria, R., Padilla-Góngora, D., Daza, M. T., Aguilar-Parra, J. M., & Salido-Campos, M. Á. (2016). Factors associated with the anxiety, subjective psychological well-being and self-esteem of parents of blind children. *PloS one*, 11(9).
- [79] Taunila, A., Kokkonen J. & Jarvelin M. (2005). *The long-term effects of children's early-onset disability on marital relationship*. Department of Public Health science and General Practice, opulu, Finland.
- [80] Turner, G. (2015). *Psychological Counseling with parents of children with special needs*. McGraw Hill.
- [81] Winch, R. (2000). *Selected studies in marriage and the family*, New York. Hito Rinehart and Wiston. Inc.