





دانشگاه آزاد اسلامی

(واحد مرودشت)

دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

گرایش: مشاوره

عنوان:

مقایسه کیفیت زندگی و سبکهای دل بستگی در دانش آموزان عادی و کم

توان ذهنی شهر شیراز

استاد راهنما:

دکتر سهیلا جاهدی

استاد مشاور:

دکتر نازنین هنرپروران

نگارش:

اعظم هاشمی

تابستان ۱۳۹۰

تقدیم به دو وجود مقدس:

پدر و مادر عزیزم که لحظات زندگی‌شان را با عشق و فداکاری به پایم گذاشتند تا بتوانم

گامی به سوی علم بردارم. امید که بتوانم اندکی از حقوق گرانبهایشان را ادا نمایم.

سپاسگذاری

خداوند منان را بسیار شاکرم که به من توفیق داد تا گامی به سوی علم بردارم. از استاد توانمند سرکار خانم دکتر سهیلا جاهدی که گرمای وجودشان در امر اجرای پایان نامه به من امید و انرژی مضاعف بخشید و راهنمایی های ارزنده شان روشنگر راهم بود، صمیمانه مراتب قدردانی خود را ابراز می دارم.

از استاد اندیشمند سرکار خانم دکتر نازنین هنرپروران که با علاقه و حوصله تمام در امر اجرای این پایان نامه مرا یاری نمودند، صمیمانه تشکر می نمایم.

از مدیر محترم گروه مشاوره و استاد عزیز سرکار خانم دکتر لادن معین که با عشق و علاقه فراوان در حین تحصیل و در امر اجرای این پایان نامه مرا هدایت نمودند کمال تشکر را دارم.

از مدیر محترم سابق گروه مشاوره سرکار خانم دکتر ژاله رفاهی که تلاش های فراوان در امر دانش و پژوهش انجام دادند، کمال تشکر را دارم.

از داوران محترم سرکار خانم دکتر نادره سهرابی و سرکار خانم دکتر صغری استوار جهت حسن توجه و عنایتشان نسبت به این پایان نامه کمال تشکر را دارم.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و سبکهای دلبستگی در دانش آموزان عادی و کم توان ذهنی در شهر شیراز بود. بدین منظور ۲۰۰ نفر از دانش آموزان کم توان ذهنی و ۲۰۰ نفر از دانش آموزان عادی (۱۰۰ دختر، ۱۰۰ پسر) به طور تصادفی انتخاب و با پر کردن پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و مقیاس دلبستگی بزرگسالان (RAAS) در این پژوهش شرکت کردند. نتایج پژوهش حاضر به عنوان پژوهشی توصیفی نشان داد که: نتایج حاصله بین کیفیت زندگی دانش آموزان عادی و کم توان ذهنی تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات کیفیت زندگی نشان داد. بررسی میانگین دو گروه نشان داد که میزان کیفیت زندگی دانش آموزان عادی بهتر از دانش آموزان کم توان ذهنی است.

طبق نتایج حاصله بین ابعاد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط با دیگران تفاوت معناداری در دانش آموزان عادی و کم توان ذهنی وجود نداشت اما تنها در بعد محیط زندگی تفاوت معناداری بین آنها وجود دارد.

همچنین نتایج آزمون خی دو بین فراوانیهای مربوط به سبکهای دلبستگی نشان داد تفاوت معناداری بین فراوانیهای مربوط به سبکهای دلبستگی دانش آموزان عادی و کم توان وجود داشت.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، سبکهای دلبستگی، دانش آموزان عادی، دانش آموزان کم توان ذهنی،

شیراز.

فهرست مطالب

عنوان صفحه

چکیده

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه..... ۱

۲-۱ بیان مسئله..... ۳

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش..... ۷

۴-۱ اهداف پژوهش..... ۸

۵-۱ فرضیه های پژوهش..... ۸

۶-۱ تعریف نظری و عملیاتی..... ۹

۱-۶-۱ تعاریف نظری..... ۹

۲-۶-۱ تعاریف عملیاتی..... ۱۰

فصل دوم: ادبیات تحقیق

۱-۲ مبانی نظری..... ۱۱

۱-۱-۲ مبانی نظری کیفیت زندگی..... ۱۱

۱-۱-۱-۲ تاریخچه..... ۱۱

۲-۱-۱-۲ تعریف کیفیت زندگی..... ۱۵

- ۱۷۳-۱-۱-۲ ابعاد کیفیت زندگی
- ۱۹۴-۱-۱-۲ کیفیت زندگی درمانی
- ۲۰۵-۱-۱-۲ نقش شادی و رضایت از زندگی در نظریه کیفیت زندگی
- ۲۱۶-۱-۱-۲ مزایای شادی و رضایت از زندگی
- ۲۳۷-۱-۱-۲ نظریه های کیفیت زندگی
- ۲۳۱-۷-۱-۱-۲-۲ ارتباط نظریه سلسله مراتب نیازها و کیفیت زندگی
- ۲۴۲-۷-۱-۱-۲-۲ نظریه کیفیت زندگی لی
- ۲۴۳-۷-۱-۱-۲-۲ نظریه کیفیت زندگی جهانی
- ۲۶۴-۷-۱-۱-۲-۲ نظریه ادراکی فرانس
- ۲۷۵-۷-۱-۱-۲-۲ نظریه کیفیت زندگی از دیدگاه زان
- ۲۸۸-۲-۲ کیفیت زندگی افراد عقب مانده ذهنی
- ۳۰۲-۱-۲ سبک های دلبستگی
- ۳۰۱-۲-۱-۲ مفهوم دلبستگی
- ۳۲۲-۲-۱-۲ مفاهیم اصلی نظریه دلبستگی
- ۳۳۳-۲-۱-۲ تفاوت دلبستگی با وابستگی
- ۳۴۴-۲-۱-۲ ماهیت و کیفیت دلبستگی
- ۳۶۵-۲-۱-۲ تفاوت های فردی در کیفیت دلبستگی
- ۳۸۶-۲-۱-۲ پایه های شکل گیری نظریه دلبستگی

- ۳۸ نظریه روانکاوی فروید..... ۱-۵-۲-۱-۲
- ۳۹ نظریه اریکسون..... ۲-۵-۲-۱-۲
- ۴۰ نظریه آنافروید..... ۳-۵-۲-۱-۲
- ۴۱ نظریه اشپیتز..... ۴-۵-۲-۱-۲
- ۴۱ نظریه ماehler..... ۵-۵-۲-۱-۲
- ۴۲ نظریه ملانی کلاین..... ۶-۵-۲-۱-۲
- ۴۳ نظریه کارن هورنای..... ۷-۵-۲-۱-۲
- ۴۴ نظریه آلفرد آدلر..... ۸-۵-۲-۱-۲
- ۴۶ نظریه یادگیری اجتماعی..... ۹-۵-۲-۱-۲
- ۴۷ نظریه کردار شناسی..... ۱۰-۵-۲-۱-۲
- ۴۷ نظریه بالبی..... ۱۱-۵-۲-۱-۲
- ۵۰ سیستم رفتاری دلبستگی..... ۱-۱۱-۲-۱-۲
- ۵۱ دلبستگی در دوران کودکی..... ۲-۱۱-۲-۱-۲
- ۵۱ کودکان دلبسته ایمن..... ۳-۱۱-۲-۱-۲
- ۵۳ کودکان دلبسته نایمن اضطرابی / مقاوم (دوسوگرا)..... ۴-۱۱-۲-۱-۲
- ۵۴ کودکان دلبسته نایمن اجتنابی..... ۵-۱۱-۲-۱-۲
- ۵۶ کودکان دلبسته نایمن جهت نیافته / سازمان نیافته..... ۶-۱۱-۲-۱-۲
- ۵۷ دلبستگی به عنوان یک فرآیند ثابت، مداوم و پایدار..... ۷-۱۱-۲-۱-۲

۶۰	.....۸-۱۱-۲-۱-۲ مشخصه های اصلی دل بستگی
۶۰	.....۹-۱۱-۲-۱-۲ رشد دل بستگی
۶۱	.....۲-۲ پیشینه تحقیق
۶۱	.....۱-۲-۲ پژوهش های انجام یافته در خارج از کشور
۷۰	.....۲-۲-۲ پژوهش های انجام یافته در ایران
۸۴	.....۳-۲ نتیجه گیری

فصل سوم: روش اجرای پژوهش

۸۵	.....۱-۳ مقدمه
۸۵	.....۲-۳ طرح پژوهش
۸۵	.....۳-۳ جامعه آماری
۸۵	.....۴-۳ نمونه و روش نمونه گیری
۸۶	.....۵-۳ بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه
۸۶	.....۶-۳ ابزار پژوهش
۸۶	.....۱-۶-۳ فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی
۹۱	.....۲-۶-۳ مقیاس دل بستگی بزرگسالان (RAAS)
۹۴	.....۷-۳ روش اجرای پژوهش
۹۵	.....۸-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

- ۱-۴ یافته های توصیفی پژوهش ۹۶
- ۲-۴ یافته های استنباطی پژوهش ۹۶
- ۱-۲-۴ فرضیه اول پژوهش ۹۷
- ۲-۲-۴ فرضیه دوم پژوهش ۹۸
- ۳-۲-۴ فرضیه سوم پژوهش ۱۰۰

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۱-۵ مقدمه ۱۰۱
- ۲-۵ بحث و نتیجه گیری ۱۰۲
- ۳-۵ پیشنهادات کاربردی ۱۰۷
- ۴-۵ پیشنهادات پژوهشی ۱۰۸
- ۵-۵ محدودیتهای پژوهش ۱۰۸

منابع فارسی

منابع لاتین

پیوست ها

چکیده انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۳ توزیع فراوانی گروه دانش آموزان عادی و کم توان ذهنی بر اساس جنسیت.....	۸۶
۲-۳ حیطه های فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و سطوح کوچک کیفیت زندگی با راه حل ۴ عاملی.....	۸۹
جدول ۳-۳ آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای پرسشنامه بازنگری شده دل بستگی.....	۹۳
جدول ۴-۳ ضریب همبستگی زیرمقیاس (D) با مواد آن در پرسشنامه سبک دل بستگی کولینزورید.....	۹۳
جدول ۵-۳ ضریب همبستگی زیرمقیاس (A) با مواد آن در پرسشنامه سبک دل بستگی کولینزورید.....	۹۴
جدول ۶-۳ ضریب همبستگی زیرمقیاس (C) با مواد آن در پرسشنامه سبک دل بستگی کولینزورید.....	۹۴
جدول ۱-۴ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی دانش آموزان عادی و کم توان ذهنی	۹۶
جدول ۲-۴ میانگین و انحراف معیار سبکهای دل بستگی دانش آموزان عادی و کم توان	

ذهنی ۹۶

۳-۴ نتایج آزمون T مستقل مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی دانش آموزان عادی و کم توان

ذهنی ۹۷

جدول ۴-۴ مقادیر میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی دانش آموزان عادی و کم توان

ذهنی ۹۸

جدول ۵-۴ نتایج آزمون لوین فرض همگنی واریانس ها ۹۸

جدول ۶-۴ نتایج آزمون F مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی دانش آموزان عادی و کم توان

ذهنی ۹۹

جدول ۷-۶ مقادیر فراوانی و درصد مربوط به سبکهای دلبستگی دانش آموزان عادی و کم توان

ذهنی ۱۰۰

جدول ۸-۴ نتایج آزمون خی دو تفاوت بین فراوانیهای مربوط به سبکهای دلبستگی دانش آموزان

عادی و کم توان ذهنی ۱۰۰

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۲۶	شکل ۱-۲ عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه فرانس
۲۷	شکل ۲-۲ مدل کیفیت زندگی زان

۱-۱ مقدمه

کیفیت زندگی^۱ موضوعی است که امروزه مورد توجه بسیاری از محققین در تمامی زمینه های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی قرار گرفته است. این موضوع بخصوص به منظور بررسی پیامدهای خدمات و مداخلات بویژه مورد توجه محققینی است که در زمینه ناتوانی ها و بیماریها کار می کنند. در همین راستا (اسکالاک^۲ ۱۹۹۴، به نقل از کوت و والاندرا^۳، ۲۰۰۱) بیان کرده است که تحولات زیادی در کیفیت زندگی افراد با ناتوانی های ذهنی، یا ناتوانی های رشدی بوجود آمده است. این تحولات به علاقه زیاد به ارزیابی و رشد کیفیت در زمینه های مختلف مرتبط (مثل خدمات، مدیریت)، تغییر روش در تأکید به فراگیری، رعایت انصاف و اختیار دادن به افراد ناتوان به منظور در نظر گرفتن نیازهای آنان، اثبات اینکه نتایج راهبردهای بازپروری موفقیت آمیز بوده است. (مثل: آموزش مهارتها، حمایتها)، نسبت داده شده است.

مفهوم کیفیت زندگی برای افراد ناتوان جدید نیست، بلکه آنچه جدید است اعتقاد بر این باور است که کیفیت زندگی جزء جدایی ناپذیر ارائه خدمات و ارزیابی پیامدهای بازپروری برای افراد دارای ناتوانیهای رشدی می باشد.

اولین بار در طول دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ کیفیت زندگی افراد عقب مانده ی ذهنی با توجه به بهبود در مهارتهای انطباقی یا افزایش در نمرات تستهای هوشی مورد بررسی قرار گرفت (استوود و فیشر^۴، ۱۹۹۸، به نقل از همتیان، ۱۳۸۵).

متخصصین و طرفداران موضوع عقب ماندگی^۵ ذهنی متوجه این امر گردیدند که چگونگی لذت بردن افراد ناتوان ذهنی از تجربه های مرتبط با خانه و جامعه حائز اهمیت است (اسکالاک، بونهام و مارشاند^۶، ۲۰۰۰).

^۱ - quality of life

^۲ - Schalock

^۳ - Koot & Wallander

^۴ - Eastwood & Fisher

^۵ - mental retardation

^۶ - Bonham & Marchand

کیفیت زندگی مفهومی کلی می باشد که نه تنها حاوی همه جنبه های زندگی مانند اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و معنوی است. بلکه علاوه بر نیازهای فردی از قبیل امیال و آرزوها به هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه دارد (لایپر و رابرتز^۱، ۱۹۹۳ به نقل از همتیان، ۱۳۸۵). منشاء اندازه گیری کیفیت زندگی را می توان در کار ثرندایک^۲ (۱۹۳۹) ملاحظه نمود. در ابتدا رویکرد شاخصهای اجتماعی با این فرض که تأثیر معنی داری بر کیفیت زندگی افراد دارد، مورد پذیرش بود (اگلتن و دیگران، ۱۹۹۹). اما بعدها ثابت شد که شاخصهای اجتماعی برای اندازه گیری کیفیت زندگی کافی نمی باشد و اعتقاد روز افزون بر آن شد که اکثر تعیین کننده های کیفیت زندگی بیشتر جنبه روانشناختی دارند تا اقتصادی و جمعیت شناختی (کمپبل^۳، به نقل از اگلتن و دیگران، ۱۹۹۹).

در دهه های گذشته دانشمندان برای تعریف و ارزیابی کیفیت زندگی از تعاریف شاخص های اجتماعی از قبیل سلامتی و میزان جرم، مقیاسهای بهزیستی ذهنی، شاخص های اقتصادی استفاده نموده اند. این شاخص های متناوب برگرفته شده از سه رویکرد فلسفی فوق است. محققین گروهی از متغیرها را به عنوان پیش بینی کننده کیفیت زندگی شناسایی کرده اند. ویژگیهای فردی، شدت ناتوانی (ارزیابی های عینی و ذهنی) و عواملی که به تجربه شغلی مربوط می شود. مفهوم کیفیت زندگی باید چشم انداز جدیدی برای ناتوانی های هوشی مشخص کند تا در افرادی که در این زمینه کار می کنند تأثیر داشته باشد. کیفیت زندگی روش جدیدی برای بررسی مسائل افراد ناتوان پیشنهاد داده است و روش مفیدی در شناسایی توسعه و ارزیابی حمایتها، خدمات و سیاستهایی برای ناتوانیهای هوشی می باشد.

هر کودکی که به دنیا می آید اولین کسی را که در بدو تولد مشاهده و لمس می کند مادر است در واقع کودک در حالی دنیای بسته و امن جنینی را وداع میگوید که امنیت از دست رفته را با آغوش پر مهر مادر جبران می کند و این پایگاه سرشار از عاطفه پایه گذار اولین روان بنه های عاطفی و طرحواره های ارتباطی در نوزاد است که بی شک متضمن امنیت روانی - عاطفی کودک در چند سال اول زندگی است و چه

^۱ - Leiper & Roberts

^۲ - Thorndicke

^۳ - Kampbell

بسا اثرات طولانی مدت عواطف مادری، گسترده زندگی فرد را در بر می گیرد (بالبی، ۱۹۶۹) نظریه دلبستگی اولین بار به وسیله بالبی و به منظور توصیف و توضیح اینکه چرا و چگونه کودک به طور هیجانی و عاطفی با مراقبت پیوند می یابد، مطرح شد. سبک های دلبستگی را بیان می کند کودک مجموعه ای از رفتارهای فطری را نشان می دهد که پیامد آن حفظ مراقبت فیزیکی با چهره اصلی دلبستگی است که باعث می شود بقای کودک در برابر خطرات احتمالی حفظ شود (گرنکوسیت و هیچکول^۱، ۱۹۹۹).

بالبی چندین نوع سبک دلبستگی را در نوجوانی توضیح می دهد که بعدها آینسورث موفق به ابداع موقعیتی آزمایشی برای تشخیص انواع روابط کودک و مراقب گشت و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و مضطرب-دوسوگرا را تفکیک نمود (حمیدی، ۱۳۸۶). بالبی تأکید کرد که نظام دلبستگی از گهواره تا مرگ فعال است و نیز مدعی شد که دلبستگی یک تحول همیشگی و دائمی است و اگر چه رفتار دلبستگی در دوران کودکی واضح تر و روشن تر است، اما در چرخه زندگی به خصوص در مواقع اضطراری و حتی در نوع روابط در بزرگسالی نیز تأثیر میگذارد. همچنین از نظر وی تجارب اولیه کسب شده توسط کودک در نظامی به نام الگوی درونکاو، درونسازی می شود که این الگو نه تنها حکم یه مدل برای ارتباطات اجتماعی آینده فرد دارد ولیکن قوانین نانوشته ای است برای اینکه چگونه تجربه کننده ابراز وجود کند و با عواطف پریشان خود کنار آید (کوپر و همکاران^۲، ۱۹۹۸).

۱-۲ بیان مسئله

والدین به عنوان محور خانواده و جامعه کارکردهای اجتماعی مختلفی را در جامعه به ثمر می رسانند. پدر و مادر شدن مرحله‌ای بحرانی و با اهمیت است که با استرس‌های فردی و خانوادگی همراه است. تولد فرزند عکس‌العمل‌های مختلفی را در افراد به عنوان پدر/مادر بوجود می‌آورد. بخصوص زمانی که کودک با معلولیت متولد می‌شود. (گالاگر و همکاران^۳، ۱۹۸۳، هولروید مک آرتور^۴، ۱۹۷۶).

^۱ - Grongvist & hagekull

^۲ - cooper & etall

^۳ - Gallagher , et al

^۴ - Holroyd & Mc Arthur

عقب ماندگی ذهنی موضوع تازه و جدیدی نیست بلکه در هر دوره و زمان افرادی در اجتماع وجود داشته اند که از نظر فعالیت های ذهنی در حد طبیعی نبوده اند. عقب ماندگی ذهنی، اختلالی که از کودکی نمایان می شود با عملکرد عقلانی زیر متوسط (هوشبهر ۷۰ یا کمتر) مشخص می شود تقریباً ۱ درصد جمعیت به عقب ماندگی ذهنی مبتلا هستند و در مردان شایع تر است. عقب ماندگی ذهنی اصطلاحی کلی است که درجات گوناگون عملکرد عقلانی و رفتار انطباقی را در بر می گیرد که در سیستم طبقه بندی انجمن نارسایی ذهنی آمریکا انعکاس یافته و در سیستم نامگذاری روانپزشکی وارد شده است. (ریچاردپی^۱ و سوزان کراس^۲، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸).

قانون گذاری، سیاست ها، جنبشها و برنامه ها با هدف بهبود زندگی، رضایت و موفقیت های شخصی، عضویت اجتماعی و مشارکت افراد با ناتوانایی ها لحاظ شده است. موضوع کیفیت زندگی در روند حمایت از قانون، آموزش افراد با ناتوانی ها، با این التزام که به کودکان باید در محیط با حداقل محدودیت خدمات ارائه شود و اینکه خدمات مربوط لازم و آموزش انفرادی و طرحهای انتقالی برای آنها باید فراهم گردد، منعکس می شود. (سیلوانا، آر. واتسون^۳ و کنت دی. کیت^۴، ۲۰۰۲).

بدیهی است که کیفیت زندگی هدف عمده خدمات ارائه شده به افراد با ناتوانی هاست با این حال در مورد کیفیت زندگی دانش آموزان مدرسه رو دارای ناتوانی که با معیارهای کیفیت اندازه گیری شده اند، اطلاعات کمی در دست است.

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است:

درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می باشد. پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و به درک افراد از جنبه های مختلف زندگیشان استوار است. (به نقل از نائینیان و دیگران، ۱۳۸۴).

^۱ - Richard p

^۲ - Susan Krauss

^۳ - Silvana. r. watson

^۴ - Kenneth D. Keith

افراد با ناتوانی‌ها اغلب در زندگیشان با موانعی روبرو می‌شوند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تجربه‌های ناخوشایند و ادراک منفی به وجود می‌آورد این تجربه‌های فردی در رضایت از کیفیت زندگی منعکس می‌شود. کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر ارتباطات اجتماعی و عاطفی در زمینه‌های روزانه مانند مدرسه، کار و خانه قرار دارد. همچنین کیفیت زندگی بطور نزدیکی به کیفیت زندگی با افراد دیگری که بخشی از محیط زندگی فرد هستند بستگی دارد. (سیلوانا و همکاران^۱، ۲۰۰۲).

در بررسی کیفیت زندگی افراد کم‌توان باید به سبک و شیوه زندگی عاطفی و هیجانی آنها نیز توجه شود. والدین پایگاه شکل‌گیری و تحول فرایندهای روان‌شناختی کودک به شمار می‌آیند. همچنان که کودکان بزرگ می‌شوند تمایل پیدا می‌کنند که پیوند عاطفی خود را با والدی که به او دلبستگی دارند حفظ کنند. در نتیجه توانایی پذیرش رفتارهایی را که با ارزشهای والدین محبوبشان مطابقت دارد پیدا می‌کنند. دلبستگی^۲ پیوند عاطفی هیجانی نسبتاً پایداری است که بین کودک و مادر یا افرادی که نوزاد در تعامل منظم و دائم با آنهاست ایجاد می‌شود. (پاپالیا^۳، ۲۰۰۲). بالبی مفهوم دلبستگی را از دیدگاه تحولی مورد ارزیابی قرار داد و نظریه‌اش را بر این اساس بنا کرد که احساسها و رفتارهای دلبستگی، از قبیل، گریه، خنده، مکیدن، چنگ زدن، نوزاد را به مادر نزدیک و از خطر دور می‌سازد و جدایی از مادر و اضطراب و درماندگی کودک را بر می‌انگیزد.

نظریه دلبستگی^۴ توسط بالبی^۵ در یک مجموعه سه جلدی با عنوان دلبستگی و فقدان^۶ مطرح شد. (بالبی، ۱۹۸۰، ۱۹۷۳، ۱۹۶۹). طبق نظر بالبی دلبستگی بخش جدائی‌ناپذیر رفتار انسان از گهواره تا گور است. هازن و شیور بر اساس طبقه‌بندی اینزروث از سبکهای دلبستگی^۷ که از مطالعات موقعیت نا آشنا^۸ در

^۱ - Silvana. et. al

^۲ - attachment

^۳ - Papalia

^۴ - attachment theory

^۵ - Bowlby

^۶ - attachment and Loss

^۷ - attachment Styles

^۸ - strange Situation

نوزادان یکساله بدست آمد و همچنین بر اساس مشاهدات و تحقیقات متعدد، سه سبک دلبستگی بزرگسالی را که ادامه کیفیت روابط کودکی است شناسایی کردند. سبک دلبستگی ایمن^۱، سبک دلبستگی اجتنابی^۲ و سبک دلبستگی دو سوگرا^۳ (اینزروث^۴ و همکاران، ۱۹۷۸). در کودکان و نوجوانان دارای عقب ماندگی ذهنی نوع سبک دلبستگی نه تنها تحت تأثیر رفتار والدین و اطرافیان قرار می گیرد بلکه تحت تأثیر عواملی چون تفاوت‌های فردی و شرایط محیط زندگی حاکم بر کودک قرار می گیرد.

تداوم الگوهای دلبستگی و تأثیر آن بر روابط بین فردی افراد در آینده و بزرگسالی قابل توجه است. از این رو پژوهش حاضر در صدد این است که آیا بین کیفیت زندگی و سبک‌های دلبستگی این دو گروه (کم توان و عادی) تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

^۱ - secure attachment style
^۲ - avoidant attachment style
^۳ - ambivalent Attachment style
^۴ - Ainsworth