



بررسی رابطه سازگاری اجتماعی کودکان کم توان ذهنی با کیفیت زندگی والدین آنها

فائزه ضیائی^{۱*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد تهران مرکز، ایران. ایمیل: mrs.faezeh.ziaei@gmail.com
* نویسنده مسئول

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه سازگاری اجتماعی کودکان کم توان ذهنی با کیفیت زندگی والدین آنها بوده است. بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر از کودکان کم توان ذهنی آموزش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از پرسشنامه‌های سازگاری کودکان دخانچی و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. مطابق با نتایج حاصل از همبستگی پیرسون، خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و سلامت روانشناختی با سازگاری اجتماعی کودکان رابطه مستقیم و معنادار دارد و همچنین خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ناسازگاری کودکان رابطه غیرمستقیم و معنادار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی حیطه‌های کیفیت زندگی والدین براساس سازگاری اجتماعی کودکان کم توان ذهنی نشان داد حیطه سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در والدین از سازگاری اجتماعی و کودکان کم توان ذهنی آنان تاثیر معنادار می‌پذیرد. اما حیطه سلامت روان شناختی از سازگاری اجتماعی کودکان متاثر نمی‌باشد.

کلمات کلیدی: رشد حرکتی، سازگاری اجتماعی، عقب‌ماندگی ذهنی، کیفیت زندگی، سبک زندگی والدین معلول.

Investigating the relationship between social adjustment of mentally retarded children and the quality of life of their parents

Faezeh Ziaei^{1*}

1- Master of Science in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Azad University Iran . mrs.faezeh.ziaei@gmail.com.

* Corresponding Author

Abstract

The aim of this research was to establish a relation between intellectually disabled children's motor growth and their social adaptability with caregivers' quality of life. For this Purpose, a group of 100 educable intellectually disabled children has been selected as our sample group using availability sampling method and to measure social compatibility Asghar Dethatches questionnaire and to measure quality of life QOL questionnaire have been used. According to the results related to person correlation .physical health .social interaction.environmental health and mental health subscales are directly and meaningfully related to their social adaptability and physical health and social interaction subscales have meaningful and indirect correlation with their social incompatibility.From multivariable Regression analysis output to predict caregivers quality of life areas social compatibility according to intellectually disabled children's motor growth .it is clear that caregivers physical health .social interaction and environmental health areas are being significantly affected by their intellectually disabled children's motor growth. But mental health area is not affected by social compatibility and children's motor growth.

Keywords: Motor growth, Social compatibility, mentally retarded, quality of life, Lifestyle of disabled parents.

۱- مقدمه

بدون تردید باعث عذاب خانواده و دوستان می‌گردند (رابط جزئی، غفوری، ۱۳۹۲) بر اساس آمار اعلام شده در سال ۱۳۹۲ از سوی بهزیستی در کشور یک میلیون و ۴۵۰ نفر مبتلا به کم‌توان ذهنی است (نقشه‌باف کاظمی شیشوان، ۱۳۹۴). بنابراین تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه‌ی ایرانی از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک مبتلا به کم‌توان ذهنی رنج می‌برند (خالقی‌پور، زرگر، ۱۳۹۲). معلولیت جسمی یا ذهنی علاوه بر زندگی روزمره فرد بر کارکرد و فرایند نظام خانواده و اعضای خانواده نیز تاثیر می‌گذارد. اثرات کودکان ناتوان یا عقب‌مانده‌ی ذهنی در سیستم خانواده

در دنیای امروزی با وجود تمام پیشرفت‌ها آسیب ذهنی یک ناراحتی و وضعیت نامطلوب است. آسیب ذهنی، شرایطی است که با اختلال در کنش هوشی و کارکردهای سازشی مشخص می‌گردد. این اختلال ممکن است ناشی از نابهنجاری‌های ژنی و آسیب مغزی قبل یا بعد از تولد یا ناشی از علل گوناگون دیگری باشد. تاخیر در حرف زدن، تاخیر در راه رفتن، عدم استقرار و سکون، عدم توانایی انجام امور در حد یک کودک و موارد دیگری از این قبیل زنگ‌های خطری هستند که وجود کودک غیرعادی را اعلام می‌دارند و

کیفیت زندگی والدین آن‌ها رابطه‌ی مستقیم دارد (صادقی، خلجی، خواجوی، ۱۳۹۶).

در پژوهشی که جمشیدی و جاویدی (۱۳۹۷) با عنوان پیش‌بینی رابطه‌ی کیفیت زندگی والدین و همبستگی خانواده با سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی انجام دادند نتایج نشان داد کیفیت زندگی والدین و همبستگی خانواده توان پیش‌بینی سازگار اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی را دارد. همچنین رابطه‌ی بین دو متغیر کیفیت زندگی والدین و همبستگی خانواده با متغیر وابسته‌ی سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی مثبت و معنی‌دار است.

در پژوهشی که رسولی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان همبستگی کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه و ویژگی‌های جمعیت شناختی در شهر تهران انجام دادند نتایج پژوهش حاکی از پایین بودن میزان کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه بود.

نادر گروسوبیس (۲۰۱۴) در زمینه سازگاری نوجوانان کم‌توان ذهنی بیان می‌کند که تاخیر در دستیابی به سازگاری اجتماعی در این گروه از افراد ملموس بوده و از این رو همواره در مقایسه با همسالان خود تاخیر در این زمینه مشاهده می‌شود و علت آن را نیز ضعف شناختی و خود ادراکی ضعیف بیان می‌کند و از این رو در صورتی که بهره هوشی کمتر باشد این میزان تاخیر و تفاوت با همسالان خود نیز بیشتر خواهد شد.

تحقیقات نشان می‌دهد هر قدر شدت کم‌توانی بیشتر باشد تاثیر منفی آن بر کیفیت زندگی افراد خانواده بیشتر خواهد بود (طهرانی‌زاده، مردوخ، حاجی رستم‌لو، ۱۳۹۶). بنابراین با توجه به مطالبی که بیان شد پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سوال است که آیا رشد حرکتی و سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با کیفیت زندگی والدین آن‌ها رابطه دارد؟

۲- مبانی نظری تحقیق

کودکان کم‌توان ذهنی

طبق تعریف DSM-5 ناتوانی هوشی اختلالی است که در دوره‌ی تحول آغاز می‌شود و شامل کاستی‌های کارکرد هوشی و نیز انطباقی در حوزه‌های ذهنی اجتماعی و عملی است. سه ملاک زیر باید برآورد شود:

(۱) کاستی‌ها یا نقایصی در کارکردهای هوشی مثل استدلال حل مساله برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی و آموختن از راه تجربه، که هم با سنجش بالینی و هم آزمون‌های هوش فردی شده و هنجار شده تایید می‌شود.

(۲) کاستی‌ها در کارکرد انطباقی که منجر به ناتوانی در برآورده کردن معیارهای تحولی و اجتماعی فرهنگی برای استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی می‌شود. کاستی‌های انطباقی در صورتی که شخص مبتلا به آن‌ها از حمایت مستمر برخوردار نباشد. موجب محدودیت کارکرد در یک یا چند فعالیت زندگی روزمره مثل ارتباط تعامل اجتماعی و زندگی مستقل در محیط‌های متنوع مثل خانه، مدرسه، محل کار و جامعه می‌شود.

(۳) کاستی‌های هوشی و انطباقی که در دوره‌ی تحول آغاز می‌شود.

کیفیت زندگی

به طور کلی آنچه که در تعریف کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارد این است که با آن بتوان میان مفهوم و سایر مفاهیم مرتبط مانند خوب بودن وضعیت سلامت، رضایت از زندگی و امید تمایز قائل شد. نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که

می‌تواند باعث ایجاد بار مالی و اختلال در زندگی و انزوای اجتماعی شود (کمیحانی، ۱۳۹۱). والدین کودکان کم‌توان ذهنی و جسمی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که در کیفیت زندگی آن‌ها به شدت تاثیر می‌گذارد به همین دلیل از سوی سازمان‌های توان‌بخشی و سازمان‌های رسمی اجتماعی بایستی پشتیبانی و حمایت شوند. تحقیقات نشان می‌دهد هر قدر شدت کم‌توانی بیشتر باشد تاثیر منفی آن بر کیفیت زندگی افراد خانواده بیشتر خواهد بود (طهرانی‌زاده، مردوخ، حاجی رستم‌لو، ۱۳۹۶).

امروزه نقش حساس مراقبان افراد کم‌توان ذهنی در خصوص حمایت و نگهداری این افراد به صورت مشخصی معلوم شده است (پنی، آمانو، باتاگلیا، پیتارو، راسو، سولارو، تروچانو، ۲۰۰۷).

مفهوم کیفیت زندگی، مفهوم چندان جدیدی نیست در واقع آنچه بهزیستی یا سعادت را تشکیل می‌دهد کیفیت زندگی می‌گویند. کیفیت زندگی عمومی بر نیازها و هدف‌های فرد از یک سو و برآورد چگونگی تدبیر او به تناسب معیارهای درونی و بیرونی از سوی دیگر تأکید می‌ورزد. به عبارت دیگر این مفهوم عمومی کیفیت زندگی با رضایت تا علمی و کنش فرد در گستره قلمروهای مختلف زندگی که لزوماً تحت تأثیر مستقیم موضوع‌های مرتبط با سلامت قرار نمی‌گیرند، ارتباط دارد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر نشانگان بیماری و نارسایی متمرکز است (بزازیان و همکاران، ۱۳۸۹).

از طرفی فرایند اجتماعی شدن یکی از جنبه‌های رشد انسان است. ذاتی بودن زندگی جمعی در انسان‌ها تماس با دیگران را امری اجتناب‌ناپذیر نموده است. رشد اجتماعی در برادرانده‌ی ارتباط سالم و منطبق با موفقیت در افراد است (باقری، شهسواری، ۱۳۸۷). یکی از مهم‌ترین مسائل و مشکلات اجتماعی امروزه در جوامع گوناگون سازگاری به پذیرش و انجام رفتار و کردار مناسب و موافق محیطی اشاره دارد و مفهوم متضاد آن ناسازگاری است. یعنی نشان دادن واکنش نامناسب به محرک‌های محیط و موقعیت، به طوری که برای خود فرد یا دیگران یا هر دو زیان‌بخش باشد و فرد نتواند انتظارات خود و دیگران را برآورده سازد. ناسازگاری ممکن است در بافت‌ها و موقعیت‌های مختلف بروز می‌کند و متوجه درون و بیرون فرد می‌باشد (نویدی، ۱۳۸۵). سازگاری اجتماعی به عنوان یک معیار سلامت روان انسان را به ویژه پیش از بلوغ تعیین می‌کند. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های سازشی اجتماعی در بین کودکان کم‌توان ذهنی ۱۳ تا ۷۵ درصد است. کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل مشکلات هوشی و شناختی و نیز حرکتی قادر به برقراری ارتباط درست با دیگران نمی‌باشند. لذا دچار تاخیرهای شدید در تعاملات اجتماعی و در نتیجه دچار سازش ناپاافتگی اجتماعی می‌باشند. این امر برای کودک خانواده و در نهایت اجتماع با مشکلاتی همراه خواهد بود (شاه میوه، ۱۳۸۸).

ازهم‌گسیختگی هم در این کودکان از مشکلات رایج می‌باشد (قنبری هاشم‌آبادی، سعادت، ۱۳۸۹). در واقع فقدان رفتارهای ارتباطی مناسب از مشخصه‌ی کودکان کم‌توان ذهنی است این کودکان ممکن است فاقد مهارت‌های ارتباطی ویژه اعمال یک رفتار ارتباطی نامناسب در یک موقعیت ویژه و یا عدم آگاهی نسبت به یک رفتار مناسب در یک موقعیت ویژه و یا عدم آگاهی نسبت به یک رفتار مناسب در یک موقعیت ویژه باشند (سورسی و نوتا ، ۲۰۰۰). همچنین کمبود مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی در این کودکان می‌تواند منجر به مشکلات رفتارهای برون‌نمود از قبیل عدم اعتماد به نفس اضطراب و افسردگی شود. در نتایج پژوهشی که صادقی و خلجی و خواجوی انجام دادند نشان می‌دهد میزان رشد حرکتی کودکان کم‌توان ذهنی با

توانم چندی بعد از سلامتی سنجیده شود می‌توان آن را کیفیت زندگی نامید. اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد و چند بعد دارد. از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می‌نماید. ذهنی به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد و پویا یعنی در طی زمان تغییر خواهد کرد و لذا ضروری است در دوره‌ای از زمان اندازه‌گیری گردد. اگر چه ذهنی بودن دامنه‌های کیفیت زندگی باید قابلیت

این را داشته باشد که هم به صورت ذهنی و هم به صورت عینی قابل اندازه‌گیری باشد این گروه معتقدند که سنجش ذهنی اگر چه لازم است ولی کافی نیست (نجات، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی مفهومی با دامنه وسیع است که تحت تأثیر مجموعه‌ای گسترده از سلامت فیزیکی شخص، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال روابط قرار دارد. در مجموع کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد را در بر می‌گیرد (پرور و همکاران، ۱۳۹۴).

فوق کیفیت زندگی را رضایتمندی از زندگی تعریف می‌کند و کوستانزا کیفیت زندگی را گستره‌ای که آن نیازهای مادی در ارتباط با درک فردی و گروهی از رضایتمند تأمین می‌گردد تعریف می‌کنند (فرجی، ۱۳۹۶). مفهوم اجتماعی کیفیت زندگی با گذشت زمان شکل می‌گیرد و براساس مکان زندگی، انتظارات و تجربه قرار دارد. کیفیت زندگی از متغیرهای مختلف و متنوع زندگی فردی و اجتماعی تشکیل شده است. کیفیت زندگی علاوه بر ویژگی‌های عینی اجتماعی، دربرگیرنده ویژگی‌های ذهنی از اجتماع مانند نگرش و ادراکات نیز می‌باشد.

سازگاری اجتماعی

امروزه در دنیای زندگی می‌کنیم که بیش از هر زمان دیگری نیازمند انعطاف‌پذیری و یا به عبارتی سازگاری اجتماعی است. فشارهای اجتماعی به وضوح تأثیر فراوانی بر رفتار فرد دارد. از طرفی دیگر انسان موجودی انعطاف‌پذیر است، او نه تنها با محیط سازگار می‌شود بلکه محیط را بر طبق خواسته‌های خود دگرگون می‌کند. سازگاری فرایندی است در حال رشد و پویاست و شامل توازن بین آنچه افراد می‌خواهند و آنچه جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند می‌پذیرد. به عبارت دیگر سازگاری یک فرآیند دو طرفه است. از یک طرف فرد به صورت موثر با اجتماع تماس برقرار می‌کند و از طرف دیگر اجتماع نیز ابزارهایی را فراهم می‌کند که فرد از طریق آن‌ها توانایی بالقوه خویش را واقعیت می‌بخشد. در این تعامل فرد و جامعه دستخوش تغییر و دگرگونی شده و سازشی نسبتاً پایدار به وجود می‌آید. در واقع سازگاری توانایی آمیختن، انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود محیط و افراد تعریف شده است (ساقی، رجایی، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه سازگاری افراد نشان می‌دهد که عوامل خانواده، مدرسه و گروه همسالان در سازگاری افراد موثر است. انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) سازگاری اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده شدن نیازهای محیطی که مستلزم اصلاح تکرانه‌ها هیجان‌ها با نگرش می‌باشد. شریعتمداری سازگاری اجتماعی را به اینگونه تعریف می‌کند: سازگاری اجتماعی جریانی است که در آن روابط افراد و گروه‌های مختلف طوری تنظیم و برقرار شده که رضایت آن‌ها تأمین شده است (شریعتمداری، ۱۳۸۰).

سازگاری اجتماعی را می‌توان شامل سلامت روانی، رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساسات، فعالیت‌ها و افکار دانست. به عبارت دیگر

رفتار سازشی کودکان عقب مانده ی ذهنی

توانایی سازش با مقتضیات محیط، برقراری رابطه با دیگران، مراقبت از نیازهای شخصی تماماً جنبه‌های مهمی از یک سبک زندگی مستقل هستند. افراد عقب مانده‌ی ذهنی در این مهارت‌های شخصی و اجتماعی با افراد همسن غیر-عقب مانده قابل مقایسه نیستند. در مدرسه، رفتار سازشی را به عنوان توانایی استفاده از مهارت‌های اکتسابی در فعالیت‌های روزمره کلاس تعریف می‌کنند. کودکان عقب افتاده ذهنی ممکن است استدلال کردن قضاوت کردن به جا مهارت‌های اجتماعی که آن‌ها را به سوی روابط اجتماعی مثبت و صلاحیت شخصی سوق می‌دهد نیاز داشته باشند. برخی از پژوهشگران خاطر نشان می‌سازند که نقایص رفتار سازشی در افراد عقب مانده ذهنی ممکن است با تصور پایین‌تر از خود و انتظار بیشتر برای شکست خوردن در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی همراه باشد (شریفی درآمدی، ۱۳۹۴).

والدین و سازگاری اجتماعی کودکان عقب افتاده ذهنی

همانند کودکان عادی، کودکان عقب مانده‌ی ذهنی نیز، اولین ارتباط اجتماعی را در کنار پدر و مادر تجربه می‌کنند. نشان داده شده است که کودکان عقب مانده‌ی ذهنی به خاطر نقص شناختی به ویژه به خاطر مشکلات خلقی، از نظر دلبستگی بین والدین کودک مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند. کودکان با و بدون عقب مانده‌ی ذهنی از جهت روابط والد-کودک با یکدیگر متفاوتند و این تفاوت‌ها به دلیل تفاوت آن‌ها در توانایی پردازش اطلاعات و پاسخ به محرک‌ها از سوی کودک و همچنین واکنش والدین در برابر این رفتارها است. این تفاوت‌ها در ارتباطات اولیه، بی‌تردید در تعاملات بعدی آن‌ها را نیز دستخوش تغییر خواهد کرد (رضایی، ۱۳۹۳).

کودکان عقب مانده‌ی ذهنی در معرض خطر برقراری ارتباط‌های غیر-عادی با والدین خود هستند. زیرا هم از لحاظ خلق و خوی مشکل جدی دارند و هم نیازمند تعامل و ارتباط بیشتر و مستمر با والدین هستند. مادر می‌بایست به کودک خود فرصت شکوفایی دهد و البته از ایمن بودن و امنیت جسمی روانی او اطمینان خاطر داشته باشد. مادر بایستی بدون اینکه کودک خود را رها کند دودور او را پشتیبانی کند، اینگونه رفتار مادر با کودک خود به «دربست مادرانه» معروف است.

در سال ۱۹۸۹ است و در کل شامل ۱۰۰ سوال می‌باشد. این پرسشنامه که توسط نجات و همکاران بصورت فرم ۲۶ سوالی در چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط هنجاریابی شده است. هر یک از این حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشند. پس از محاسبه‌های لازم در هر حیطه نمره‌های معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به تفکیک بدست می‌آید که نمره ۴ نشانه بدترین وضعیت حیطه مورد نظر است. جهت بررسی پایایی در بعد سازگاری درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. اندازه آلفای کرونباخ آن در بعد سلامت جسمی ۰،۸۱، سلامت روانشناختی ۰،۷۸، روابط اجتماعی ۰،۸۲ و سلامت محیط ۰،۸۰ گزارش شده است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰،۷۳ تا ۰،۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰،۶۷، ۰،۸۷، ۰،۸۴ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰،۸۸، برای سلامت جسمی ۰،۷۰، برای سلامت روانی ۰،۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰،۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰،۷۷ گزارش کرده است. نصیری (۱۳۸۵) به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب هم‌بستگی سنجیده شد (روان بنیان، ۱۳۹۲).

روش گردآوری اطلاعات

شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر به صورت روش تلفیقی کتابخانه‌ای و میدانی بود. برای جمع‌آوری داده‌های سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی از روش میدانی استفاده شده است.

روش اجرای پژوهش

پس از کسب موافقت از اداره بهداشتی استان تهران به مراکز ارمغان عصر، سپهر، ارمغان، هادی و مهدی مراجعه نموده و با هماهنگی و موافقت والدین کودکان مراجعه‌کننده به این مراکز پرسشنامه‌های کیفیت زندگی توسط والدین این کودکان تکمیل و آزمون‌های مربوطه نیز از کودکان به عمل آمد. در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) توسط والدین تکمیل گردید و کودکان نیز با پرسشنامه سازگاری اجتماعی مورد سنجش قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها به منظور توصیف داده‌های جمع‌آوری شده استفاده شد و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS اطلاعات تجزیه تحلیل شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده جداول توزیع فراوانی طبقه‌بندی و خلاصه شد. از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات استفاده شده است. همچنین جهت تعیین میزان همبستگی بین متغیرهای تحقیق از روش همبستگی پیرسون جدول ماتریس همبستگی و رگرسیون چند متغییری استفاده شد.

بی‌تردید دادن فرصت و امکان انتخاب برای کودک و ارائه دستورالعمل‌های روشن برای انتخاب مناسب می‌تواند به رشد و کفایت اجتماعی کودک کمک کند (رضایی، ۱۳۹۳). در حقیقت در حالی که نقص شناختی کودک و نقص زبان بیانی، مشکلاتی را در رشد اجتماعی کودک عقب‌مانده ذهنی به وجود می‌آورد اما خانواده می‌تواند در رشد عاطفی و اجتماعی کودک نقش بسزایی را ایفا کنند. اخیراً بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهند که رابطه‌ی عاطفی و متقابل والدین و کودک تشویق و استفاده از زبان عاطفی، نقش بسیار مهمی در فراگیری مهارت‌های مهم و کلیدی سازگاری اجتماعی دارند (سیمرود-کلیکمن؛ ترجمه‌ی رضایی، ۱۳۹۳).

۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ نحوه اجرا پیمایشی محسوب می‌گردد. در پژوهش حاضر جامعه‌ی مورد مطالعه را کلیه کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر شهر تهران و والدینشان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در بر می‌گیرد. حجم جامعه ۱۴۰ نفر بود. براساس ماهیت پژوهش و بر اساس جدول مورگان حجم نمونه ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس است یعنی از بین کودکان دارای ناتوان ذهنی آموزش‌پذیر مراکز بهزیستی شهر تهران ۱۰۰ کودک از مراکز ارمغان عصر هادی سپهر ارمغان و مهدی به همراه والدین آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سازگاری اجتماعی برای بررسی سازگاری اجتماعی از پرسشنامه ۳۷ سؤالی سازگاری استفاده شد. این پرسشنامه توسط اصغر خانی به منظور سنجش سازگاری کودکان ساخته شد و قابل استفاده قرار گرفت. آزمون به صورت گروهی نیز قابل اجرا است و محدودیت زمانی برای اجرا ندارد. این پرسشنامه وسیله‌ی مفیدی برای استفاده مشاوران و روان‌شناسان اجتماعی است. این پرسشنامه چهارگزینه‌ای است با گزینه‌های (هیچوقت، به ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات). روش این آزمون به روش منطقی ت محتوایی است به این صورت که ابتدا در تعریف سازگاری به توانایی کنار آمدن فرد با خویش با اعضای خانواده، با همسالان (همکاری با آن‌ها و قبول مسئولیت در خانه و مدرسه) اشاره شده است. سپس در هر کدام از حوزه‌ها سؤالاتی را که منطبق توانایی در آن حوزه خاص را می‌سنجد مطرح شده‌اند و سؤالات مشابه وضعیت حذف و نهایتاً ۳۷ سؤال باقی ماند. نمره کم در این آزمون معرف سازگاری اجتماعی خوب و نمره بالا معرف سازگاری ضعیف است. ملاک نمره کودک میزان سازگاری اوست. به عبارت دیگر سؤالاتی که سازگاری را می‌سنجد شماره‌های (۲۱، ۲۰، ۱۶، ۲۲، ۱۵، ۳۰، ۳۷، ۳۶، ۳۵) است، به گزینه‌های (هیچوقت صفر، به ندرت نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲ و بیشتر اوقات نمره ۳) تعلق می‌گیرد و برعکس در سایر سؤالات که ناسازگاری را می‌سنجد به گزینه‌های (هیچوقت نمره ۳، به ندرت نمره ۲، گاهی اوقات نمره ۱ و بیشتر اوقات نمره صفر) تعلق می‌گیرد. اعتبار پرسشنامه‌ی دخانچی با استفاده از روش دو نیم کردن معادل ۷۹٪ و روایی ۸۱٪ در مطالعه‌ی دخانچی گزارش شده است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۷).

پرسشنامه کیفیت زندگی (QOL): این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده‌ی آن سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BERF) با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی

۴- نتایج

یافته‌های توصیفی

در این پژوهش ۱۰۰ کودک شرکت کردند که والدین آن‌ها نیز در پژوهش حضور داشتند. از این ۱۰۰ خانواده، ۴۹ والد مادر و ۵۱ والد پدر شرکت کردند. کودکان حاضر در پژوهش نیز شامل ۵۴ دختر و ۴۶ پسر بودند.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش

گروه	میانگین	انحراف	کمترین	بیشترین	تعداد
کودکان	۱۰،۶۴	۲،۵۳	۶	۱۴	۱۰۰
والدین	۵۲،۵۵	۵،۹۱	۳۷	۶۲	۱۰۰

تحصیلات والدین	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
زیر دیپلم	۸	۸٪	۸٪
دیپلم	۵	۵٪	۱۳٪
لیسانس	۶۸	۶۸٪	۸۱٪
فوق لیسانس	۱۶	۱۶٪	۹۷٪

همانطور که در جدول ۱ گزارش شده است ۱۰۰ فرزند به همراه والدینشان در این پژوهش شرکت کردند که میانگین سن کودکان ۱۱ سال و میانگین سنی والدین حاضر در پژوهش ۵۲ سال می‌باشد. همچنین بیشتر والدین حاضر در پژوهش دارای تحصیلات لیسانس (۶۸ درصد) بودند و درصد کمی از آن‌ها در مقطع دکتری (۳ درصد) و یا زیر دیپلم (۸ درصد) بودند.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره در خرده مقیاس‌های متغیر کیفیت زندگی در والدین و سازگاری و رشد حرکتی در کودکان گزارش شده است. لازم به ذکر است نمره‌های کیفیت زندگی نمره‌های استاندارد هستند که بر اساس دستورالعمل پرسشنامه از روی نمرات خام محاسبه شده‌اند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده	میانگی	خطای	انحراف	کمتری	بیشتری
مقیاس	ن	ن	د	د	ن	ن
سلامت جسمی	۴۶،۲۵	۱،۱۳	۱۱،۳۵	۲۳،۴۳	۷۱،۴۳	

کیفیت زندگی والدین	سلامت روان-شناختی	۵۵،۷۰	۱،۳۰	۱۳،۰۷	۲۹،۱۷	۸۷،۵۰
روابط اجتماعی	روابط اجتماعی	۴۶،۰۸	۱،۹۸	۱۹،۸۷	۸،۳۳	۸۳،۳۳
سلامت محیط	سلامت محیط	۵۱،۸۴	۱،۰۵	۱۰،۵۵	۳۱،۲۵	۷۵،۰۰
سازگار ی کودکان	سازگاری ناسازگار ی	۲۸،۶۹	۰،۴۷	۴،۷۴	۲۱،۰۰	۴۵،۰۰
		۶۲،۶۴	۰،۹۴	۹،۴۴	۳۹،۰۰	۹۷،۰۰

تحلیل استنباطی داده‌ها آزمون کولموگروف اسمیرنوف

جدول ۳: بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیرها	مقدار آماره	سطح معناداری
کولموگروف اسمیرنوف		
سلامت جسمی	۰،۰۵۷	۰،۲۰۰
سلامت روان-شناختی	۰،۰۹۴	۰،۱۵۴
روابط اجتماعی	۰،۰۶۳	۰،۱۷۸
سلامت محیط	۰،۰۶۷	۰،۱۴۱
سازگاری	۰،۱۱۹	۰،۰۵۴
ناسازگاری	۰،۰۷۸	۰،۱۴۱

در بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها، نتایج آزمون نشان داد سطح معناداری آماره کولموگروف اسمیرنوف ($P > ۰،۰۵$) می‌باشد و لذا فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. (جدول ۳)

آزمون فرضیه

برای بررسی فرضیه پژوهش یعنی ارتباط سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با کیفیت زندگی والدین آن‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد.

جدول ۴- ماتریس همبستگی کیفیت زندگی والدین با سازگاری

اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی	سلامت جسمی	سلامت روان-شناختی	روابط اجتماعی	سلامت محیط	سازگار ی	ناسازگار ی
اجتماعی	ی	ی	ی	ی	ی	ی

سلامت جسمی	۱	
سلام	۰.۵۴۶**	۱
روان-شناختی		
روابط اجتماعی	۰.۶۲۲**	۰.۵۰۰*
	*	
سلامت محیط	۰.۶۰۹**	۰.۵۹۶**
	۰.۶۴۹**	۱
سازگاری اجتماعی	۰.۳۸۴*	۰.۲۲۴*
	*	*
ناسازگار	۰.۴۰۰*	۰.۱۴۳*
ی	**	**
اجتماعی		

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در سطح ۰.۰۱ و سلامت روان-شناختی در سطح ۰.۰۵ با سازگاری اجتماعی کودکان رابطه مستقیم و معنادار دارد و همچنین خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در سطح ۰.۰۱ با ناسازگاری اجتماعی کودکان رابطه غیرمستقیم و معنادار دارد.

بدین معنا که با افزایش کیفیت زندگی والدین، سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی آن‌ها افزایش و ناسازگاری اجتماعی آنان کاهش می‌یابد. برای تعیین سهم سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی در کیفیت زندگی والدین از رگرسیون چند متغیری استفاده شد. برای هر کدام از حیطه‌های کیفیت زندگی یک تحلیل رگرسیون چند متغیری انجام شد که نتایج آن‌ها در ادامه گزارش می‌شود.

به طور کلی مقادیر تولرنس کمتر از ۰.۱ و مقادیر ویف بالاتر از ۱۰ به عنوان ملاکی برای حذف متغیرها در نظر گرفته می‌شود. مطابق با جدول بالا و مقادیر دو آماره می‌توان گفت مفروضه برقرار است و بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی قوی وجود ندارد. لازم به ذکر است در تحلیل رگرسیون از همبستگی نیمه تفکیکی متغیرها استفاده شد و در پیش‌بینی متغیر ملاک توسط هر متغیر مستقل اثر متغیرهای مستقل دیگر حذف گردید جدول ۵ نشان می‌دهد:

- از بین متغیرهای پیش‌بین سازگاری نا-سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند سلامت جسمی والدین را پیش‌بینی کنند.

- از بین متغیرهای پیش‌بین سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند روابط اجتماعی والدین را پیش‌بینی کنند.

- از بین متغیرهای پیش‌بین سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند سلامت محیط را پیش‌بینی کنند.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون

متغیر ملاک	متغیرها	B	Std. Error	β	T	P	Tolerance	VIF
------------	---------	---	------------	---------	---	---	-----------	-----

پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین	پیش-بین
سلامت جسمی	۲۱.۲	۲.۸۹	-	۷.۳۴	۰.۰۰	-	-	-
روابط اجتماعی	۸				۱			
سازگاری اجتماعی	۰.۲۰	۰.۰۶	۰.۳۰	۳.۳۴	۰.۰۰	۰.۹۴۱	۱.۰	۶
ناسازگار	۰.۱۰	۰.۰۳	۰.۲۹	۳.۱۶	۰.۰۰	۰.۸۸۲	۱.۱	۳
ی	-۰	۲	-۶	-	۲			
اجتماعی								
روابط اجتماعی	۸.۵۶	۲.۱۶	-	۳.۹۴	۰.۰۰	-	-	-
سازگاری اجتماعی	۰.۱۴	۰.۰۴	۰.۲۸	۳.۱۰	۰.۰۰	۰.۹۴۱	۱.۰	۶
ناسازگار	۰.۰۳	۰.۰۲	۰.۱۳	۱.۴۴	۰.۱۵	۰.۸۸۲	۱.۱	۳
ی	-۴	۴	-۵	-	۱			
اجتماعی								

سلامت محیط	۲۵.۷	۳.۲۴	-	۷.۹۴	۰.۰۰	-	-	-
سازگاری اجتماعی	۰.۱۵	۰.۰۶	۰.۲۲	۲.۳۳	۰.۰۲	۰.۹۴۱	۱.۰	۶
ناسازگار	۰.۰۶	۰.۰۳	۰.۱۷	۱.۷۴	۰.۰۸	۰.۸۸۲	۱.۱	۳
ی	-۱	۵	-۲	-	۵			
اجتماعی								

بر اساس این نتایج معادله های رگرسیون را می‌توان اینگونه نوشت:

$$Y = a + bx_1 + bx_2$$

ناسازگاری اجتماعی (۳،۱۶) + سازگاری اجتماعی (۳،۳۴) + ۲۱،۲۸ = سلامت جسمی

بحث

تولد کودک کم‌توان ذهنی به عنوان یک بحران می‌تواند به شکل عمیقی بر ارتباط‌ها و کنش‌های خانوادگی اثر بگذارد (زندگی و همکاران، ۱۳۹۶). کودکان ناتوان ذهنی به دلیل مشکلات شناختی سازشی و نیز حرکتی قادر به برقراری ارتباط درست با دیگران نمی‌باشند. لذا دچار تاخیرهای شدید در تعاملات اجتماعی و در نتیجه دچار ناسازگاری اجتماعی می‌باشند. این امر می‌تواند مشکلاتی را برای خانواده جامعه و کودک ایجاد کند (سیمرود-کلیکمن؛ ترجمه رضایی، ۱۳۹۴)

سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند معنا می‌کند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات مفهوم می‌یابد (کلی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین سازگاری اجتماعی عبارت است از انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین خود و محیط به نحوی که حداکثر خویشتن را به همراه بهزیستی اجتماعی، ضمن رعایت واقعیت‌های اجتماعی امکان‌پذیر سازد. به این ترتیب سازگاری به معنای شناخت این حقیقت است که هر فرد باید

هدف‌های خود را با توجه به چارچوب اجتماعی و فرهنگی تعقیب نماید (راجرز، بی تا، ۱۳۸۶؛ به نقل از غلامپور، ۱۳۹۱).

در این تحقیق به بررسی رابطه بین سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با کیفیت زندگی والدین آن‌ها پرداخته شد. مطابق با نتایج حاصل از همبستگی پیرسون خرده مقیاس‌های سلامت جسمی روابط اجتماعی سلامت محیط و سلامت روان شناختی با سازگاری اجتماعی کودکان رابطه مستقیم و معنادار دارد و همچنین خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ناسازگاری اجتماعی کودکان رابطه غیرمستقیم و معنادار دارد. بدین معنا که با افزایش کیفیت زندگی والدین سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی آن‌ها افزایش و ناسازگاری اجتماعی آنان کاهش می‌یابد. این یافته با پژوهش جمشیدی و جاویدی (۱۳۹۷) همسو می‌باشد.

سازگاری اجتماعی در حقیقت واکنش‌هایی هستند که موجب پذیرش فرد در گروه می‌شود. بنابراین فرد برای ورود به گروه باید در خود تغییراتی ایجاد کند و خود را با معیارها و ارزش‌های گروه هماهنگ سازد تا به عنوان عضو جدید پذیرفته شود. سازگاری اجتماعی شامل ارزیابی‌های ذهنی و عینی است؛ بدین معنی که ارزیابی ذهنی بیانگر میزان رضایت فرد از ارتباط با دوستانش است و ارزیابی عینی به معنای پذیرش فرد توسط همسالان او می‌باشد. به بیان دیگر برای مشخص کردن این نوع سازگاری باید هم به خود فرد و هم به گروه دوستان و همسالان و محیط فرد توجه کرد تا درک بهتری از سازگار اجتماعی او به دست آورد (اسکات، روت و اسکات، ۱۹۸۹). والدین با درک این مورد که کودکان آن‌ها می‌توانند با دیگران رابطه برقرار کنند و روابط بین فردی بهتری داشته باشند احساس رضایتمندی می‌کنند و این رضایتمندی بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین اثر می‌گذارد. چرا که در برخی تعاریف کیفیت زندگی به عنوان رضایتمندی از زندگی تعریف شده است (فوو؛ به نقل از فرجی، ۱۳۹۶).

در حوزه افزایش کیفیت زندگی والدین در همه جنبه‌های جسمی روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با کاهش ناسازگاری‌های کودکان نشان‌دهنده این نکته است که والدین احساس رضایت دارند. زمانی که سازگاری کودکانشان افزایش و ناسازگاری آنان کاهش می‌یابد و این احساس رضایت موجب بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود.

همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی حیطه‌های کیفیت زندگی والدین بر اساس رشد حرکتی کودکان کم‌توان ذهنی نشان داد حیطه سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در والدین و رشد حرکتی کودکان کم‌توان ذهنی آنان تاثیر معنادار دارد. اما حیطه سلامت روان‌شناختی از سازگاری اجتماعی متاثر نمی‌باشد. از بین متغیرهای پیش‌بین، سازگاری/ ناسازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند سلامت جسمی والدین را پیش‌بینی کنند. این یافته با پژوهش جمشیدی و جاویدی (۱۳۹۷)، یارمحمدیان، قمرانی و محمدزاده (۱۳۹۶)، برقی، بگیان و شریفی (۱۳۹۵) و نادر گرو سبویس (۲۰۱۴) همسو است.

از بین متغیرهای پیش‌بین، سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند روابط اجتماعی والدین را پیش‌بینی کنند. این یافته با پژوهش جمشیدی و جاویدی (۱۳۹۷) در زمینه سازگاری اجتماعی و در زمینه رشد حرکتی با پژوهش صادقی و خلجی و خواجوی (۱۳۹۶) و هاسکرام و همکاران (۲۰۰۱) همسو می‌باشد.

از بین متغیرهای پیش‌بین، سازگاری اجتماعی کم‌توان ذهنی می‌توانند سلامت محیط را پیش‌بینی کنند. این یافته با پژوهش جمشیدی و جاویدی (۱۳۹۷) در زمینه سازگاری اجتماعی با پژوهش صادقی و خلجی و خواجوی

(۱۳۹۶) و هاسکرام و همکاران (۲۰۰۱) همسو می‌باشد. نتایج پژوهش فریس آبادی، خسروی، صباحی (۱۳۹۴) نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی بین فردی و حل مساله اجتماعی موجب بهبود سازگاری اجتماعی دانش آموزان کم‌توان ذهنی می‌شود. می‌توان نتیجه گرفت که بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مهارت‌های بین فردی و حل مساله آنان را افزایش می‌دهد و بهبود این مهارت‌ها کیفیت زندگی والدین را متاثر می‌سازد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد سازگاری/ ناسازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با مولفه‌های کیفیت زندگی در والدین رابطه دارد و قادر به پیش‌بینی بخش‌هایی از کیفیت زندگی والدین هستند.

به طور کلی کیفیت زندگی والدین چیزی جدا از ویژگی‌های رشدی کودک خود نیست (بروک و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از صادقی، خلجی و خواجوی، ۱۳۹۶). سازگاری فرایندی است در حال رشد و پویاست و شامل توازن بین آنچه افراد می‌خواهند و آنچه جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند می‌پذیرد. به عبارت دیگر سازگاری یک فرآیند دو طرفه است. از یک طرف فرد به صورت موثر با اجتماع تماس برقرار می‌کند و از طرف دیگر اجتماع نیز ابزارهایی را فراهم می‌کند که فرد از طریق آن‌ها توانایی بالقوه خویش را واقعیت می‌بخشد. در این تعامل فرد و جامعه دستخوش تغییر و دگرگونی شده و سازشی نسبتاً پایدار به وجود می‌آید. بدیهی است که برای والدین بسیار حائز اهمیت و رضایت‌بخش است که شاهد بهبود مهارت‌های حرکتی کودکان و بهبود تعاملات اجتماعی آنان و در نهایت سازگاری اجتماعی آنان باشند.

پیشنهادها

با آموزش مهارت‌هایی مانند روابط بین فردی و حل مساله می‌توان به افزایش سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی کمک کرد. پیشنهاد می‌شود مربیانی که در مراکز بهزیستی از این کودکان مراقبت می‌کنند دوره‌های آموزش مهارت‌های کار با کودکان را با هدف بهبود بخشیدن مهارت‌های سازگاری بگذرانند تا در راستای افزایش سطح کیفیت زندگی خانواده‌هایی که دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند بتوانند تاثیر گذار باشند. در نهایت به منظور بررسی‌های بیشتر به محققین آتی پیشنهاد می‌شود که:

۱. انجام پژوهش حاضر در سایر گروه‌هایی استثنایی از جمله ناشنوا و نابینا و مقایسه گروه‌ها با یکدیگر.
۲. افزودن متغیرهای دیگر به پژوهش در این راستا موارد زیر مورد نظر است:

- سبک‌های فرزندپروری والدین
- مکانیسم دفاعی مادران
- راهبردهای مقابله‌ای
- بررسی روابط مادر با کودک دارای نیازهای ویژه

محدودیت‌ها

۱. عدم همکاری بعضی از مادران در تکمیل پرسشنامه‌ها که در نهایت به کنار گذاشته شدن پرسشنامه‌ها از فرآیند تحلیل شد.
۲. عدم درک برخی از سوالات، حوصله و دقت کافی نداشتن برای پاسخگویی به سوالات و تعجیل برای اتمام سوالات.

۳. بی-انگیزه بودن و ناامیدی برخی از آزمودنی-ها در پاسخ-گویی به سوالات این امر باعث شد احتمالاً برخی از پاسخ-دهندگان پاسخ-های واقعی خود را بیان نکرده باشند.

مراجع

- رباط جزى، ع، غفورى، ا (۱۳۹۲). تأثير آموزش مهارت‌های زندگى بر شادكامى مادران كودكان كم‌توان ذهنى فصل‌نامه‌ی افراد استثنائى ۴(۱۳): ۱۱۸-۱۲۹.
- نقشه باف، م؛ كاظمى شيشوان، م. (۱۳۹۴). طراحي مؤثر مراكز آموزشى و توان بخشى كودكان معلول ذهنى در راستاى تحقق پايدارى اجتماعى، همایش بين المللى عمران و شهرسازى در آغاز هزاره‌ی سوم.
- خالقی پور، ش؛ زرگر، ف (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی، تحقیقات علوم رفتار، ۱۲(۲): ۴۲-۵۳.
- کميجانی، م. (۱۳۹۱). کودکان استثنایی و چالش‌های مادران تعلیم و تربیت اسلامی ۱۱ (۳۸-۴۴).
- طهرانی‌زاده، م؛ مردوخى، م؛ حاجى رستم‌لو، ر. (۱۳۹۶). مطالعه کیفیت زندگى والدین دارى بیش از يك فرزند با نیازهای ویژه فصلنامه سلامت روان كودك ۴(۲): ۶۰-۷۰.
- Patti, F., Amato, M. P., Battaglia, M. A., Pitaro, M., Russo, P., Solaro, C. & Trojano, M. (2007). Caregiver quality of life in multiple sclerosis: a multicentre Italian study. Multiple Sclerosis, 13, 412-419.
- بزازیان، س؛ رجب، ا. (۱۳۸۹). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگى افراد ديابتي (گتره سنى ۲۰ تا ۶۰ سال)، مجله روان‌شناسى تحولی: روان شناسان ایران، ۲(۲۴): ۳۲۷-۳۱۷.
- باقرى، م؛ شهسواری، آ. (۱۳۸۷). تأثير فعاليت‌های جسمی ویژه در سازگارى اجتماعى و عملکرد ادراكى-حركتى دانش آموز كم توان ذهنى، تعلیم و تربیت استثنائى، ۸۰: ۳-۹.
- نویدی، آ. (۱۳۸۵)، تهشير آموزش مدیریت خشم بر بر مهارت‌های سازگارى پسران دوره‌ی متوسطه‌ی شهر تهران. مجله‌ی روانپزشكى روانشناسى بالينى ایران، ۱۴(۴): ۳۹۴-۴۰۳.
- شاه میوه، آ. (۱۳۸۸). بررسی تأثير آموزش تطابقى بر رفتار سازشى و رشد حرکتى دانش‌آموزان ناتوان ذهنى آموزش‌پذير پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی كودكان استثنائى، دانشگاه اصفهان.
- قنبرى هاشم آبادى، ب؛ سعادت، م. (۱۳۸۹). بررسی تأثير حرکات ریتمیک یوگا بر تعاملات اجتماعى كودكان كم‌توان ذهنى مقطع ابتدائى شهر سنگان-خواف. مطالعات تربيتى و روان شناسى دانشگاه مشهد ۱۱(۱): ۱۷۱-۱۸۸
- Soresi, S., & Nota, L. (2000). Social skill training for persons with Downs syndrome. Journal of Euro Psychology 5, 34-43.
- صادقی، ر؛ خلجی، ح؛ خواجوی، د. (۱۳۹۶). ارتباط رشد حرکتی و شاخص توده‌ی بدنى كودكان كم‌توان ذهنى با کیفیت زندگى والدین آن‌ها. تعلیم و تربیت استثنائى، ۱۳۴: ۱۳-۲۰.
- جمشیدی، م؛ جاویدی، ح. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رابطه‌ی بین کیفیت زندگى والدین و همبستگی خانواده با سازگارى اجتماعى كودكان كم‌توان ذهنى با استفاده از مدل رگرسیون چهارمین همایش بين‌المللى افق‌های نوین در علوم تربيتى روانشناسى و آسیب‌های اجتماعى، تهران، انجمن افق نوین علم و فناوری.
- رسولی، م؛ یغمایی، ف؛ مهاجرى، س؛ قدسى قاسم‌آبادی، ر؛ محرابی، ی؛ ندولو، م؛ اجاقلو، خ. (۱۳۹۷). همبستگی کیفیت زندگى مادران دارى كودك با نیازهای ویژه و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در شهر تهران نشریه‌ی روان پرستارى ۶(۳): ۷۰-۷۸
- Nader-Grosbois, N. (2014). Self-perception, self-regulation and metacognition in adolescents with intellectual disability. Journal of Research in Developmental Disability, 35(6), 1334-1348
- نجات، ف. (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگى و اندازه‌گیرى آن»، مجله تخصصی اپیدمیولوژى ایران دوره ۴، ۱۳۸۷، شماره ۲ صفحات ۶۲-۵۷.
- پرویز پرزور، جابر عزیزاده گورادل، حسن یاقوتی زرگر، سجاد بشرپور، «اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگى بر بهبود کیفیت زندگى معنادان به مواد افیونی»، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد سال نهم شماره سی‌وپنجم پاییز ۱۳۹۴، صفحه ۱۴۸-۱۳۸
- فرجی، ن. (۱۳۹۶). سنجش رضایتمندی از کیفیت زندگى در سکونتگاه‌های غیر-رسمی-مطالعه موردی شهر بجنورد، فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های بوم-شناسی شهری، ۲(۲): ۱۰۰-۸۹.
- Saghi, M., Rajai, A. 2009. Relation between adolescent perception families with adjustment. Thought and Behavior in Clinical Psychology; 10:71-82.
- شریعتمداری، ع. (۱۳۸۰). روانشناسی تربیتی تهران: انتشارات امیرکبیر.
- بیجاری، ف؛ پیوسته‌گر، ا؛ ظریف جلالی، ز. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی ابعاد خودپنداره و سازگارى در افراد خود شیفته‌ی سازگار و نا سازگار مطالعات روانشناختی ۴۹۹-۱۲۸.
- جهان‌دیده، ج (۱۳۹۱). مقایسه رابطه تمایز یافتنی و تصور از خویشتن با سازگارى اجتماعى در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- شریفی درآمدی، پ (۱۳۹۴). روان شناسی و آموزش افراد استثنائى. تهران: آوای نور، چاپ دوم.
- سیمرو-کلیکمن، م؛ ترجمه‌ی رضایی، س. (۱۳۹۳). کفایت اجتماعى كودكان عقب‌مانده‌ی ذهنى و تیزهوش تهران: آوای نور.
- محمودی، م، میرزمانی، م؛ ذبیحی، ر. (۱۳۹۷). رابطه‌ی سلامت روانی والدین با سازگارى فرزندان پسر مقطع ابتدائى منطقه ۱۷ شهر تهران.
- فصلنامه‌ی آموزش مشاوره و روان‌درمانی. ۷: ۱۴-۲۲
- سایت روان بنیان (۱۳۹۲). نمره‌گذاری و مشخصات آماری کیفیت زندگى - ۲۶ آیتمی.
- فصلنامه زندی، ط؛ حسین‌آبادی، ص؛ پورشهریاری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارى فرزندان اوتیسم. توانمندسازی كودكان استثنائى ۸، ۵۴-۹۷.
- Kelly, P. J., Robinson, L. D., Osborne, B., Baker, A. L., Deane, F. P., Hudson, S., & Hides, L. M. (۲۰۱۷). QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS SEEKING TREATMENT FOR SUBSTANCE ABUSE: A LATENT CLASS ANALYSIS. Drug and Alcohol Review, 36, 44-44.
- غلامپور، ن. (۱۳۹۱). مهارت‌های اجتماعى دو گروه از كودكان عادى و مبتلا به اختلالات یادگیری در خانه و مدرسه. نخستین همایش ملی توانمندسازی فردی اجتماعى افراد با نیازهای ویژه. خراسان جنوبی ت قانن، دانشگاه آزاد اسلامى قاننات.
- فرجی، ن. (۱۳۹۶). سنجش رضایتمندی از کیفیت زندگى در سکونت‌گاه‌های غیر-رسمی-مطالعه موردی شهر بجنورد، فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های بوم-شناسی شهری، ۲(۲): ۱۰۰-۸۹.