

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**دانشگاه آزاد اسلامی**  
**واحد مرودشت**  
**دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی**

**پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A) در رشته روانشناسی عمومی**

**عنوان:**

**مقایسه رضایت مندی زناشویی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و  
عادی در شهر کنگان**

**استاد راهنما:**

**دکتر سلطانه علی کاظمی**

**استاد مشاور:**

**دکتر آذر میدخت رضایی**

**نگارش:**

**خدر درویشی**

**تابستان ۱۳۹۳**



## معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

### مشور اخلاقی پژوهش

بیاری از خداوند سبحان و اعتماد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادنشجویان و اعضاء هیئت علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.
- ۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلاینند.



معاونت پژوهش و فن آوری  
به نام خدا  
تعهد اصالت رساله یا پایان نامه تحصیلی

اینجانب خدر درویشی دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته‌ی روانشناسی عمومی که در تاریخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۵ از پایان‌نامه‌ی خود تحت عنوان " مقایسه رضایت مندی زناشویی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی در شهر کنگان " با کسب نمره دفاع نموده‌ام بدین وسیله متعهد می‌شوم:

- ۱) این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.
- ۲) این پایان‌نامه قبلاً برای هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین‌تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳) چنان‌که بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از پایان‌نامه داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴) چنان‌که در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء



**صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A)**

نام و نام خانوادگی دانشجو : خدر درویشی در تاریخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۵ رشته :  
روانشناسی عمومی

از پایان نامه خود با عنوان :

مقایسه رضایت مندی زناشویی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی در شهر  
کنگان

با درجه و نمره دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضای هیات داورى                      سمت                      امضاء اعضای هیات داورى

۱- دکتر سلطانهلى كاظمى                      استاد راهنما

۲- دکتر آذرمیدخت رضایی                      استاد مشاور

۳- دکتر دکترا نادره سهرابی                      استاد داور

مدیر/معاونت پژوهشی

مراتب فوق مورد تایید است .

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از آقای دکتر سلطانه‌لی کاظمی به عنوان استاد راهنما که در انجام این پژوهش بنده را یاری فرمودند کمال تشکر و سپاسگذاری دارم. همچنین از سرکار خانم دکتر آذرمیدخت رضایی که به عنوان استاد مشاور زحمات فراوان در جهت راهنمایی بنده داشته‌اند سپاسگذاری می‌نمایم. از کارشناسان توانبخشی شهدای کنگان که در اجرای پژوهش مرا یاری نمودند کمال تشکر و سپاسگذاری را دارم.

تقدیم به

آنانی که در قلمرو روانشناسی خواهان حل مشکلات مردم  
هستند.

و

تقدیم به

همسر مهربانم که در همه حال یار و یاور من بوده است.

## فهرست مطالب

| صفحه | عنوان                                   |
|------|---|
| ۱    | چکیده                                   |
| ۲    | <b>فصل اول: کلیات پژوهش</b>             |
| ۳    | مقدمه                                   |
| ۶    | بیان مسأله                              |
| ۷    | اهمیت و ضرورت پژوهش                     |
| ۸    | اهداف پژوهش                             |
| ۹    | فرضیه های پژوهش                         |
| ۹    | تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها           |
| ۱۰   | <b>فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق</b>   |
| ۱۲   | مبانی نظری                              |
| ۱۲   | سلامت روان                              |
| ۱۳   | دیدگاه روانی و زیستی                    |
| ۱۳   | دیدگاه کارن هورنای                      |
| ۱۵   | رویکرد شناختی                           |
| ۱۶   | رویکرد روانکاوی                         |
| ۱۶   | دیدگاه انسان گرایانه                    |
| ۱۶   | تعارض و سلامت روان                      |
| ۱۷   | سلامت روان و سلامت جنسی                 |
| ۱۷   | سلامت هیجانی                            |
| ۱۸   | جایگاه فشار روانی در سلامت روانی        |
| ۲۰   | تاب آوری و سلامت روانی                  |
| ۲۰   | نقش خود و سلامت روانی                   |
| ۲۲   | معنویت و دین و سلامت روانی              |
| ۲۳   | خانواده و ارتباطات اجتماعی و سلامت روان |
| ۲۵   | رضایت زناشویی                           |
| ۲۸   | تأثیرات نارضایتی زناشویی در زندگی زوجی  |
| ۲۹   | ساختار قدرت در خانواده و رضایت زناشویی  |



|    |   |
|----|---|
| ۲۹ | <u>فن کنترل خودگویی و حل تعارضات زناشویی</u>                        |
| ۳۱ | <u>روایت درمانی زوجی و رضایت زناشویی</u>                            |
| ۳۲ | <u>رویکرد شناختی - رفتاری و تعارض زناشویی</u>                       |
| ۳۳ | <u>عقب ماندگی ذهنی</u>  |
| ۳۴ | <u>پیشینه پژوهش</u>   |
| ۳۴ | <u>پژوهش های انجام گرفته در داخل کشور در مورد رضایتمندی زناشویی</u> |
| ۳۶ | <u>پژوهش های انجام گرفته در داخل کشور در مورد سلامت روان</u>        |
| ۳۹ | <u>پژوهش های انجام شده در خارج از کشور درباره رضایت زناشویی</u>     |
| ۴۰ | <u>پژوهش های انجام شده در خارج از کشور درباره سلامت روان</u>        |
| ۴۳ | <u>جمع بندی</u>   |
| ۴۴ | <b><u>فصل سوم روش تحقیق</u></b>                                     |
| ۴۵ | <u>روش تحقیق</u>  |
| ۴۵ | <u>جامعه آماری</u>  |
| ۴۵ | <u>روش و روش نمونه گیری</u>   |
| ۴۷ | <u>ابزار گرد آوری داده ها</u>                                       |
| ۴۷ | <u>روش اجرای تحقیق</u>  |
| ۴۸ | <u>روش تجزیه داده ها و تحلیل داده ها</u>                            |
| ۴۸ | <u>ملاحظات اخلاقی</u>   |
| ۵۰ | <b><u>فصل چهارم یافته های پژوهش</u></b>                             |
| ۵۱ | <u>یافته های توصیفی</u>   |
| ۵۲ | <u>یافته های استنباطی</u>   |
| ۵۶ | <b><u>فصل پنجم بحث و نتیجه گیری</u></b>                             |
| ۵۷ | <u>خلاصه پژوهش</u>  |
| ۵۸ | <u>بحث و نتیجه گیری</u>   |
| ۶۳ | <u>محدودیت های تحقیق</u>  |
| ۶۳ | <u>پیشنهادها</u>  |
| ۶۵ | <u>فهرست منابع</u>  |
| ۶۵ | <u>منابع فارسی</u>  |
| ۷۴ | <u>منابع انگلیسی</u>  |

|    |       |               |
|----|-------|---------------|
| ۷۸ | ..... | پیوست ها      |
| ۷۹ | ..... | پیوست ۱       |
| ۸۱ | ..... | پیوست ۲       |
| ۸۶ | ..... | چکیده انگلیسی |

## فهرست جداول

| صفحه | عنوان   |
|------|---|
| ۴۶   | جدول ۱-۳: توزیع فراوانی و درصد حجم نمونه بر حسب گروه‌ها.....  |
| ۴۶   | جدول ۲-۳: توزیع آزمودنی‌ها در جمعیت نمونه بر اساس سن، سطح تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان.....   |
| ۵۱   | جدول (۱-۴): شاخص‌های آماری ابعاد سلامت روان و رضایت زناشویی.....  |
| ۵۲   | جدول ۲-۴: نتایج آزمون تی مستقل جهت سنجش سلامت روان در والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و والدین دارای کودک عادی.....                              |
| ۵۲   | جدول (۳-۴): نتایج آماری لامبدای ویلکز در مورد ابعاد سلامت روان.....   |
| ۵۳   | جدول (۴-۴): آزمون همگنی واریانس‌ها.....   |
| ۵۳   | جدول ۵-۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت میانگین نمره ابعاد سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و والدین دارای کودک عادی..... |
| ۵۴   | جدول ۶-۴: نتایج آزمون تی مستقل جهت سنجش سلامت روان پدران و مادران کودک عقب مانده ذهنی.....  |
| ۵۴   | جدول ۷-۴: نتایج آزمون تی مستقل جهت سنجش رضایت زناشویی در والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و والدین دارای کودک عادی.....                           |
| ۵۵   | جدول ۸-۴: نتایج آزمون تی مستقل جهت سنجش رضایت زناشویی پدران و مادران کودک عقب مانده ذهنی ...  |

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه رضایتمندی زناشویی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی در شهر کنگان انجام شد. برای انتخاب نمونه، از والدین کودکان عقب مانده ذهنی و والدین کودکان عادی از روش تصادفی ساده استفاده شد. در مجموع، ۱۰۰ نفر از والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و ۱۰۰ نفر از والدین دارای کودک عادی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه برای سنجش سلامت روان از مقیاس SCL-90-R و برای سنجش رضایت زناشویی از مقیاس رضایت زناشویی هنریچ استفاده شد. برای تحلیل داده ها، روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون t مورد استفاده قرار گرفت و نتایج ذیل حاصل شد: الف) بین سلامت روان و ابعاد آن در والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی با والدین دارای کودک عادی، تفاوت معناداری وجود دارد. ب) بین سلامت روان پدران و مادران کودک عقب مانده ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد. ج) بین رضایت زناشویی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی با والدین دارای کودک عادی تفاوت معناداری وجود دارد. د) بین رضایت زناشویی پدران و مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه های کلیدی: سلامت روان، رضایتمندی زناشویی، مقیاس SCL-90-R، مقیاس رضایت زناشویی

انریچ

# فصل اول

## کلیات پژوهش

## مقدمه

مفهوم سلامت عمومی یا سلامت روانشناختی<sup>۱</sup> جنبه ای از مفهوم کلی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است که البته با توجه به شرایط و موقعیت های اجتماعی و فرهنگی، تعاریف گوناگونی از آن به عمل آمده است. سلامت عمومی علاوه بر بدن سالم، به محیط و شرایط زندگی سالم نیز نیاز دارد (عیدی نصیری، ۱۳۸۳).

یکی از زمینه های گسترش خودآگاهی و تقویت خود، برقراری رابطه عمیق با دیگران است. در این میان، رابطه زناشویی می تواند عمیق ترین و صمیمی ترین روابط هر انسانی باشد. بدین ترتیب، رضایت مندی از زندگی زناشویی یعنی رضایت مندی از روابط با همسر، که توان مقابله با مشکلات و فشارهای روانی را افزایش می دهد و سبب ارتقای سطح بهداشت روانی و جسمانی زوجین و در نهایت، افراد جامعه خواهد گردید (طباطبایی به نقل از شمایی، ۱۳۸۴).

برای خدمات بهداشت روان در ایران می توان چهار دوره قائل شد؛ دوره اول که تا سال های ۱۳۲۰ ادامه یافت و دارالمجانین ها با شرایط بسیار نامناسب در تهران، همدان، شیراز و اصفهان به وجود آمدند. دور دوم از سال های ۱۳۲۰، هنگامی که دانشکده پزشکی در کشور تأسیس و روانپزشکی به عنوان شاخه ای از طب مدرن منظور شد، آغاز گردید و در سال های ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ منجر به بهبود مراقبت های ارائه شده برای بیماران روانی گردید.

در سومین دوره که سال های ۱۳۵۰ را شامل می شود، تلاش هایی در جهت دستیابی به مراقبت های بهداشت روان جامع، توسط انجمنی برای توانبخشی معلولین و خدمات بهداشت روان صورت گرفت؛ این امر توسط اولین معاونت وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی انجام شد.

چهارمین دوره از مهر ماه ۱۳۶۵، هنگامی که برنامه ملی بهداشت روان توسط یک تیم چند رشته ای از متخصصین طرح، انجام و توسط دولت پذیرفته شد، آغاز گردید؛ هدف اصلی آن ادغام فعالیت های جدید در یک سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه و کارآمد بود (مرکز سلامت روان، ۱۳۹۱).

---

<sup>۱</sup>Cognitive health

در دو دهه اخیر تغییرات زیادی در توزیع سنی جمعیت صورت گرفته است و در طرح اصلی برنامه کشوری بهداشت روان استراتژی‌ها برای ارتقای بهداشت روان در یک سطح عمومی منظور شده، ولی در حال حاضر به طرح‌های اختصاصی جهت ارتقای بهداشت روان نیاز می‌باشد.

خانواده به لحاظ قدمت، ابتدایی‌ترین و از نظر گستردگی، جهان‌شمول‌ترین سازمان و یا نهاد اجتماعی است. وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روانی، منوط به سلامت اجزای کوچک‌تر آن مانند گروه‌ها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است. در این میان، خانواده هسته مرکزی هر جامعه و یکی از پایه‌های اساسی آن محسوب می‌گردد. وجود خانواده‌های سالم و دارای سلامت روانی می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روانی و ایجاد بهداشت روان در آن جامعه داشته باشد، زیرا نهاد خانواده به خودی خود، یک جامعه کوچک است و هر گونه تغییر مثبت یا منفی در آن، در جامعه بزرگ انسان‌ها تأثیر مستقیم و مؤثر دارد و ثبات و بی‌ثباتی خانواده به طور مؤثر بر ثبات یا بی‌ثباتی جامعه تأثیر گذار است (افروز، ۱۳۷۹).

این امر خود نشان می‌دهد که خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب شده و واجد ارزش بقای بسیار مهمی برای فرد و نوع انسان می‌باشد. کودک، عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می‌تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد؛ والدین و دیگر اعضای خانواده، باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با حضور یک عضو جدید تحمل کنند.

اثرات تولد یک کودک عقب‌مانده ذهنی بر خانواده می‌تواند حتی عمیق‌تر باشد و از آنجا که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایداری می‌باشد، این امر بر تعاملاتی که کودک با والدین و خواهران و برادران خود دارد و خواهد داشت، تأثیر می‌گذارد.

در میان کودکان استثنایی کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی به علت ویژگی‌های خاص خود نیاز شدید به مراقبت در درازمدت و همچنین وجود اختلالات دیگری از جمله اختلالات یادگیری، اختلال در زبان و صحبت کردن، اختلال در مهارت‌های خودیاری همواره سلامت روانی و جسمانی والدین خود را به مخاطره می‌اندازد. از عوامل فشارزایی مؤثر بر والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان موارد زیر را نام برد:

۱. سختی‌ها و فشار مالی مثل مسایل پزشکی تجویز دارویی خاص
۲. هزینه‌های بیمارستان
۳. درمان‌های ویژه این کودکان
۴. مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت‌های زیاد و افراطی و یا طرد کودک
۵. اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده
۶. قربانی کردن سایر کودکان

۷. محقر دانستن والدین از این جهت که آنها از نظر ژنتیکی، عامل ایجاد کننده مشکل کودک هستند

۸. افزایش در تنش و تعارضات خانوادگی

۹. مشکلات و مسایلی در اجرای مناسب روابط خانوادگی

عوامل غیر قابل اجتنابی که در برابر فعالیت ها و اهداف خانواده موانعی به وجود می آورند، شامل مشکلات عمومی هستند که با فعالیت های تفریحی، فرصت های شغلی و فعالیت های مربوط به سازمان خانواده مرتبط هستند و عوامل فشارزایی که ناشی از زندگی اجتماعی خانواده می باشند. بیش از دو درصد جمعیت هر جامعه ای را کودکان و افراد عقب مانده ذهنی تشکیل می دهند. کودکان عقب مانده ذهنی تفاوت های شناختی گوناگونی، مانند محدودیت در دامنه توجه، حافظه و مشکلات عاطفی و رفتاری قابل ملاحظه ای در مقایسه با همسالان خود، در رفتار خودشان می دهند؛ از سوی دیگر، محیط های تربیتی خانواده، مدرسه و موقعیت های اجتماعی می توانند به کم تر یا بیش تر شدن این گونه تفاوت ها منجر شوند (انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا،<sup>۱</sup> ۱۳۸۰).

کودکان عقب مانده ذهنی در یادگیری بسیار کند و ضعیف هستند؛ از این رو، سعی و تلاش والدین برای آموزش مهارت های جدید و مهار رفتارهای نامناسب در این گونه کودکان تا حدی به نتایج مطلوب منتهی نمی شود. لذا سازگاری در این وضعیت، پذیرش این واقعیت برای والدین کودکان عقب مانده ذهنی مشکل ساز و استرس زا است. از سوی دیگر ضرورت رسیدگی مضاعف به این قبیل کودکان ممکن است موجب بروز یا وخیم تر شدن مشکلات زناشویی شود (فلوید<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

کودکان کم توان ذهنی می توانند بهترین زندگی را در خانه خودشان داشته باشند. اما برخی والدین نمی توانند به اندازه کافی از آن ها مراقبت نمایند، به خصوص آن هایی که کم توانی ذهنی شدید یا ترکیبی دارند (هاجان<sup>۳</sup> و موریس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

یافته ها نشان می دهد که تمام والدین دارای کودک کم توان ذهنی، دارای مشکلات روانی هستند که این منفی و زیاد اختلالات روانی را از ابتدای تولد فرزندز آنها در احساس شدید غم و اندوه و احساس ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده اند؛ همچنین والدین این کودکان، سر درگمی، فقدان و سختی های زیادی را تجربه می کنند (فست<sup>۵</sup> و سیسور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

1-Diagnostic and stastical of mental Disorders, fourth Edition

2-Fluid

3-Hajan

4-muris

5-Fast

6-Cesur



خود به درک و توانایی آنها برای مراقبت از فرزند کم توانشان مفید است. والدین این کودکان پیامدهای با توجه به مطالب بالا، پژوهش حاضر به دنبال مقایسه والدینی که کودک عقب مانده ذهنی دارند با والدین دارای کودک سالم در زمینه رضایت زناشویی و سلامت روان می باشد.

## بیان مسأله

هیچ جامعه ای هرگز به سلامت روانی دست پیدا نمی کند مگر آن که از خانواده های سالم برخوردار باشد. زیرا وقتی کشمکش های خانواده اوج می گیرد نظام خانواده را دچار تشویش و نگرانی کرده و تأثیرات سوئی بر فرزندان در سنین نوجوانی بر جای گذاشته و سبب می شود آنها به دور از والدین در ورطه های اعتیاد و بزهکاری گرفتار شوند (ساروخانی، ۱۳۷۲).

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن و شکوفایی استعداد های ذاتی (کیقبادی، ۱۳۸۵)

رضایت زناشویی فرآیندی است که زن و شوهر در تبادل احساسات نسبت به همدیگر، رضایت از ازدواج، رضایت از زندگی خانوادگی و رضایت کلی از زندگی تفاهم داشته باشند. عقب ماندگی ذهنی عبارت است از عملکرد عقلانی کلی که به طور قابل ملاحظه ای زیر سطح متوسط همراه با محدودیت های قابل ملاحظه ای در عملکرد سازگارانه در مهارت هایی مثل مراقبت شخصی، کار، سلامت و ایمنی همراه است. این مشکلات باید قبل از ۱۸ سالگی شروع شده باشد (جیمز باچر و همکاران<sup>۱</sup>، نقل از محمدی، ۱۳۸۹).

کودک عامل گسترش نسل است و به دنیا آمدن کودک جدید باعث دگرگونی در ابعاد روانی اقتصادی، اجتماعی در خانواده می گردد و والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند.

تولد یک کودک ناتوان یا عقب مانده ذهنی می تواند اثرات ناگوار و غیر قابل پیش بینی بر خانواده داشته باشد. آسیب پذیری خانواده گاه به حدی است که سیستم خانواده را به طور کلی دچار دگرگونی کرده و وضعیت بهداشت روانی خانواده و بستگان نزدیک را با چالش هایی مواجه می کند و آنها را پریشان می نماید. بعضی اوقات والدین همدیگر را در متولد شدن کودک مقصر می دانند و این خود باعث تنش و به هم خوردن سلامت روانی و نارضایتی زناشویی می گردد.

نتایج مطالعات مهرابی زاده و همکاران (۱۳۸۸) حاکی از آن است که بین بهزیستی روان شناختی، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودک کم توان ذهنی نسبت به مادران عادی تفاوت معنادار وجود دارد و همچنین تحقیقات (بخشی و همکاران ۱۳۸۶) نشان می دهد اگر جامعه ای از خانواده های سالم و متعادل برخوردار نباشند، نمی تواند ادعای سلامتی کند. خانواده هایی که در آن زن و شوهر

---

<sup>1</sup>James et. al

تفاهم دارند و از زندگی احساس رضایت می کنند کارکرد مناسب تری داشته و نقش خود را بهتر ایفا می کنند. رضایت زناشویی یکی از عوامل پیشرفت و دست یابی به اهداف زندگی است.

حضور کودک عقب مانده ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تأثیر خود قرار می دهد و سلامت روانی خانواده و بستگان و به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می دهد؛ کودک کم توان ذهنی تعارض های شدید میان اعضای خانواده ایجاد می کند، کل خانواده را در بحران فرو می برد و تأثیر منفی وجود کودک با عقب ماندگی ذهنی بر روی والدین، آنها را نیازمند کمک و راهنمایی و مشاوره از سوی متخصصان از جمله روانشناسان و مشاوران می کند که از ضروریات اجرای این پژوهش است. همچنین با توجه به گسترش صنعت پتروشیمی و اجرای فازهای مختلف صنعتی در پارس جنوبی که در منطقه کنگان واقع و باعث آلودگی هوا شده که خود، شاید در عوامل افزایش تولد کودکان بیمار و معلول مؤثر می باشد؛ از طرف دیگر، کمتر تحقیقی در این زمینه در این منطقه صورت گرفته است؛ لذا پژوهش حاضر در تلاش است مقایسه سلامت روان و رضایت زناشویی والدینی که کودک عقب مانده ذهنی دارند با کودکان عادی در شهر کنگان مورد پژوهش قرار داده و به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین میزان سلامت روان و رضایتمندی والدینی که کودک عقب مانده ذهنی دارند با آنها که کودک عادی دارند تفاوت معنادار وجود دارد؟

### اهمیت و ضرورت پژوهش

واژه بهداشت و سلامتی همیشه انسان را در طول تاریخ به خود مشغول کرده است. تدوین برنامه های تربیتی و بهداشتی و انجام تحقیقات برای حفظ سلامتی و ارتقای آن از اهمیت زیادی برخوردار است.

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت روان آن جامعه است و سلامت روان نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می کند.

والدینی که از سلامت روانی و اجتماعی برخوردار نیستند نمی توانند با چالش های ناشی از ایفای نقش های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهند (روان نژاد و صادقی، ۱۳۹۰).

شناخت مشکلات روانی والدین و خانواده ها امکان پیش بینی و برنامه ریزی برای کمک به تأمین بهداشت روانی آنان را فراهم می کند. از طرفی این امر به دست اندرکاران بهداشت روان کمک می کند تا به بسط و توسعه شبکه های اجتماعی، مراکز و کلینیک های خدمات مشاوره، روان درمانی و مددکاری و ارائه بیشتر خدمات رفاهی و بهداشتی و مهارت های زندگی از شیوع ناراحتی های روانی و ایجاد جامعه ای سالم کمک می نماید (روان نژاد و صادقی، ۱۳۹۰).

از آنجایی که والدین رکن اصلی تعادل و آرامش و ترقی خانواده و جامعه به شمار می آیند، توجه به شرایط آنها در زندگی امری ضروری است. تولد کودک سالم برای والدین لذت آور است. گر چه این

فرایند با مشقات و ناراحتی های فراوان همراه است. علاوه بر این مشکلات، باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرد، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می گردد و مشکلات بین فردی رضایت زناشویی و بهداشت روانی خانواده و ارتباطات اجتماعی شروع می گردد (افروز، ۱۳۷۹).

البرزی و بشاش (۱۳۷۵) و ملکپور و جدیدی زاده (۱۳۷۷) اعتقاد دارند که امروزه خانواده های بسیاری از داشتن فرزند کم توان ذهنی رنج می برند. داشتن کودک کم توان ذهنی می تواند مسایل گوناگونی را برای اعضای خانواده به همراه داشته باشد؛ مسایلی چون هزینه های اقتصادی سنگین، محدودیت در روابط اجتماعی، تحمل سرزنش های دیگران، بروز مشکلات زناشویی، بروز مشکلات بین خواهران و برادران و نظایر آن. در بسیاری از موارد کودکان کم توان ذهنی، بیشتر وقت خود یا تمام آن را در خانه و تعامل با اعضای خانواده می گذرانند و در نتیجه حضور این گونه کودکان احتمالاً عملکرد نادرست خانواده و نارضایتی والدین را افزایش می دهد.

دو درصد از افراد جامعه را عقب مانده های ذهنی تشکیل می دهند (انجمن عقب ماندگی ذهنی امریکا، ۱۳۸۰) و جمعیت عقب مانده های ذهنی که در مرکز توان بخشی شهدای کنگان که خدمات دریافت می کنند ۴۷۰ نفر می باشد؛ به علاوه جمعیت خواهران و برادران که مستقیماً با آنها در ارتباط هستند باعث می شود که اهمیت این موضوع بالاتر برود. تا کنون کمتر تحقیقی در شهر کنگان در زمینه مقایسه سلامت روان و رضایت زناشویی والدین که کودک عقب مانده ذهنی دارند، با والدین عادی انجام گرفته است. بنابراین ضرورت پیدا می کند که این موضوع در این شهر مورد کنکاش قرار گیرد.

## اهداف پژوهش:

### الف) هدف اصلی

مقایسه سلامت روان و رضایت مندی والدینی که کودک عقب مانده ذهنی دارند با کودکان

عادی

### ب) اهداف فرعی

- ۱- مقایسه میزان رضایت مندی زناشویی پدران و مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی
- ۲- مقایسه سلامت روان و ابعاد آن در والدین کودکان عقب مانده ذهنی و والدین عادی
- ۳- مقایسه سلامت روانی پدران و مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی

## فرضیه های پژوهش

۱. بین میزان رضایت مندی زناشویی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد .
۲. بین میزان رضایت مندی زناشویی پدران و مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.
۳. بین ابعاد سلامت روان در والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و والدین دارای کودک عادی تفاوت معناداری وجود دارد .
۴. بین سلامت روانی پدران با مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

## تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

### تعریف نظری رضایت زناشویی زوجین

رضایت زناشویی برقراری ارتباط موثر با طرف مقابل، عدم عصبانیت، حفظ استقلال فردی زن و مرد ضمن مشارکت با هم، ارزش قائل شدن به خواسته ها و علائق همسر، همراهی و همدلی، داشتن اهداف مشترک، قبول سختی ها و آمادگی برای مواجهه با مشکلات زندگی و کنار هم بودن در روزهای خوشی و سختی و تاکید بر نکات مثبت همسر، ابراز دوستی و اهمیت دادن به یکدیگر می باشد. (صافی، ۱۳۷۴)۰

### تعریف عملیاتی رضایت زناشویی

منظور از رضایت زناشویی نمره ای است که فرد از مقیاس رضایت زناشویی ۴۷ سؤالی انریچ<sup>۱</sup> به دست می آورد. نمره های کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید نمره های بین ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت، نمره های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی، نمره های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت زیاد و نمره های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق العاده از روابط زناشویی بین همسران می باشد.

### تعریف نظری سلامت روان

سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف میکند<sup>۰</sup> به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماریهای روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از ابتلا به

<sup>۱</sup>-enrich

<sup>۲</sup>-World health organization