

بررسی نیمرخ روانی والدین با کودک عقب مانده ذهنی و عادی

مهرداد ساسانی^۱، لیلا شکاری^۲، عاطفه کشی زاده^۳

^۱ دکتری مشاوره و مدرس موسسه آموزش عالی میزان، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه ارومیه

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه رشديه

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیمرخ روانی والدین با و بدون کودک عقب مانده ی ذهنی براساس پرسشنامه چند محوری میلون صورت گرفت. این تحقیق توصیفی از نوع علی-مقایسه ای است. ۵۰ نفر از والدین کودکان عقب مانده ذهنی مدارس استثنایی تبریز به صورت در دسترس انتخاب و با ۵۰ نفر از والدین دانش آموزان غیر بالینی از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات همگن شدند. از پرسشنامه بالینی چند محوری میلون سه (MCMIII-III) برای جمع آوری داده های تحقیق استفاده شد. نتایج نشان داد که والدین کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با والدین کودکان کنترل بهنجار از میانگین نمرات کمتری در کل الگوهای بالینی شخصیت (افسرده، ضد اجتماعی، منفی گرا)، کل آسیب شدید شخصیت (مرزی)، PTSD، کل نشانگان شدید (اختلال تفکر، اختلال هذیانی) و کل مقیاس میلون برخورداری بودند ($P < 0.05$). در سایر اختلالات شخصیت بین دو گروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی پسر نسبت به والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی دختر از میانگین نمرات بیشتری در اختلالات شخصیت اجتنابی، نمایشی، خودشیفته برخورداری بودند ($P < 0.05$). در سایر اختلالات شخصیت بین دو گروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با پدران کودکان عقب مانده ذهنی در اختلالات شخصیت وسواسی و پدران در اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، دیگرآزارگر، اسکیزوتایپال، مانیک، نشانگان بالینی، وابستگی به الکل و وابستگی به مواد نمرات بیشتری گزارش کرده اند ($P < 0.05$). در سایر اختلالات شخصیت بین دو گروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. بر اساس یافته های تحقیق والدین کودکان عقب مانده ذهنی از علایم بیشتر اختلالات شخصیت رنج می برند.

واژه های کلیدی: نیمرخ روانی، کودکان عقب مانده ذهنی، اختلالات شخصیت

مقدمه

اساساً خانواده یک سازمان اجتماعی کوچک است که روابط اعضای آن، بخصوص روابط والدین با فرزندان، مهم ترین عنصر شکل دهنده این سازمان است. رشد مطلوب و سالم فرزندان در تمام ابعاد مرهون ارتباط موثر و مطلوب والدین با فرزندان می باشد. تحلیل های نظری و تجربی بسیاری به ارتباط موثر والدین با فرزندان اختصاص یافته است و برای آن اهمیت و ارزش خاصی قایل شده اند. از سوی دیگر، مطالعات و تحقیقات فراوانی به اثر فرزند بر هریک از والدین و دیگر اعضای خانواده و یا بر کل خانواده به عنوان یک رابطه دو جانبه و تاثیر متقابل توجه داشته اند، اما بررسی مبانی روان شناختی ارتباط موثر و مطلوب والدین بر فرزندان از مهم ترین مسائل در حریم خانواده و سلامت روانی آن تلقی می شود (میرزاییگی، ۱۳۸۸). خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هریک از اجزاء و اعضاء آن کل نظام را مختل می کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می نماید. با این نگرش، معلولیت یکی از فرزندان، بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر یکا یک اعضاء تاثیر غالباً منفی می گذارد. این تاثیرات بر خلاف معلولیتی که عارض شده است اجتناب ناپذیر نیستند و یا لاقلاً به میزان زیادی قابل جبران و تخفیف می باشند. حضور فرزند استثنایی در خانواده موجب خدشه دار شدن ارتباط های درون گروهی و برون گروهی خانوادگی می گردد و همین مخدوش شدن ارتباط ها موجب بروز مشکلاتی آسیب زا در فضای خانواده می گردد (اشکان، ۱۳۹۳). عقب ماندگی ذهنی اختلالی که از کودکی نمایان می شود، با عملکرد عقلانی زیر متوسط (هوشبهر ۷۰ یا کمتر) مشخص می شود. عقب ماندگان ذهنی آموزش پذیر افرادی هستند که بهره هوشی آنان ۵۰-۷۰ می باشد و قادر به فراگیری حداقلی از اطلاعات عمومی و درس های رسمی کلاس از قبیل خواندن و نوشتن و حساب کردن و مهارت های مناسب شغلی بوده و می توانند در اداره زندگی خود از تحصیل خویش بهره مند شوند (اصانلو، ۱۳۹۰).

طبق نظریه های سیستمی خانواده، رفتار هر یک از اعضاء خانواده موجب تاثیر در رفتار سایر افراد خانواده قرار می گیرد لذا وجود هر گونه اختلال روانپزشکی در کودکان و همچنین والدین، موجب تاثیرگذاری بر سایر افراد خانواده می شود (سیگ، دلبر، استنفورد، سوتولو، مک دونورین و همکاران، ۲۰۰۷). از طرفی نباید این مساله را نادیده گرفت که تشابه ژنتیکی والدین با فرزندان می تواند استعداد ابتلا به اختلال روانی را در هر دو مورد به صورت نسبتاً زیادی هما هنگ گرداند. به طوری که فرزندان دارای اختلالات روانپزشکی، دارای والدینی هستند که از اختلالات روانپزشکی زیادی رنج می برند (گوتسمن، لارسن، برتلسن و مورتسن، ۲۰۱۰).

با در نظر گرفتن این که شخصیت، نمای کلی از وضعیت روانی هر فرد ارائه می دهد لذا در گام اول شناخت شخصیت به درک بهتر و پیش بینی رفتار آتی فرد کمک می کند (انجمن روانپزشکان امریکا، ۱۳۹۱). بر این اساس بررسی نیمرخ اختلالات شخصیت والدین دارای کودکان عقب مانده ذهنی به درک ارتباط بین مشکلات روانپزشکی والدین و کودکان کمک خواهد کرد.

با حضور کودک عقب مانده ذهنی، مشکلات مراقبتی برای خانواده و به ویژه تجربیات استرس زا برای والدین ایجاد می شود. چنین وضعیتی مانع از آن می شود که خانواده بتواند کارکردهایی متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت، روابط زناشویی را به نحو مطلوبی انجام دهد. از طرفی استرس مداوم در والدین زمینه بروز مشکلات روانی

متعددی برای آنها را بوجود می آورد. چنان که پژوهش های قبلی نشان داده اند که والدین کودکان عقب مانده ذهنی در ابعاد مختلف سلامت روانی دچار مشکلات متعددی هستند.

در تکامل شناخت دقیق تر نیمرخ روانی افراد، می توان از رویکرد شخصیتی و بویژه نیمرخ الگوهای بالینی شخصیت استفاده کرد. شخصیت، تاحدودی منحصر به فرد انسان در تطابق با محیط است که با شیوه ی سایر انسان ها تا حدودی متفاوت است. خزانه رفتاری هر فرد او را از دیگران متفاوت کرده و شیوه ای مقابله وی را در برخورد با دیگران تعیین می کند. با این تعریف اختلال شخصیت یک بیماری نیست) شریفی، (۱۳۸۶ از این رو میلیون بجای واژه اختلال از اصطلاح الگوهای بالینی شخصیت استفاده می کند و هم چنین ذکر می کند که ویژگی عمده ی افراد در اختلال شخصیت شیوه مقابله نا کافی آنهاست. مطابق با راهنمای آماری و تشخیصی اختلال روانی، اختلالات شخصیت الگویی پایدار از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی، به میزان قابل توجهی مغایرت دارد، فراگیر و نافذ است، و در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می شود، در طی زمان پایدار است و به پریشانی یا اختلال منجر می شود) انجمن روانپزشکی امریکا، (۱۳۹۱ بدین ترتیب شخصیت الگوی بسیار پیچیده و عمیقی است، ویژگی های روان شناختی است که خود را در تمامی جنبه های عملکرد فرد آشنا می سازد. این ویژگی های فراگیر بوده و ماتریس پیچیده ای از پیش آمادگی های زیستی و یادگیری ها، الگوهای احساس، ادراک، تفکر و شیوه های مقابله فرد را تشکیل می دهند) شریفی، (۱۳۸۶ هر چند که گزارش های قبلی بر وجود مشکلات روانی در والدین کودکان تاکید کرده اند اما مشکلات شخصیتی والدین کودکان عقب مانده ذهنی بررسی جامعی انجام نشده است. اما با توجه به نتایج مطالعات قبلی بنظر می رسد که وجود استرس مداوم ناشی از ابتلا فرزند به عقب ماندگی ذهنی، احتمال بروز علایم و حتی اختلالات شخصیتی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی را افزایش می دهد. چنانچه مجومدار، سیلواپریا و فرناندز (۲۰۰۵) کوهسالی و همکاران (۱۳۸۷) گزارش کرده اند که والدین کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به والدین کودکان کنترل بهنجار از اضطراب و استرس بیشتری برخوردار هستند. همچنین مطالعه بن ثابت و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از آن است که مشکلات خلقی و اضطرابی در والدین کودکان دارای مشکلات ناتوانی بیشتر است و از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند.

تحقیق بحرینیان و همکاران (۱۳۹۱) حاکی از آن است که مادران کودکان عادی فردی خوشتن دارتر در حالی که مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی افرادی مهربان، محتاط، کمرو، منزوی، مضطرب، هیجانی تر، دل مشغول، تنیده و دارای تنش عصبی بیشتری هستند. همچنین گزارش شده است که مادران دارای دختر عقب مانده ذهنی نسبت به مادران دختران عادی سازگاری اجتماعی کمتری) کوهسالی و همکاران (۱۳۸۶)، (۱۳۸۷ و نشخوار ذهنی بیشتر برخوردار هستند) آقابابایی، استکی آزاد و عابدی، (۱۳۹۲) وجود کودک معلول و عقب مانده ذهنی در روابط خانوادگی تغییر ایجاد می کند. اگر معلولیت شدید باشد یا کودک دارای معلولیت چندگانه باشد، این تغییرات شدیدتر خواهند بود. معمولاً اولین واکنش والدین در مقابل ناتوانی کودک، ضربه ی روانی است که می تواند حالت هایی همچون یاس و ناامیدی، غمگینی، افسردگی، احساس تنهایی، ترس، خشم، ناکامی، احساس نابودی، گنجی، تردید در همه چیز و احساس افتادن در تله ای که راه فراری از آن نیست، در پی داشته باشد) هالاهان و کافمن، ۱۹۹۳، ترجمه جوادیان (۱۳۸۳) به تدریج که کودک بزرگتر می شود والدین دل مشغول استقلال کودک کم توان ذهنی می شوند که ممکن است برای مدت طولانی ادامه پیدا کند و متأسفانه نمی توان به راحتی بر

آن غلبه کرد) درکه ایلامی، (۱۳۸۶) لذا شناخت دقیق از مشکلات والدین و نیمرخ روانی آنها به صورت بررسی اختلالات شخصیت به توسعه علمی و در نهایت کمک به آنها مفید خواهد بود.

در جریان تربیت کودک، والدین معمولاً حسن تفاهم دارند و کودک خود را می پذیرند در حالی که موضوع در خانواده کودک کم توان ذهنی و معلول پیچیده و مشکل تر است عقب ماندگی و کم توانی ذهنی کودک و کندی رشدی و نیاز به امکانات ویژه برای مراقبت از او دارد و شاید آرامش خانوادگی را به هم بزند. علاوه بر این رابطه ی کودک کم توان ذهنی و والدین ممکن است بر اثر جدایی کودک از افراد هم سن و سال و مراقبت دراز مدت والدین از وی خدشه دار گردد (میلانی فر، ۱۳۹۱). رابطه ای میان کودک کم توان ذهنی و خانواده نه تنها پیچیده تر از رابطه ای میان کودک عادی و خانواده است بلکه به مراتب سخت تر نیز می باشد (هالاها و کافمن، ۱۹۹۳، ترجمه جوادیان، ۱۳۸۳).

واکنش های والدین در برابر معلولیت فرزند و داشتن کودک کم توان ذهنی بطور معمول عبارت است از: از دست دادن عزت نفس، داشتن احساسات متضاد و دوگانه، افسردگی، احساس حقارت و بهداشت روان پایین، سردرگمی و شوکه شدن والدین دارای فرزند ان معلول احساس گناه و فروپاشی خانواده به ویژه مادر و تجربه استرس بیشتر در والدین کم توان ذهنی نسبت به والدین عادی در تحقیقات مختلف و متعدد گزارش شده اند. والدین نه تنها نسبت به فرزند عقب مانده ذهنی خود واکنش عاطفی نشان می دهند. فشار گروه ها خواه واقعی باشد خواه غیرواقعی، اغلب والدین را به کناره گیری از تماس های عادی اجتماعی شان وادار می سازد. خانواده بی اختیار گوشه گیر می شود و به دلیل افزایش این طرد اجتماعی و گوشه گیری، والدین تمایل به تمرکز دائمی و بیش از حد بر فعالیت های کودک پیدا می کنند. این افزایش توجه و تمرکز به ناتوانی های کودک، موجب بروز اختلالات شخصیتی و روانی در والدین می گردد (اشکان، ۱۳۹۳).

در این تحقیق نیمرخ روانی والدین کودکان عقب مانده ذهنی با در نظر گرفتن وجود الگوهای شخصیتی معیوب، پرسشنامه میلون سه در نظر گرفته شد. نیم رخ های شخصیتی که توسط مقیاس آزمون میلون سه بیان می شود شامل اختلال شخصیت اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خود شیفته، ضد اجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی گرا، تهاجمی، خود آزار، اسکیزوتایپال، مرزی، پارانویید و اختلال های بالینی شبه جسمی، مانیک، افسرده خویی، وابستگی به الکل و مواد مخدر، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال هذیانی و افسردگی اساسی می باشد (شریفی، ۱۳۸۶) از آنجایی که آزمون میلون سه ابعاد گسترده ای از مشکلات روانی و شخصیتی را ارزیابی می کند می تواند نگاه جامع تری نسبت به وضعیت روانی افراد ارائه نماید.

با توجه به شیوع بالای عقب ماندگی ذهنی در کودکان و اهمیت ایجاد بستر خانوادگی و همچنین آموزشی مناسب برای کودکان عقب مانده ذهنی، در کنار ایجاد زندگی توام با آرامش برای والدین و خانواده ها اهمیت دارد که حصول چنین هدفی به شناخت دقیق نیمرخ شخصیتی والدین نیازمند است. در حالی که مطالعات اندکی درباره شدت علایم و اختلالات شخصیتی والدین کودکان عقب مانده ذهنی وجود دارد. بر این اساس، تحقیق حاضر با هدف مقایسه نیمرخ روانی والدین با و بدون کودک عقب مانده ی ذهنی براساس پرسشنامه چند محوری میلون صورت گرفته است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر؛ توصیفی از نوع علی-مقایسه ای^۱ است. جامعه آماری این پژوهش کلیه والدین دانش آموزان زیر ۱۸ ساله عقب مانده ذهنی و عادی شهرستان تبریز می باشند که در مدارس استثنایی تحصیل می کنند و طبق پرونده تحصیلی از نظر هوشبهر بین ۵۰ تا ۷۰ قرار دارند.

همچنین جامعه آماری والدین دانش آموزان غیربالینی بهنجار شامل والدین دانش آموزان مدارس عادی شهرستان تبریز می باشند که در مدارس دولتی تحصیل می کنند. گروه کنترل بهنجار از نظر سن، جنس، تحصیلات با آنها همتا شدند. با توجه به اینکه تعداد جامعه آماری اندک می باشد و همچنین الزام شرکت هر دو والد در تحقیق وجود داشت لذا روش نمونه گیری به روش در دسترس و از بین جامعه آماری انتخاب گردید. حجم نمونه مورد ارزیابی در این تحقیق تعداد ۵۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

ابزار اندازه گیری

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون سه (MCMIII)

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون سه توسط میلون در سال ۱۹۸۷ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷۵ سؤال است که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می شود. این پرسشنامه برای افراد ۱۸ سال و بالاتر طراحی شده است. پرسشنامه چند محوری بالینی میلون به منظور سنجش ۱۰ اختلال شخصیت که در سه خوشه (A,B,C) قرار دارند بکار می رود. البته شاخص های دیگر نیز با استفاده از این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می گیرد. اما در این مطالعه فقط از آیتم هایی که خوشه B و آیتم هایی که روایی را می سنجند استفاده شد.

روش نمره گذاری این آزمون با استفاده از شیوه خاصی که مربوط به این پرسشنامه است صورت می گیرد. یک آیتم ممکن است در چند زیر مقیاس دخالت داشته باشد و پاسخ به یک آیتم هم بر اساس دستورالعمل مربوط به هر زیرمقیاس نمره گذاری می شود. گستره نمره گذاری هر آیتم بین یک الی دو متغیر است. در این تحقیق از نمره خام هر آزمون و میانگین کل هر زیرمقیاس استفاده شده است.

مطالعات مربوط به اعتبار و روایی MCMIII نشان می دهند که این پرسشنامه به طور کلی یک ابزار روانسنجی به خوبی سازمان یافته است. ضرایب آلفای مقیاس های ۲۰ و MCMIII-۲۶ بیش از ۸۰/۰ و برای مقیاس های افسردگی و وسواس عملی آن به ترتیب بالاتر از ۹۰/۰ و پایین تر از ۶۶/۰ است (میلون، ۱۹۹۴، نقل از شریفی، ۱۳۸۶). همچنین برای MCMIII-۱۳ ضرایب بازآزمایی بالایی با میانگین ۹۱/۰ گزارش شده است. این ضرایب اعتبار باز آزمایی فوق العاده است، اما باید دانست که دامنه فواصل زمانی بازآزمایی بین ۵ تا ۱۴ روز بوده است. با توجه به ثبات بلند مدت سبک های شخصیت از لحاظ نظری، بهتر آن است که برای آزمون این سبک ها به بررسی اعتبار بازآزمایی در طول یک فاصله زمانی بلندتر اقدام شود. اگر چنین کاری هنوز برای MCMIII انجام نشده است، اما مشخص شده بود که اعتبار بازآزمایی MCMIII اصلی با متوسط فاصله زمانی ۳۷۹ روز ضرایبی با میانگین ۶۹/۰ برای مقیاس های بالینی را نشان داده است. این نتایج بیانگر سطح متوسطی از ثبات بلند مدت است. راهنمای MCMIII-۸۹ را برای مقیاس های شخصیت و میانگین اندکی بالاتر یعنی ۹۱/۰ را برای مقیاس های

بالینی گزارش کرده است. همبستگی های گوناگونی میان MCMi و ابزارهای مربوط مختلف از جمله پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رفتار کلی، آزمون غربال گری میشیگان، پرسشنامه اضطراب حالت - صفت، فهرست نشانه ها ۹۰ - SCL و MMPI به دست آمده است) میلون، ۱۹۹۴، نقل از شریفی، ۱۳۸۶)

این پرسشنامه اولین بار توسط خواجه موگهی) علمدار ساروی و قلعه بندی، (۱۳۸۳ در ایران معرفی شد و ویژگی های روان سنجی آن با یافته های گزارش شده توسط میلون هم خوانی دارد اعتبار آزمون ۸۰/۰ و پایایی آنرا به روش بازآزمایی برای هر کدام از زیر مقیاس ها مابین ۶۳/۰ الی ۸۶/۰ گزارش شده است) هادی نژاد، (۱۳۸۶ در این تحقیق پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی، نمایشگر و خودشیفته به ترتیب ۶۴/۰، ۶۹/۰، ۷۲/۰ و ۶۱/۰ بدست آمد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

جدول ۱-۴ فراوانی، درصد ویژگی های جمعیت شناختی خانواده

متغیرها	گروه	والدین کنترل بهنجار N(%)	والدین عقب مانده ذهنی N(%)
تعداد فرزندان	یک	۲۱(۴۲)	۱۲(۲۴)
	دو	۲۴(۴۸)	۲۵(۵۰)
	سه	۵(۱۰)	۱۳(۲۶)
سطح تحصیلات والدین	کم سواد	۴(۸)	۱۳(۲۶)
	زیر دیپلم	۹(۱۸)	۱۹(۳۸)
	دیپلم	۲۴(۴۸)	۸(۱۶)
	کاردانی	۴(۸)	۳(۶)
	کارشناسی	۹(۱۸)	۶(۱۲)
	ارشد و دکتری	۰	۱(۲)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴(۸)	۲۴(۴۸)
	متوسط	۴۲(۸۴)	۲۲(۴۴)
	کمی مرفه	۴(۸)	۴(۸)
سکونت محل سکونت	تبریز	۳(۶)	۵(۱۰)
	شهرستان های استان	۳۶(۷۲)	۲۷(۵۴)
	روستایی	۱۱(۲۲)	۱۸(۳۶)
	منطقه شهری	۳۶(۷۲)	۲۹(۵۸)
	منطقه روستایی	۱۴(۲۸)	۲۱(۴۲)
وضعیت اشتغال	بیکار	۸(۱۶)	۶(۱۲)
	کارگر	۱(۲)	۹(۱۸)

کارمند	۱۱(۲۲)	۵(۱۰)
خانه دار	۲۰(۴۰)	۰
شاغل در خانه	۲(۴)	۰
بازنشسته	۱(۲)	۲(۴)
شغل آزاد	۷(۱۴)	۶(۱۲)
ندارد	۴۵(۹۰)	۴۷(۹۴)
دارد	۵(۱۰)	۳(۶)
ندارد	۴۵(۹۰)	۴۷(۹۴)
دارد	۵(۱۰)	۳(۶)
پسر	۳۰(۶۰)	۲۵(۵۰)
دختر	۲۰(۴۰)	۲۵(۵۰)

سابقه اختلال روانی

سابقه مشکل روانی

جنسیت فرزند

جدول ۲-۴ میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف و توزیع کجی و کشیدگی اختلالات شخصیت

اختلالات شخصیت	مقیاس ها	میانگین	انحراف استاندارد	K-S	معنی داری	کشیدگی	چولگی
الگوهای بالینی شخصیت	اسکیزوتیپ	۵۱/۸	۶۲/۳	۹۶/۰	۳۱/۰	۱۵/۰	۴۷/۰-
	اجتنابی	۸	۶۶/۳	۲۰/۱	۱۱/۰	۵۱/۰	۳۳/۰-
	افسرده	۳۴/۸	۷۱/۵	۲۲/۱	۰۹/۰	۳۲/۰	۹۵/۰-
	وابسته	۸۹/۸	۳۷/۴	۶۰/۱	۰۱۱/۰	۷۹/۰	۳۱/۰
	نمایشی	۵۸/۱۲	۳۲/۳	۹۵/۰	۳۲/۰	۲۷/۰-	۳۷/۰-
	خودشیفته	۹۱/۱۲	۰۴/۳	۲۴/۱	۰۸/۰	۴۱/۰	۴۹/۰-
	ضد اجتماعی	۴۵/۶	۶۸/۳	۳۰/۱	۰۶/۰	۹۳/۰	۴۱/۱
	دیگرآزارگر	۵۲/۹	۶۷/۴	۲۴/۱	۰۹/۰	۶۶/۰	۵۸/۰
	وسواسی	۱۵/۱۶	۶۷/۳	۲۲/۱	۰۹/۰	۹۲/۰-	۷۶/۰
	منفی گرا	۹۲/۸	۵۶/۵	۰۶/۱	۲۱/۰	۱۶/۰	۸۶/۰-
آسیب شدید شخصیت	خودآزارگر	۶۲/۶	۱۲/۴	۷۳/۱	۰۰۵/۰	۰۱/۱	۱۶/۱
	اسکیزوتایپال	۳۹/۵	۳۲/۴	۴۵/۱	۰۲/۰	۵۱/۱	۷۰/۳
	مرزی	۳۶/۶	۶۵/۴	۴۴/۱	۰۳/۰	۹۶/۰	۶۶/۰
	پارانویید	۸۶/۸	۴۶/۴	۹۱/۰	۳۷/۰	۳۳/۰	۳۲/۰-
نشانگان بالینی	اضطراب	۸۲/۵	۸۰/۴	۴۷/۱	۰۲/۰	۶۰/۰	۷۲/۰-
	شبه جسمی	۱۳/۴	۵۴/۳	۵۵/۱	۰۱۲/۰	۶۲/۰	۵۸/۰-
	مانیک	۳۴/۵	۷۳/۳	۳۸/۱	۰۴/۰	۱۷/۱	۶۶/۱
	افسرده خویی	۱۰/۵	۵۵/۴	۶۵/۱	۰۰۸/۰	۸۳/۰	۲۸/۰-

۶۴/۶	۰۸/۲	۰۰۱/۰	۹۷/۱	۴۱/۲	۶۸/۳	وابستگی به الکل	نشانگان شدید
۱۳/۷	۰۸/۲	۰۲/۰	۴۹/۱	۰۱/۳	۷۷/۳	وابستگی به مواد	
۱۱/۰-	۰۲/۱	۰۰۱/۰□	۰۵/۲	۹۴/۴	۸۱/۴	PTSD	
۱۷/۰	۸۵/۰	۰۳/۰	۴۴/۱	۹۱/۴	۱۸/۶	اختلال تفکر	
۲۲/۰-	۸۵/۰	۰۰۷/۰	۶۷/۱	۶۷/۴	۹۰/۴	افسردگی اساسی	
۰۲/۲	۲۷/۱	۰۰۱/۰□	۲۸/۲	۴۴/۲	۵۵/۳	اختلال هذیانی	

در جدول ۲-۴ ویژگی های توصیفی میانگین و انحراف معیار و توزیع کجی و کشیدگی اختلالات شخصیت ارائه شده است. بر اساس نمرات توزیع ما بین ۲+ الی ۲- حاکی از توزیع بهنجار از نظر کجی و کشیدگی است. همچنین با توجه به نتایج آزمون کولموگروف -اسمیرنف فرض توزیع نرمال اختلالات شخصیت (افسرده خویی، وابستگی به الکل، PTSD، افسردگی اساسی، اختلال هذیانی) تائید نمی گردد. اما در کل مقیاس و سایر اختلالات شخصیت فرض توزیع نرمال با ۹۵ درصد اطمینان تائید می گردد. با توجه به اینکه کل مقیاس و همچنین بیشتر اختلالات از توزیع نرمال برخوردار هستند لذا می توان توزیع نرمال را برای همه اختلالات در نظر گرفت. با این حال از تحلیل ناپارامتریک برای ارزیابی تفاوت میانگین رتبه ای گروه ها جهت حصول اطمینان نیز استفاده گردید.

جدول ۳-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات شخصیت در والدین کودکان با و بدون کودک عقب مانده ذهنی

عقب مانده ذهنی		کنترل بهنجار		مقیاس ها	اختلالات شخصیت
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۶۰/۳	۸۴/۸	۶۴/۳	۱۸/۸	اسکیزوئید	الگوهای بالینی شخصیت
۴۱/۳	۹۶/۷	۹۴/۳	۰۴/۸	اجتنابی	
۷۹/۵	۵۶/۹	۴۲/۵	۱۲/۷	افسرده	
۳۶/۴	۲۴/۹	۳۹/۴	۵۴/۸	وابسته	
۵۶/۳	۰۴/۱۳	۰۲/۳	۱۲/۱۲	نمایشی	
۹۵/۲	۸۸/۱۲	۱۵/۳	۹۴/۱۲	خودشیفته	
۱۳/۴	۲۰/۷	۰۲/۳	۷۰/۵	ضد اجتماعی	
۷۰/۴	۲۴/۱۰	۵۸/۴	۸۰/۸	دیگرازارگر	
۹۰/۳	۰۴/۱۶	۴۵/۳	۲۶/۱۶	وسواسی	
۱۳/۵	۵۴/۱۰	۵۶/۵	۳۰/۷	منفی گرا	
۴۱/۳	۱۴/۷	۷۰/۴	۱۰/۶	خودآزارگر	آسیب شدید شخصیت
۶۸/۲۲	۶۸/۱۱۲	۰۸/۲۹	۱۰/۱۰۱	کل	
۹۹/۳	۹۲/۵	۶۰/۴	۸۶/۴	اسکیزوتایپال	
۳۷/۴	۴۰/۷	۷۳/۴	۳۲/۵	مرزی	
۱۲/۴	۶۸/۹	۶۸/۴	۰۴/۸	پارانوئید	
۱۲/۱۱	۲۳	۶۴/۱۲	۲۲/۱۸	کل	

۶۸/۴	۶۵/۶	۸۶/۴	۰۸/۵	اضطراب	نشانگان بالینی
۷۳/۳	۶۲/۴	۳۱/۳	۶۴/۳	شبه جسمی	
۸۳/۳	۷۲/۵	۶۳/۳	۹۶/۴	مانیک	
۴۱/۴	۸۲/۵	۶۱/۴	۳۸/۴	افسرده خویی	
۷۰/۲	۰۸/۴	۰۴/۲	۲۸/۳	وابستگی به الکل	
۶۵/۳	۱۴/۴	۱۷/۲	۴۰/۳	وابستگی به مواد	
۷۹/۴	۷۸/۵	۹۵/۴	۸۴/۳	PTSD	نشانگان شدید
۲۲/۲۱	۷۲/۳۶	۱۲/۲۱	۵۸/۲۸	کل	
۶۶/۴	۳۲/۷	۹۴/۴	۰۴/۵	اختلال تفکر	
۶۱/۴	۷۰/۵	۶۳/۴	۱۰/۴	افسردگی اساسی	
۵۶/۲	۱۶/۴	۱۷/۲	۹۴/۲	اختلال هذیانی	
۱۴/۱۰	۱۸/۱۷	۰۳/۱۱	۰۸/۱۲	کل	
۷۶/۶۱	۵۸/۱۸۹	۶۸/۷۰	۹۸/۱۵۹	کل	کل اختلالات شخصیت

جدول ۴-۴ نتایج آزمون لون برای بررسی فرض همگنی واریانس نمرات در دو گروه نرمال و عقب مانده ذهنی

تفاوت میانگین گروه ها	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
الگوهای بالینی شخصیت	۶۷/۱	۱	۹۸	۱۹/۰
اسکیزوئید	۰	۱	۹۸	۹۹/۰
اجتنابی	۱	۱	۹۸	۳۱/۰
افسرده	۸۴/۰	۱	۹۸	۳۵/۰
وابسته	۰۵/۰	۱	۹۸	۸۱/۰
نمایشی	۰۵/۲	۱	۹۸	۱۵/۰
خودشیفته	۰۰۳/۰	۱	۹۸	۹۵/۰
ضد اجتماعی	۳۷/۲	۱	۹۸	۱۲/۰
دیگرازارگر	۰۰۲/۰	۱	۹۸	۹۶/۰
وسواسی	۰۰۳/۰	۱	۹۸	۹۶/۰
منفی گرا	۷۱/۰	۱	۹۸	۴۰/۰
خودآزارگر	۱۵/۲	۱	۹۸	۱۴/۰
آسیب شدید شخصیت	۰۱/۰	۱	۹۸	۹۰/۰
اسکیزوتایپال	۰۴/۰	۱	۹۸	۸۳/۰
مرزی	۰۵/۰	۱	۹۸	۸۱/۰
پارانوئید	۲۹/۱	۱	۹۸	۲۵/۰
نشانگان بالینی	۶۴/۰	۱	۹۸	۴۲/۰
اضطراب	۰۱/۰	۱	۹۸	۹۰/۰
شبه جسمی	۶۷/۰	۱	۹۸	۴۱/۰

مانیک	۰	۱	۹۸	۹۹/۰
افسرده خویی	۰۰۶/۰	۱	۹۸	۹۳/۰
وابستگی به الکل	۹۹/۰	۱	۹۸	۳۲/۰
وابستگی به مواد	۵۱/۳	۱	۹۸	۰۶/۰
PTSD	۸۶/۰	۱	۹۸	۳۵/۰
نشانگان شدید	۱۲/۰	۱	۹۸	۷۲/۰
اختلال تفکر	۴۳/۰	۱	۹۸	۵۱/۰
افسردگی اساسی	۴۰/۰	۱	۹۸	۵۲/۰
اختلال هذیانی	۴۲/۲	۱	۹۸	۱۲/۰
کل	۰	۱	۹۸	۹۹/۰

جدول ۴-۵- نتایج تحلیل واریانس مانوا چندمتغیری برای مقایسه اختلالات شخصیت در دو گروه نرمال و عقب مانده ذهنی

مقایسه گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معنی داری
الگوهای بالینی شخصیت	۴۱/۳۳۵۲	۱	۴۱/۳۳۵۲	۹۲/۴	۰۲/۰
اسکیزوئید	۸۹/۱۰	۱	۸۹/۱۰	۸۲/۰	۳۶/۰
اجتنابی	۱۶/۰	۱	۱۶/۰	۰۱/۰	۹۱/۰
افسرده	۸۴/۱۴۸	۱	۸۴/۱۴۸	۷۲/۴	۰۳/۰
وابسته	۲۵/۱۲	۱	۲۵/۱۲	۶۳/۰	۴۲/۰
نمایشی	۱۶/۲۱	۱	۱۶/۲۱	۹۳/۱	۱۶/۰
خودشیفته	۰۹/۰	۱	۰۹/۰	۰۱/۰	۹۲/۰
ضد اجتماعی	۲۵/۵۶	۱	۲۵/۵۶	۲۸/۴	۰۴/۰
دیگرآزارگر	۸۴/۵۱	۱	۸۴/۵۱	۴۰/۲	۱۲/۰
وسواسی	۲۱/۱	۱	۲۱/۱	۰۸/۰	۷۶/۰
منفی گرا	۴۴/۲۶۲	۱	۴۴/۲۶۲	۱۵/۹	۰۰۳/۰
خودآزارگر	۰۴/۲۷	۱	۰۴/۲۷	۶۰/۱	۲۰/۰
آسیب شدید شخصیت	۲۱/۵۷۱	۱	۲۱/۵۷۱	۰۲/۴	۰۴/۰
اسکیزوتایپال	۰۹/۲۸	۱	۰۹/۲۸	۵۱/۱	۲۲/۰
مرزی	۱۶/۱۰۸	۱	۱۶/۱۰۸	۲۰/۵	۰۲/۰
پارانوئید	۲۴/۶۷	۱	۲۴/۶۷	۴۴/۳	۰۶/۰
نشانگان بالینی	۴۹/۱۶۵۶	۱	۴۹/۱۶۵۶	۶۹/۳	۰۵۷/۰
اضطراب	۷۶/۵۴	۱	۷۶/۵۴	۴۰/۲	۱۲/۰
شبه جسمی	۰۱/۲۴	۱	۰۱/۲۴	۹۲/۱	۱۶/۰
مانیک	۴۴/۱۴	۱	۴۴/۱۴	۰۳/۱	۳۱/۰
افسرده خویی	۸۴/۵۱	۱	۸۴/۵۱	۵۳/۲	۱۱/۰
وابستگی به الکل	۱۶	۱	۱۶	۷۹/۲	۰۹/۰

وابستگی به مواد	۶۹/۱۳	۱	۶۹/۱۳	۵۱/۱	۲۲/۰
PTSD	۰۹/۹۴	۱	۰۹/۹۴	۹۵/۳	۰۴/۰
نشانگان شدید	۲۵/۶۵۰	۱	۲۵/۶۵۰	۷۹/۵	۰۱/۰
اختلال تفکر	۹۶/۱۲۹	۱	۹۶/۱۲۹	۶۲/۵	۰۲/۰
افسردگی اساسی	۶۴	۱	۶۴	۹۹/۲	۰۸/۰
اختلال هذیانی	۲۱/۳۷	۱	۲۱/۳۷	۵۶/۶	۰۱/۰
کل مقیاس میلون	۲۱۹۰۴	۱	۲۱۹۰۴	۹۷/۴	۰۲/۰

جدول ۴-۶- میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات شخصیت در والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی دختر با والدین

دارای کودک عقب مانده ذهنی پسر

اختلالات شخصیت	مقیاس ها	والدین کودکان پسر		والدین کودکان دختر	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
الگوهای بالینی شخصیت	اسکیزوئید	۶۵/۹	۵۷/۳	۹۵/۷	۴۹/۳
	اجتنابی	۹۶/۸	۵۲/۳	۸۷/۶	۹۸/۲
	افسرده	۶۱/۱۰	۴۴/۶	۴۱/۸	۸۸/۴
	وابسته	۶۱/۹	۹۷/۴	۸۳/۸	۶۵/۳
	نمایشی	۹۲/۱۱	۰۳/۳	۲۵/۱۴	۷۵/۳
	خودشیفته	۰۷/۱۲	۷۸/۲	۷۵/۱۳	۹۵/۲
	ضد اجتماعی	۰۷/۷	۵۲/۳	۳۳/۷	۷۸/۴
	دیگرآزارگر	۱۱/۱۰	۵۵/۴	۳۷/۱۰	۹۵/۴
	وسواسی	۷۶/۱۶	۳۰/۳	۲۵/۱۵	۴۰/۴
	منفی گرا	۸۰/۱۰	۰۴/۵	۲۵/۱۰	۳۱/۵
	خودآزارگر	۰۳/۷	۲۶/۳	۲۵/۷	۶۲/۳
	کل	۶۵/۱۱۴	۶۶/۲۲	۵۴/۱۱۰	۹۹/۲۲
آسیب شدید شخصیت	اسکیزوتایپال	۱۵/۶	۰۱/۴	۶۶/۵	۰۵/۴
	مرزی	۳۴/۷	۶۲/۴	۴۵/۷	۱۸/۴
	پارانوئید	۳۴/۹	۰۳/۴	۰۴/۱۰	۲۷/۴
	کل	۸۴/۲۲	۲۳/۱۱	۱۶/۲۳	۲۵/۱۱
نشانگان بالینی	اضطراب	۶۵/۶	۶۷/۴	۴۵/۶	۷۹/۴
	شبه جسمی	۰۳/۵	۶۲/۳	۱۶/۴	۸۷/۳
	مانیک	۵۳/۵	۹۴/۲	۹۱/۵	۶۸/۴
	افسرده خویی	۵۷/۶	۴۸/۴	۵	۲۸/۴
	وابستگی به الکل	۰۳/۴	۷۹/۱	۱۲/۴	۴۶/۳
	وابستگی به مواد	۴۶/۳	۴۳/۲	۸۷/۴	۵۷/۴

۳۲/۴	۲۵/۵	۲۱/۵	۲۶/۶	PTSD	
۵۹/۲۴	۷۹/۳۵	۰۲/۱۸	۵۷/۳۷	کل	
۴۷/۴	۵۰/۶	۷۹/۴	۰۷/۸	اختلال تفکر	نشانگان شدید
۴۲/۴	۲۰/۵	۸۳/۴	۱۵/۶	افسردگی اساسی	
۹۹/۲	۲۰/۴	۱۶/۲	۱۱/۴	اختلال هذیانی	
۱۴/۱۰	۹۱/۱۵	۲۰/۱۰	۳۴/۱۸	کل	کل اختلالات شخصیت
۵۶/۶۵	۴۱/۱۸۵	۰۷/۵۹	۴۲/۱۹۳	کل	

جدول ۷-۴ نتایج آزمون لون برای بررسی فرض همگنی واریانس نمرات در دو گروه والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی

دختر با والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی پسر

مقیاس ها	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
الگوهای بالینی شخصیت	۰۹/۰	۱	۴۸	۷۶/۰
اسکیزوتیید	۴۰/۰	۱	۴۸	۵۲/۰
اجتنابی	۴۸/۱	۱	۴۸	۲۲/۰
افسرده	۶۶/۴	۱	۴۸	۰۳۶/۰
وابسته	۵۹/۱	۱	۴۸	۲۱/۰
نمایشی	۰۵/۱	۱	۴۸	۳۰/۰
خودشیفته	۰۰۳/۰	۱	۴۸	۹۶/۰
ضد اجتماعی	۸۲/۰	۱	۴۸	۳۶/۰
دیگرازارگر	۰۷/۰	۱	۴۸	۷۹/۰
وسواسی	۲۶/۰	۱	۴۸	۶۰/۰
منفی گرا	۰۴/۰	۱	۴۸	۸۲/۰
خودآزارگر	۴۸/۰	۱	۴۸	۴۹/۰
آسیب شدید شخصیت	۰۳/۰	۱	۴۸	۸۴/۰
اسکیزوتایپال	۰۱/۰	۱	۴۸	۹۲/۰
مرزی	۵۲/۰	۱	۴۸	۴۷/۰
پارانوئید	۲۲/۰	۱	۴۸	۶۳/۰
نشانگان بالینی	۴۴/۱	۱	۴۸	۲۳/۰
اضطراب	۰	۱	۴۸	۹۹/۰
شبه جسمی	۲۷/۰	۱	۴۸	۶۰/۰
مانیک	۷۴/۳	۱	۴۸	۰۶/۰
افسرده خویی	۰۶/۰	۱	۴۸	۸۰/۰
وابستگی به الکل	۷۶/۲	۱	۴۸	۱۰/۰
وابستگی به مواد	۰۲/۲	۱	۴۸	۱۶/۰

PTSD	۹۶/۲	۱	۴۸	۰۹/۰
نشانگان شدید	۰۸/۰	۱	۴۸	۷۷/۰
اختلال تفکر	۰۰۵/۰	۱	۴۸	۹۴/۰
افسردگی اساسی	۴۲/۰	۱	۴۸	۵۱/۰
اختلال هذیانی	۶۰/۰	۱	۴۸	۴۴/۰
کل	۰۸/۰	۱	۴۸	۷۷/۰

جدول ۸-۴ نتایج تحلیل واریانس مانوا چندمتغیری برای مقایسه اختلالات شخصیت در دو گروه والدین دارای کودک عقب

مانده ذهنی دختر با والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی پسر

مقیاس ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معنی داری
الگوهای بالینی شخصیت	۰۳/۲۱۱	۱	۰۳/۲۱۱	۴۰/۰	۵۲/۰
اسکیزوئید	۸۷/۳۵	۱	۸۷/۳۵	۸۶/۲	۰۹/۰
اجتنابی	۳۳/۵۴	۱	۳۳/۵۴	۰۵/۵	۰۲/۰
افسرده	۳۳/۶۰	۱	۳۳/۶۰	۸۲/۱	۱۸/۰
وابسته	۶۳/۷	۱	۶۳/۷	۳۹/۰	۵۳/۰
نمایشی	۵۷/۶۷	۱	۵۷/۶۷	۸۵/۵	۰۱/۰
خودشیفته	۹۳/۳۴	۱	۹۳/۳۴	۲۵/۴	۰۴/۰
ضد اجتماعی	۸۲/۰	۱	۸۲/۰	۰۴/۰	۸۲/۰
دیگرازارگر	۸۴/۰	۱	۸۴/۰	۰۳/۰	۸۴/۰
وسواسی	۸۰/۲۸	۱	۸۰/۲۸	۹۲/۱	۱۷/۰
منفی گرا	۸۸/۳	۱	۸۸/۳	۱۴/۰	۷۰/۰
خودآزارگر	۵۵/۰	۱	۵۵/۰	۰۴/۰	۸۲/۰
آسیب شدید شخصیت	۲۸/۱	۱	۲۸/۱	۰۱/۰	۹۲/۰
اسکیزوتایپال	۹۶/۲	۱	۹۶/۲	۱۸/۰	۶۷/۰
مرزی	۱۵/۰	۱	۱۵/۰	۰۰۸/۰	۹۲/۰
پارانوئید	۰۳/۶	۱	۰۳/۶	۳۵/۰	۵۵/۰
نشانگان بالینی	۷۷/۳۹	۱	۷۷/۳۹	۰۸/۰	۷۷/۰
اضطراب	۴۷/۰	۱	۴۷/۰	۰۲/۰	۸۸/۰
شبه جسمی	۴۸/۹	۱	۴۸/۹	۶۷/۰	۴۱/۰
مانیک	۷۸/۱	۱	۷۸/۱	۱۱/۰	۷۳/۰
افسرده خویی	۰۳/۳۱	۱	۰۳/۳۱	۶۱/۱	۲۱/۰
وابستگی به الکل	۰۹/۰	۱	۰۹/۰	۰۱/۰	۹۱/۰
وابستگی به مواد	۹۳/۲۴	۱	۹۳/۲۴	۹۰/۱	۱۷/۰
PTSD	۹۶/۱۲	۱	۹۶/۱۲	۵۶/۰	۴۵/۰
نشانگان شدید	۶۶/۷۳	۱	۶۶/۷۳	۷۱/۰	۴۰/۰

۲۳/۰	۴۳/۱	۰۳/۳۱	۱	۰۳/۳۱	اختلال تفکر
۴۷/۰	۵۱/۰	۱۵/۱۱	۱	۱۵/۱۱	افسردگی اساسی
۹۰/۰	۰۱/۰	۱۰/۰	۱	۱۰/۰	اختلال هذیانی
۶۵/۰	۲۰/۰	۸۰۰	۱	۸۰۰	کل مقیاس میلون

جدول ۹-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات شخصیت در والدین پدر و مادر

مادران		پدران		مقیاس ها	اختلالات شخصیت
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۳۹/۳	۲۰/۹	۸۴/۳	۴۸/۸	اسکیزوتیید	الگوهای بالینی شخصیت
۶۹/۳	۸	۱۷/۳	۹۲/۷	اجتنابی	
۵۶/۵	۲۴/۸	۸۳/۵	۸۸/۱۰	افسرده	
۰۶/۴	۹۲/۸	۷۰/۴	۵۶/۹	وابسته	
۷۷/۳	۶۴/۱۲	۳۶/۳	۴۴/۱۳	نمایشی	
۷۳/۲	۴۴/۱۲	۱۵/۳	۳۲/۱۳	خودشیفته	
۲۵/۳	۴۰/۵	۱۹/۴	۹	ضد اجتماعی	
۶۱/۳	۴۴/۸	۰۲/۵	۰۴/۱۲	دیگرازارگر	
۴۷/۲	۸۴/۱۷	۲۴/۷	۲۴/۱۴	وسواسی	
۳۵/۵	۵۶/۹	۸۰/۴	۵۲/۱۱	منفی گرا	
۳۰/۳	۵۶/۶	۴۸/۳	۷۲/۷	خودآزارگر	
۸۲/۲۱	۲۴/۱۰۷	۶۴/۲۲	۱۲/۱۱۸	کل	آسیب شدید شخصیت
۸۴/۲	۸۰/۴	۶۸/۴	۰۴/۷	اسکیزوتایپال	
۴۰/۳	۶۸/۸	۱۳/۵	۱۲/۸	مرزی	
۷۵/۳	۰۸/۹	۴۶/۴	۲۸/۱۰	پارانوئید	
۷۴/۸	۵۶/۲۰	۸۰/۱۲	۴۴/۲۵	کل	
۳۹/۴	۲۴/۶	۰۱/۵	۸۸/۶	اضطراب	نشانگان بالینی
۳۶/۳	۸۴/۳	۹۸/۳	۴۰/۵	شبه جسمی	
۵۹/۲	۵۶/۴	۵۳/۴	۸۸/۶	مانیک	
۵۱/۴	۲۴/۵	۳۳/۴	۴/۶	افسرده خویی	
۳۹/۱	۹۶/۲	۲۱/۳	۲۰/۵	وابستگی به الکل	
۴۷/۲	۱۲/۳	۳۵/۴	۱۶/۵	وابستگی به مواد	
۹۳/۳	۶۴/۴	۳۵/۵	۹۲/۶	PTSD	
۷۹/۱۵	۶۰/۳۰	۳۳/۲۴	۸۴/۴۲	کل	
۲۳/۴	۶۴/۶	۰۵/۵	۸	اختلال تفکر	نشانگان شدید
۳۶/۴	۷۶/۴	۷۵/۴	۶۴/۶	افسردگی اساسی	

اختلال هذیانی	۳۲/۴	۶۲/۲	۴	۵۴/۲
کل	۹۶/۱۸	۷۶/۱۰	۴۰/۱۵	۳۶/۹
کل اختلالات شخصیت	۳۶/۲۰۵	۲۸/۶۷	۸۰/۱۷۳	۳۵/۵۲

جدول ۱۰-۴ نتایج آزمون لون برای بررسی فرض همگنی واریانس نمرات در در والدین پدر و مادر

مقیاس ها	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
الگوهای بالینی شخصیت	۰۲/۰	۱	۴۸	۸۷/۰
اسکیزوئید	۰۶/۰	۱	۴۸	۸۰/۰
اجتنابی	۵۵/۱	۱	۴۸	۲۱/۰
افسرده	۰۰۴/۰	۱	۴۸	۹۵/۰
وابسته	۳۰/۲	۱	۴۸	۱۳/۰
نمایشی	۴۰/۰	۱	۴۸	۵۲/۰
خودشیفته	۳۰/۱	۱	۴۸	۲۵/۰
ضد اجتماعی	۶۵/۰	۱	۴۸	۴۲/۰
دیگرآزارگر	۳۹/۳	۱	۴۸	۰۷/۰
وسواسی	۷۱/۴	۱	۴۸	۰۳/۰
منفی گرا	۶۷/۰	۱	۴۸	۴۱/۰
خودآزارگر	۱۵/۰	۱	۴۸	۶۹/۰
آسیب شدید شخصیت	۱۴/۵	۱	۴۸	۰۲/۰
اسکیزوتایپال	۰۷/۵	۱	۴۸	۰۲/۰
مرزی	۷۷/۷	۱	۴۸	۰۰۸/۰
پارانوئید	۰۵/۱	۱	۴۸	۳۰/۰
نشانگان بالینی	۰۷/۶	۱	۴۸	۰۱/۰
اضطراب	۹۴/۰	۱	۴۸	۳۳/۰
شبه جسمی	۲۶/۰	۱	۴۸	۶۰/۰
مانیک	۷۲/۴	۱	۴۸	۰۳/۰
افسرده خویی	۰۰۱/۰	۱	۴۸	۹۷/۰
وابستگی به الکل	۶۰/۶	۱	۴۸	۰۱/۰
وابستگی به مواد	۸۳/۱	۱	۴۸	۱۸/۰
PTSD	۵۲/۶	۱	۴۸	۰۱/۰
نشانگان شدید	۹۲/۱	۱	۴۸	۱۷/۰
اختلال تفکر	۷۸/۲	۱	۴۸	۱۰/۰
افسردگی اساسی	۲۳/۰	۱	۴۸	۶۳/۰
اختلال هذیانی	۰۶/۰	۱	۴۸	۷۹/۰

کل	۲۹/۲	۱	۴۸	۱۳/۰
----	------	---	----	------

جدول ۱۱-۴ نتایج تحلیل واریانس مانوا چندمتغیری برای مقایسه اختلالات شخصیت در دو گروه نرمال و عقب مانده ذهنی

مقیاس ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معنی داری
الگوهای بالینی شخصیت	۶۸/۱۴۷۹	۱	۶۸/۱۴۷۹	۹۹/۲	۰/۰۹
اسکیزوتیپ	۴۸/۶	۱	۴۸/۶	۴۹/۰	۴۸/۰
اجتنابی	۰۸/۰	۱	۰۸/۰	۰۰۷/۰	۹۳/۰
افسرده	۱۲/۸۷	۱	۱۲/۸۷	۶۸/۲	۱۰/۰
وابسته	۱۲/۵	۱	۱۲/۵	۲۶/۰	۶۰/۰
نمایشی	۸	۱	۸	۶۲/۰	۴۳/۰
خودشیفته	۶۸/۹	۱	۶۸/۹	۱۰/۱	۲۹/۰
ضد اجتماعی	۱۶۲	۱	۱۶۲	۵۰/۱۱	۰۰۱/۰
دیگرآزارگر	۱۶۲	۱	۱۶۲	۴۴/۸	۰۰۶/۰
وسواسی	۱۶۲	۱	۱۶۲	۲۷/۱۳	۰۰۱/۰
منفی گرا	۰۲/۴۸	۱	۰۲/۴۸	۸۵/۱	۱۸/۰
خودآزارگر	۸۲/۱۶	۱	۸۲/۱۶	۴۵/۱	۲۳/۰
آسیب شدید شخصیت	۶۸/۲۹۷	۱	۶۸/۲۹۷	۴۷/۲	۱۲/۰
اسکیزوتایپال	۷۲/۶۲	۱	۷۲/۶۲	۱۷/۴	۰۴/۰
مرزی	۹۲/۲۵	۱	۹۲/۲۵	۳۶/۱	۲۴/۰
پارانوئید	۱۸	۱	۱۸	۰۵/۱	۳۰/۰
نشانگان بالینی	۷۲/۱۸۷۲	۱	۷۲/۱۸۷۲	۴۵/۴	۰۴/۰
اضطراب	۱۲/۵	۱	۱۲/۵	۲۳/۰	۶۳/۰
شبه جسمی	۴۲/۳۰	۱	۴۲/۳۰	۲۳/۲	۱۴/۰
مانیک	۲۸/۶۷	۱	۲۸/۶۷	۹۳/۴	۰۳/۰
افسرده خویی	۸۲/۱۶	۱	۸۲/۱۶	۸۶/۰	۳۵/۰
وابستگی به الکل	۷۲/۶۲	۱	۷۲/۶۲	۲۰/۱۰	۰۰۲/۰
وابستگی به مواد	۰۲/۵۲	۱	۰۲/۵۲	۱۴/۴	۰۴/۰
PTSD	۹۸/۶۴	۱	۹۸/۶۴	۹۴/۲	۰۹/۰
نشانگان شدید	۴۲/۱۵۸	۱	۴۲/۱۵۸	۵۵/۱	۲۱/۰
اختلال تفکر	۱۲/۲۳	۱	۱۲/۲۳	۰۶/۱	۳۰/۰
افسردگی اساسی	۱۸/۴۴	۱	۱۸/۴۴	۱۲/۲	۱۵/۰
اختلال هذیانی	۲۸/۱	۱	۲۸/۱	۱۹/۰	۶۶/۰
کل	۴۲/۱۲۴۵۰	۱	۴۲/۱۲۴۵۰	۴۲/۳	۰۷/۰

بحث و تفسیر

پژوهش حاضر که با هدف مقایسه نیمرخ شخصیتی والدین کودکان با و بدون عقب مانده ذهنی صورت گرفت در یافته اول تحقیق نشان داد که والدین کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با والدین کودکان کنترل بهنجار از میانگین نمرات کمتری در کل الگوهای بالینی (شخصیت) افسرده، ضد اجتماعی، منفی گرا، کل آسیب شدید شخصیت (مرزی، PTSD)، کل نشانگان شدید (اختلال تفکر، اختلال هذیانی (و کل مقیاس میلون برخوردار بودند. در سایر اختلالات شخصیت بین دوگروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

این یافته از تحقیق با پژوهش آقابابایی، استکی آزاد و عابدی (۱۳۹۲) همخوان است. همچنین مجومدار، سیلوپیرا و فرناندز (۲۰۰۵) کوهسالی و همکاران (۱۳۸۷) همسو با یافته های تحقیق حاضر دارد. بر اساس یافته های آنها والدین کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به والدین کودکان کنترل بهنجار از اضطراب و استرس بیشتری برخوردار هستند. چاندورکار و چاکرابورتی (۲۰۰۰) نیز گزارش کرده اند که والدین کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با والدین کنترل بهنجار از مشکلات روانی بیشتری رنج می برند. مطالعه بن ثابت و همکاران (۲۰۱۳) مشکلات خلقی و اضطرابی در والدین کودکان دارای مشکلات ناتوانی بیشتر است و از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. تحقیق بحرینیان و همکاران (۱۳۹۱) حاکی از آن است که مادران کودکان عادی افرادی اصولی، باهوش تر و خویشتن دارتر در حالی که مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی افرادی مهربان، محتاط، کمرو، منزوی، مضطرب، هیجانی تر، دلمشغول، تنیده و دارای تنش عصبی بیشتری هستند. همچنین کوهسالی و همکاران (۱۳۸۶)، (۱۳۸۷) نشان داد که مادران دارای دختر عقب مانده ذهنی نسبت به مادران دختران عادی سازگاری اجتماعی کمتری دارند.

بنظر می رسد والدین کودکان عقب مانده ذهنی بواسطه اینکه از شیوه های منفی و ناکارآمد مقابله با فشار روانی به میزان بیشتری استفاده می کنند (آقابابایی و همکاران، ۱۳۹۲) وجود یک کودک عقب مانده سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می گردد و هر چقدر شدت عقب ماندگی ذهنی فرد بیشتر باشد، اوقات فراغت والدین و خانواده محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگ تر می شود (بورکیچ، ریچاردو، بینگتون، آبرتی، جاکوبی و همکاران، ۲۰۰۸، ص ۳۲۱). در چنین موقعیتی همه اعضای خانواده بویژه والدین از نظر کارکردهای والدینی بیشتر آسیب می بینند و ممکن است با مشکلات متعددی دست به گریبان شوند (هرینگ، گری، تافه، سونی و ایفلد، ۲۰۰۶، ص ۸۷۵؛ دینی ترکی، بهرامی، داورمنش و بیگلریان، ۱۳۸۵).

یافته دوم تحقیق نشان داد که والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی پسر نسبت به والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی دختر از میانگین نمرات بیشتری در اختلالات شخصیت اجتنابی، نمایشی، خودشیفته برخوردار بودند. در سایر اختلالات شخصیت بین دوگروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

این یافته از تحقیق در تضاد با پژوهش ایلالی و اسماعیلی (۱۳۷۹) است که گزارش کرده اند که بین جنسیت کودک عقب مانده و سطح سازگاری والدین ارتباطی وجود نداشت.

یافته سوم تحقیق نشان داد که مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با پدران کودکان عقب مانده ذهنی در اختلالات شخصیت وسواسی و پدران در اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، دیگرآزارگر، اسکیزوتایپال، مانیک، نشانگان بالینی، وابستگی به الکل و وابستگی به مواد نمرات بیشتری گزارش کرده اند. در سایر اختلالات شخصیت بین دوگروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

یافته تحقیق درباره علایم اختلال شخصیت وسواسی با پژوهش آقابابایی، استکی آزاد و عابدی (۱۳۹۲) همخوان است. چنان که گزارش شده است مادران کودکان عقب مانده ذهنی از شیوه های مرور هیجانی (نشخوار ذهنی) (بیشتری استفاده می کنند. یافته تحقیق درباره شدت بیشتر اختلالات رفتاری در پدران با پژوهش محمدی و دادخواه (۱۳۸۱) در تضاد است چنان که نشان داده اند که ۷۶٫۷٪ از مادران کودکان عقب مانده ذهنی از مشکلات روانی شدید و ۶۱٫۷٪ از مشکلات اجتماعی شدید برخوردار بودند در حالی که پدران به ترتیب ۵۵٪ و ۳۸٫۳٪ از مشکلات روانی متوسط و مشکلات اجتماعی خفیف برخوردار بودند. نتیجه این بررسی نشان داد که مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با پدران از مشکلات روانی اجتماعی بیشتری رنج می برند. همچنین مطالعه آرم و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است که ۸۹ درصد مادران در مقابل ۷۷ درصد پدران گزارش کرده اند که اضطراب، افسردگی یا هر دو مشکل را داشتند. به طوری که مادران ۳۵ درصد معیارهای اضطراب، ۴۰ درصد اضطراب و ۱۳ درصد هر دو مشکل را داشتند. و پدران ۴۲ درصد اضطراب، ۳۱ درصد افسردگی و ۳ درصد هر دو مورد را داشتند.

نتایج بدست آمده درباره اختلال شخصیت وسواسی مادران چنین می توان استنباط کرد که مادران بواسطه اینکه استرس مادری بیشتری برای فرزندان دارند و نسبت به آینده آنها و مراقبت فرزندان حساسیت زیادی دارند چنان که محمدخان کرمانشاهی، ونکی، احمدی، آزادفلاح و کاظم نژاد (۱۳۵۰) در بررسی تجربیات مادران از داشتن کودک عقب مانده ذهنی نشان می دهد که آنان کودکان را نعمت و امانت الهی می دانند و برای پذیرش و سازگاری با وجود او تنها به خدا توکل دارند و از منابع حمایتی مناسب و اثربخشی برخوردار نیستند. بعلا تقبل مسوولیت بیش از اندازه در طول زندگی از جان مایه می

گذارند که نتیجه آن تحمل استرس زیاد، احساس ناامیدی، غم و اندوه و درک ابهام آمیز از آینده کودک و خود است. ایفای نقش اول در حمایت همه جانبه کودک موجب غفلت آنان از خود در همه ابعاد جسمی، روحی، روانی و اجتماعی شده است. در تبیین دیگر مشکلات شخصیت متفاوت مادران و پدران چنین استنباط می شود که پدر و مادر بواسطه اینکه کارکردهای متفاوتی در خانواده و جامعه دارند لذا تاثیر متفاوتی از مشکل عقب مانده ذهنی فرزندان می پذیرند. از آنجائی که نقش تربیتی و خانوادگی مادران و نقش اجتماعی پدران بیشتر است لذا مادران ممکن است علایم استرس درون ریزی شده و پدران علایم برون ریزی استرس را بیشتر نشان دهند. در همین راستا نامجویان شیرازی و کشاورز (۱۳۹۲) گزارش کرده اند که مادران کودکان عقب مانده، فشار روانی بیش تری نسبت به مادران کودکان عادی تحمل می کنند و از رضایت زناشویی پایین تری برخوردارند.

یافته های تحقیق تأییدی بر دیدگاه سیستمی خانواده است که تاکید می کند فرزندان دارای اختلالات روانپزشکی، دارای والدینی هستند که از اختلالات روانپزشکی زیادی رنج می برند) دان، استیون، مورتسن، موری، والش و همکاران، ۲۰۱۰؛ گوتسمن، لارسن، برتلسن، مورتسن، ۲۰۱۰؛ آقا، زامیت، تاپار و لانگلی، (۲۰۱۳) طبق نظریه های سیستمی خانواده، رفتار هر یک از اعضاء خانواده) مخصوصاً والدین (موجب تاثیر در رفتار سایر افراد خانواده) بویژه کودکان (قرار می گیرد لذا وجود هر گونه اختلال روانپزشکی والدین، موجب تاثیرگذاری بر رفتار کودکان و مشکلات رفتاری آنها می گردد) لی، لین، رابسون، یانگ، چن و نیو، (۲۰۱۳) از طرفی نباید این مساله را نادیده گرفت که تشابه ژنتیکی والدین با فرزندان می تواند استعداد ابتلا به اختلال روانی را در هر دو مورد به صورت نسبتاً زیادی هماهنگ گرداند .

در کل بر اساس یافته های تحقیق چنین می توان استنباط کرد که والدین کودکان عقب مانده ذهنی جز طبقات آسیب پذیر از نظر سلامتی قرار گیرند. در این میان پدران نسبت به مادران کودکان عقب مانده ذهنی و همچنین والدین کودکان پسر عقب مانده ذهنی با مشکلات بیشتر شخصیتی دست به گریبان هستند. تحقیق وان لیون، پست، وان اسبک، واندرود، گروت و همکارن (۲۰۱۰) حاکی از آن است که داشتن حمایت اجتماعی می تواند در رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار باشد. بنابراین، اهمیت توجه به مداخلات روانشناختی برای مقابله و کاهش مشکلات این طبقه آسیب پذیر جامعه احساس می شود. مرور پژوهش های قبلی نیز نشان می دهد چنان که مداخلات رفتاری مناسبی برای این طبقه جامعه صورت گیرد. می توان به کاهش مشکلات روانی و بهبود سلامتی آنها امیدوار بود. چنان که آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران (شریفی درآمدی، ۱۳۸۷)، آموزش بر اساس تئوری روی بر سازگاری اجتماعی) بعد فیزیولوژیک، درک از خود، وابستگی و استقلال، ایفای نقش و سازگاری اجتماعی کل (مادران) علی اکبرزاده آرانی، تقوی لاریجانی، شریفی نیستانک، نوغانی، فقیه زاده و خاری

آرانی، (۱۳۹۱)، آموزش آرام سازی بر کاهش تنش، اضطراب و افسردگی مادران) شهریار، میری، شریف زاده، دستجردی و ولوی، (۱۳۹۱)، نشان داده اند که آموزش در تغییر سازگاری اجتماعی مادران علی اکبرزاده آرانی و همکاران (۱۳۹۲) کودکان عقب مانده ذهنی تاثیر مثبتی دارد. همچنین علاقیند، آقاییوسفی، کمالی، دهستانی، حقیرالسادات، نظری و شیخها (۱۳۹۰) تاثیر آموزش مقابله درمانگری و همچنین شقاقی، کاکوجویباری و سلامی (۱۳۸۹) آموزش خانواده بر سلامت عمومی والدین دارای فرزند عقب مانده ذهنی را تائید کرده اند.

علاوه از مداخلات روانی، ارتقاء آگاهی والدین و خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی از جمله اولویت های مورد نیاز برای والدین کودکان عقب مانده ذهنی محسوب می شود. در همین راستا حسینی و رضازاده (۱۳۸۱) گزارش کرده است که وجود کودک معلول در خانواده می تواند باعث تشدید نیازهای روانی اجتماعی والدین آنها گردد و نیازهای این قبیل والدین خیلی بیشتر از والدین دارای کودکان عادی است. همچنین هر چقدر سطح معلولیت بیشتر و چندگانه باشد، خانواده ها نیازهای بیشتری به اطلاعات، و حمایت مالی خواهند داشت.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های تحقیق والدین کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با والدین کودکان کنترل بهنجار از میانگین نمرات کمتری در کل الگوهای بالینی (شخصیت) افسرده، ضد اجتماعی، منفی گرا، کل آسیب شدید (شخصیت) مرزی، PTSD، کل نشانگان شدید) اختلال تفکر، اختلال هذیانی (و کل مقیاس میلون برخورددار بودند. در سایر اختلالات شخصیت بین دوگروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی پسر نسبت به والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی دختر از میانگین نمرات بیشتری در اختلالات شخصیت اجتنابی، نمایشی، خودشیفته برخورددار بودند. در سایر اختلالات شخصیت بین دوگروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. همچنین مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با پدران کودکان عقب مانده ذهنی در اختلالات شخصیت وسواسی و پدران در اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، دیگرآزارگر، اسکیزوتایپال، مانیک، نشانگان بالینی، وابستگی به الکل و وابستگی به مواد نمرات بیشتری گزارش کرده اند. در سایر اختلالات شخصیت بین دوگروه والدین تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. بر اساس یافته های این تحقیق، والدین کودکان عقب مانده ذهنی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند که نیازمند حمایت روانی به منظور کاهش مشکلات شخصیتی هستند.

منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۹۱). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی. DSM-IV-TR ترجمه ی محمد رضا نیکخو و هامایا آوادیس یانس. تهران: سخن.
- اشکان، ساناز. (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع اختلال های رفتاری نوجوانان کیش و مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری و آموزش مدیریت والدین در کاهش اختلالات رفتاری. رساله دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان.
- اصانلو، زهرا. (۱۳۹۰). روانشناسی کودکان استثنایی. تهران: مهرسبحان.
- آقابابایی، سارا؛ استکی آزاد، نسیم و عابدی، احمد. (۱۳۹۲). مقایسه شیوه های مقابله با فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، فلج مغزی و عادی. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، (۱) ۳، ۶۹-۸۰.
- ایلالی، احترام السادات و اسماعیلی، روانبخش. (۱۳۷۹). بررسی عوامل تنش زا و مکانیسم های سازگاری با آنها در والدین کودکان عقب مانده ذهنی مدارس استثنایی شهر ساری در سال ۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)، ۳۵-۴۰، ۲۹(۱۰).
- بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ حاجی علی زاده، کبری؛ ابراهیمی، لیلا و هاشمی گرجی، ام البنین. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی های شخصیتی و میزان سازگاری مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی و عادی شهر تهران سال ۱۳۸۷-۸۸. روانشناسی افراد استثنایی، (۷) ۲، ۱۵۵-۱۶۷.
- حسینی، سیدحمزه و رضازاده، حسین. (۱۳۸۱). مقایسه نیازهای روانی -اجتماعی والدین دانش آموزان پسر عقب مانده ذهنی، تالاسمی و عادی مقطع ابتدایی در شهرستان ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)، (۳۷) ۱۲، ۲۸-۳۴.
- درکه ایلامی، سوسن. (۱۳۸۶). عقب ماندگی ذهنی کودکان. تهران: گویش.
- دینی ترکی، نوراله؛ بهرامی، هادی؛ داورمنش، عباس و بیگلریان، اکبر. (۱۳۸۵). رابطه فشار روانی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی. توانبخشی، (۴) ۷، ۴۱-۴۶.
- شریفی، ع الف. (۱۳۸۶). راهنمای ام. سی. ام. آی. میلون. (۳) تهران: روان سنجی.
- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران فرزندان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال. فصلنامه خانواده پژوهی، (۱۶) ۴، ۴۲۳-۴۳۹.
- شقایق، فرهاد؛ اکوجوباری، علی اصغر و سلامی، فاطمه. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. علوم رفتاری، (۴) ۲، ۵۷-۶۹.

شهریاری، ظریفه؛ میری، محمدرضا؛ شریف زاده، غلامرضا؛ [دستجردی، رضا](#) و ولوی، مریم. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش آرام سازی بر تنش، اضطراب و افسردگی مادران دارای دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. *مراقبت های نوین*، ۹(۴)، ۳۸۴-۲۷۹.

کوهسالی، معصومه؛ میرزمانی بافقی، سیدمحمود؛ کریملو، مسعود و میرزمانی، منیره سادات. (۱۳۸۷). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۱۶۵-۱۷۲.

علاقبند، مریم؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ کمالی، محمود؛ دهستانی، مهدی؛ حقیرالسادات، بی بی فاطمه؛ نظری، طاهره و شیخها، محمدحسن. (۱۳۹۰). تاثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱۹(۱)، ۱۰۴-۱۱۳.

محمدخان کرمانشاهی، سیما؛ ونکی، زهره؛ احمدی، فضل اله؛ آزادفلاح، پرویز؛ کاظم نژاد، نوشیروان. (۱۳۵۰). تجربیات مادران از داشتن کودک عقب مانده ذهنی. *توانبخشی*، ۷(۳)، ۲۶-۳۳.

میرزاییگی، حسنعلی. (۱۳۸۸). *نقش خانواده در کاهش پرخاشگری نوجوانان و جوانان*، تهران: تندیس علم. میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۱). روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنائی. تهران: قومس.

نامجویان شیرازی، فیروزه و کشاورز، رقیه. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه ای میزان شدت فشار روانی و رضایت زناشویی بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر و مادران کودکان عادی. *فصلنامه زن و جامعه*، ۴(۱۶)، ۱۲۹-۱۴۶.

[Agha SS](#), 55% [Zammit S](#), 55% [Thapar A](#), 55% [Langley K](#). (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(6), 369-77.

[Ben Thabet, J.](#), 55% [Sallemi, R.](#), 355% [Hasiri, I.](#), 55% [Zouari, L.](#), 55% [Kamoun, F.](#), 55% [Zouari, N.](#), 55% [Triki, C.](#), 3255% [Maâlej, M.](#) (2013). Psycho-emotional impact of a child's disability on parents. *Arch Pediatr*, 20(1), 9-16.

Bourkej , Ricciardo B, Bebbington A, Aiberti K, Jacoby P, Dyke P, Msall M, Bower C& Leonardh. (2008) . Physical and Mental Health in Mothers of Children with Down Syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 320 -326.

Chandorkar, H., Chakraborty, PK. (2000). Psychological morbidity of parents of mentally retarded children. *Indian J Psychiatry*, 42(3), 271-4.

[Dean K](#), 55% [Stevens H](#), 55% [Mortensen PB](#), 55% [Murray RM](#), 55% [Walsh E](#), 55% [Pedersen CB](#). (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67(8), 822-9.

[Gottesman II](#), 55% [Laursen TM](#), 55% [Bertelsen A](#), 55% [Mortensen PB](#). (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), 252-7.

Herring, S., Gary, J., Taffe, K., Sweeney, D. & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 874-882.

55%[Lee PC](#), 55%[Lin KC](#), 55%[Robson D](#), 55%[Yang HJ](#), 55%[Chen VC](#), 55%[Niew WI](#). (2013). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. [Res Dev Disabil](#), 34(1), 656-68.

Van leeuwen, MC., Post, WM., Van Asbeck, WF., Vander Woude, HV., Groot, S., & Lindeman, E. (2010). Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*, 265-271.