مقاله پژوهشی
Original Article

مقایسهٔ میزان رضایت زناشویی والدین فرزندان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات توانبخشی (آموزشی- مالی) مراکز بهزیستی شهرستان خرم آباد

*شجاع کرمی[۱]، پرویز شریفی درآمدی[۲]، مجید طاهریان[۳]، ابراهیم محمودی‌مهر[۴]، اعظم کرمی[۵]

Marital Satisfaction in Parents of 'Children with Trainable Intellectual Disability'

*Karami Sh.[1], Sharifi Daramadi P.[2], Taherian M.[3], Mahmoodi Mehr E.[4], Karami A.[5]

چکیده

هدف: هدف از انجام تحقیق حاضر مقایسهٔ رضایت زناشویی والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی به روش پیمایشی بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر بودند. نمونه‌ای به حجم ۲۴۰ نفر با گروه‌های بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از آن‌ها انتخاب شد. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار) و روش‌های آمار استنباطی (تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی) استفاده شد.

یافته‌ها: به‌طور کلی، یافته‌ها نشان داد که بین رضایت زناشویی (گروه‌های بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی) و گروه‌های بهره‌مند از خدمات آموزشی و مالی تفاوت معنادار بوده (p=۰/۰۳۹)، همچنین بین گروه فقط برخوردار از خدمات توانبخشی آموزشی و گروه‌های بی‌بهره از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی تفاوت معنادار است (p=۰/۰۳۱).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که گروه بهره‌مند از خدمات آموزشی و مالی از گروه بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی از رضایت‌مندی بیشتری برخوردار بوده و گروه برخوردار از خدمات آموزشی نسبت به گروه بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی از رضایت بیشتری برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: رضایت زناشویی، خدمات توانبخشی، مراکز بهزیستی، کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare marital satisfaction in parents of children with trainable intellectual disability deprived of and benefiting from educational-financial rehabilitation services.

Methods: A descriptive-analytical study was conducted through the census method. 240 parents of the aforementioned children were selected through random sampling in Khorramabad. The ENRICH marital satisfaction questionnaire was used to collect data. Data analysis was done using descriptive statistical tests (mean, SD), inferential tests (one-way ANOVA and follow-up tests).

Results: Overall, the results showed a significant difference between the parental marital satisfaction of the group of children benefiting from and those deprived of financial & educational rehabilitation services (p=0.039). Furthermore, there was a significant difference between the group that had received educational services only, as compared to that which had not received any services at all (p=0.031).

Conclusion: Provision of educational-financial services improves marital satisfaction in parents of 'trainable mentally retarded children'.

Keywords: Marital satisfaction, Rehabilitation centers, Trainable Mentally Retarded Children

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۸
پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۲
Received: 29/12/2013
Accepted: 1/2/2014

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس پژوهش سازمان بهزیستی استان لرستان، لرستان، ایران؛ ۲. دکترای روانشناسی کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛ ۳. کارشناس ارشد روانسنجی، مربی آموزش و پرورش، خرم آباد، ایران؛ ۴. کارشناس ارشد علوم تربیتی، مربی آموزش و پرورش، خرم آباد، ایران؛ ۵. کارشناس علوم تربیتی، خرم آباد، ایران. ***آدرس نویسندهٔ مسئول:** خرم آباد، سازمان بهزیستی استان لرستان؛ *تلفن: ۰۹۱۶۱۶۱۹۴۸۹؛ *رایانامه: karami.shoja@yahoo.com

1. MA in Psychology, Research Officer in Lorestan Behzisti Organization, Khoramabad, Iran; 2. PhD in Psychology of Exceptional Children, Assistant Professor of Allmeh Tabatabai University, Tehran, Iran; 3. MA in Psychometrics, Teacher, Khoramabad , Iran; 4. MA in Educational Sciences, Teacher, Khoramabad, Iran; 5. BA in Educational Sciences, Khoramabad, Iran. ***Corresponding Author's Address:** Lorestan Welfare Organization, Khorramabad; *Tel: 09161619489; *E-mail: karami.shoja@yahoo.com

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۷۷-۷۱
MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 71-77

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.9.5]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 71-77

مقدمه

از رضایت زناشویی تعاریف مختلفی وجود دارد. از جمله الیس، رضایت زناشویی را ناشی از احساسات مرتبط با خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شدهٔ زن یا شوهر (۱) و وینچ (۱۹۶۵) آن را تطابق وضعیت موجود و مطلوب روابط زناشویی دانسته است (۲). سازمان جهانی بهداشت، خانواده را به‌عنوان عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامت و بهزیستی معرفی کرده است (۳). رضایت از زندگی زناشویی نه تنها موجب می‌شود افراد شادتر و با نشاط‌تر و سالم‌تر زندگی کنند، بلکه سهم عمده‌ای در سلامت والدین و تربیت نسل بعدی و دوام زندگی دارد (۴). رضایت زناشویی حاصل خشنودی و سازگاری زن و شوهر در ابعاد مختلف زندگی مشترک است و استحکام بنیان خانواده و سلامت والدین را تأمین می‌کند (۵). امروزه پژوهشگران به‌دنبال شناسایی نقاط قوت و ضعف خدمات توانبخشی بوده و تلاش می‌کنند تا از این رهگذر بتوانند چشم‌اندازهای نوینی را برای افزایش بازدهی فردی و اجتماعی کودکان معلول فراهم نمایند(۶). والدین کودکان استثنایی نه تنها به خدمات اجتماعی و دولتی نیازمند بوده بلکه شدیداً به حمایت مردمی و حمایت‌های افراد نزدیک نیز نیازمند هستند. در مقابله با بحران باید از حمایت اجتماعی و دیگر منابع سازگاری، استفاده‌های سودمندی به عمل آورد. آموزش‌های خاص به والدین برای حفظ سازگاری و رضایت زناشویی آن‌ها در مقابل فشارهای وارده از تولد یک کودک معلول لازم است. خدمات توانبخشی بایستی کارکردهای سودمندی برای مقابله با فشارآورهای آموزشی، پزشکی و اقتصادی ایجاد کند(۷) و اعضای خانواده بخشی از این نظام را تشکیل می‌دهند (۸). تغییر در نظام خانواده خواه ناخواه تغییر رفتار هر یک از افراد خانواده را به‌دنبال دارد. دیگران ادعا می‌کنند که درمان فرد بدون توجه به نقش خانواده ممکن است به افزایش مسائل خانوادگی منجر شود(۹). چارچوب فوق از چهار بخش تشکیل می‌شود: ارتباط متقابل خانواده، منابع خانواده، وظایف خانواده و چرخهٔ خانواده (۱۰). درک کیفیت خدمات، متأثر از نگرش ارتباط مثبت است. ارتباط دوستانه می‌تواند رضایت‌مندی را افزایش دهد (۱۱). در قسمت ارتباط خانواده ذکر شده است مداخله‌هایی که سبب تقویت رابطهٔ مادر با کودک می‌شوند ممکن است در رابطهٔ بین پدر و کودک و رابطهٔ زناشویی اثر منفی بگذارند. در نهایت خودشناسی خانواده یا دیدگاه اعضای خانواده نسبت به خود و خانواده معمولاً هنگامی که کودکی معلول عضو آن خانواده می‌شود، تغییر می‌کند (۱۲). درون چرخهٔ زندگی خانواده، چرخهٔ زندگی فردی هر عضو از خانواده نیز باید مورد توجه قرار گیرد. این مسئله گاهی درون خانواده و در مراحل گوناگون ایجاد تضاد می‌کند (۱۳). در قانونی که در آمریکا به تصویب رسیده است، استفاده از مدل نظام‌های خانواده برای مداخله در مسائل کودکان معلول و خانواده‌های آن‌ها در برنامه‌های پیش‌دبستانی ضرورت خاص دارد (۱۴). اثرات احتمالی معلولیت بر این خانواده‌ها درک ما را از روابط، تغییر داده است (۱۵). یک مدل مرحله‌ای نشان می‌دهد که فرآیند سازگاری، پیوستاری از واکنش‌هاست که از تشخیص معلولیت آغاز می‌شود و با طی این مراحل افراد می‌توانند با شرایط معلولیت سازش کنند. خشایاری (۱۳۷۹) در بررسی والدین کودکان استثنایی، گزارش کرد که این افراد توانایی سازگاری اجتماعی و حرفه‌ای با محیط اجتماعی را دست کم به‌طور جزئی ندارند. تولد و حضور کودک استثنایی با معلولیت ذهنی به‌عنوان عامل خانوادگی پرفشار مطرح شده که طیف وسیعی از فشارآورهای متفاوت و به‌خصوص ارتباطی را شامل می‌شود (۱۵). تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود. این رویداد احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به‌دنبال خواهد داشت (۱۶). محرابی (۱۷)، کرکهام (۱۸) بر سطح اضطراب بالا و افسردگی و سطح شکایات جسمانی بالاتر و عملکرد اجتماعی مختل در خانواده‌های با فرزند کم‌توان ذهنی تأکید کرده‌اند. سن و سطح آموزش با میزان رضایت‌مندی مراجعین از ارائه خدمات همبستگی دارد(۱۹). در یک مطالعهٔ تحقیقی، اکثر مادرانی که دارای فرزند معلولی بوده‌اند این مشکل را موجب سردی محیط خانواده دانسته‌اند. این تحقیق نشان داد که علاقهٔ والدین به

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.9.5]

یکدیگر با داشتن کودک معلول کاهش می‌یابد (۲۰). رودز با درنظرگرفتن عملکرد زوجین، نگرانی والدین را در نگهداری بچه علت این امر می‌داند (۲۱). الیری و همکاران (۲۰۰۲) بیان کرده‌اند که با تولد یک کودک کم‌توان ذهنی کارکرد روانشناختی خانواده به هم می‌خورد. پویایی و هدفمندی خانواده در سطح خرد نیز کارکردهای دیگری همچون پیشرفت، ارزش‌های اخلاقی و مذهبی و ساختار و سازمان و رفت‌وآمد با اطرافیان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۲). فاست و سیسور (۲۰۰۸) نیز بر مشکلات روانپزشکی والدین کودکان عقب‌مانده تأکید داشته‌اند (۲۳). از پیامدهای دیگر بر والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان به احساسات متضاد، افسردگی، احساس حقارت (۲۴)، احساس گناه (۲۵)، ایجاد جو روانی مسموم خانواده (۲۶)، وجود سطح سازگاری و پذیرش کمتر و استرس بیشتر (۲۷)، اندوه فراوان و سرزنش خود (۲۸)، داشتن افکار بیمارگونه و احساس فشار روانی (۲۹) و افسردگی مزمن (۳۰)، اشاره کرد که همگی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم باعث کاهش رضایت زناشویی می‌شوند. در یک تحقیق خانواده‌های که کودک معلول را به مراکز خصوصی سپرده بودند پیشرفت بهتری داشتند (۳۱). مطالعهٔ حاضر با درک اهمیت موضوع، عواملی را که می‌توانند در راستای افزایش میزان رضایت در خانواده‌های معلولین ذهنی و ارائهٔ خدمات در جامعه عمل کنند، بررسی کرد.

لذا با توجه به مباحث مطرح‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان رضایت زناشویی والدین فرزندان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات توانبخشی (آموزشی و مالی) صورت گرفت. با توجه به هدف فوق‌الذکر فرضیهٔ ذیل قابل توجه است: بین میزان رضایت زناشویی والدین فرزندان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات توانبخشی (آموزشی، مالی) تفاوت وجود دارد.

روش‌بررسی

روش پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی بود. جامعهٔ آماری پژوهش عبارت بود از ۹۶۲ والد کودک عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر که نمونه‌ای به حجم ۲۴۰ نفر به‌صورت تصادفی از آن‌ها انتخاب شد. این افراد در زمینهٔ خدمات توانبخشی با توجه به اولویت‌های خدمات توانبخشی آموزشی روزانه و خدمات توانبخشی مالی و مستمری از میان والدین فرزندان عقب‌ماندهٔ تربیت‌پذیر که در سازمان بهزیستی دارای پرونده بوده یا از خدمات سازمان بهزیستی بهره برده بودند (بهره‌مند) یا پروندهٔ آماده برای دریافت خدمات داشتند (بی‌بهره) گزینش شدند. این مراکز شامل مراکز هفت‌تیر، فیاض‌بخش، ماسور، نوید، توانش، ساعی، تربیت، پویا، امید و سینا بودند. افراد نمونه به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ[1] (۱۳۸۴) بود. پرسشنامهٔ رضایت زناشویی دارای ۳۵ گویه بوده و بر اساس مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت تنظیم شده بود. طریقهٔ نمره‌گذاری آن به‌صورت «۴=کاملاً موافقم، ۳=موافقم، ۲=مخالفم، ۱=کاملاً مخالفم» بود. در این مطالعه نمرات ۳۵-۱ نشانهٔ کاملاً نامطلوب، ۷۰-۳۶ نشانهٔ مطلوب پایین و ۱۰۵-۷۱ نشانهٔ مطلوب متوسط و ۱۰۶ به بالا نشانهٔ مطلوب‌بودن زیاد رضایت زناشویی است. ضریب پایایی پرسشنامهٔ رضایت زناشویی۰/۷۱ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ گزارش شده است. در ایران ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در فاصلهٔ چهار هفته بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۲). برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار) و روش‌های آمار استنباطی (تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی) استفاده شد.

یافته‌ها

نام مراکز ارائهٔ خدمات و تعداد نمونهٔ انتخاب شده، در جدول شماره ۱ و میانگین و انحراف‌معیار رضایت زناشویی در گروهای مختلف در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میزان رضایت‌مندی در گروه‌های بهره‌مند از خدمات آموزشی و بهره‌مند از خدمات آموزشی و مالی دارای ارتباط معنادار است.

1. Enrich

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۷۷-۷۱
MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 71-77

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.9.5]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 71-77

جدول ۱. توزیع فراوانی والدین بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات بهزیستی

ردیف	نام مراکز / نوع خدمات	بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی	بهره‌مند از خدمات آموزشی و مالی	بهره‌مند از خدمات آموزشی	بهره‌مند از خدمات مالی
۱	هفت تیر	۱۲	۱۰	۱۰	۱۰
۲	فیاض بخش	۱۰	۸	۸	۳
۳	ماسور	۷	۸	۴	۴
۴	نوید	۷	۶	۶	۱
۵	توانش	۶	۱۰	۱۰	۴
۶	ساعی	۴	۳	۱۰	۱۰
۷	تربیت	۲	۴	۳	۸
۸	پویا	۱	۱	۴	۸
۹	امید	۵	۴	۱	۶
۱۰	سینا	۶	۶	۴	۶
۱۱	جمع	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار رضایت زناشویی در والدین بی‌بهره و بهره‌مند از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی

شاخص‌های آماری گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار احتمال (p)
بی‌بهره از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی	۶۰	۳۰۲/۱۸	۵/۷۷	<۰/۰۰۱
بهره‌مند از خدمات مالی	۶۰	۳۰۴	۶/۵۰	
بهره‌مند از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی	۶۰	۳۹۸/۱۳	۵۰/۴۸	
بهره‌مند از خدمات توانبخشی آموزشی	۶۰	۳۹۹/۴۰	۵۲/۴۳	

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بین میانگین‌های رضایت زناشویی چهار گروه بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی نشان داد که مقدار p کوچکتر از ۰/۰۰۱ بوده و لذا بین رضایت زناشویی چهار گروه فوق‌الذکر تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون شفه به‌منظور مقایسهٔ دو به دوی میانگین گروه‌ها نشان داد که بین رضایت زناشویی گروه بی‌بهره از خدمات آموزشی و توانبخشی مالی و گروه‌های بهره‌مند از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی و برخورد دار از خدمات آموزشی تفاوت معنادار بوده (p=۰/۰۳۹)، همچنین بین گروه فقط برخوردار از خدمات توانبخشی مالی و گروه‌های برخوردار از خدمات توانبخشی آموزشی و مالی و گروه بر خوردار از خدمات فقط آموزشی تفاوت معنادار است (p=۰/۰۳۹). بین سایر گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث

با توجه به مندرجات جدول ۱ و معنادارشدن بین گروه‌های بهره‌مند و بی‌بهره از خدمات توانبخشی نتیجه می‌گیریم که فرض صفر رد شده و فرض تحقیق مبنی بر تفاوت‌دار بودن رضایت زناشویی دو گروه تأیید می‌شود. نتایج این فرضیه، با یافته‌های هاش همخوانی دارد (۱۹). خدمات توانبخشی آموزشی فرصتی در اختیار والدین قرار می‌دهد تا به بخشی از کارهای عقب‌ماندهٔ خود برسند؛ خدمات آموزشی باعث می‌شود که کودکان در زمینه‌های خودیاری مهارت‌هایی کسب کنند و بخشی از انرژی آن‌ها گرفته شود که برای اعضای خانواده و والدین این امکان فراهم می‌شود تا در زندگی به فرزندان دیگر و فرصت‌هایی برای همدیگر دست پیدا کنند و فشار ناشی از کنترل و آموزش این کودکان کاهش می‌یابد. در فرضیهٔ دیگری آمده است «بین میزان رضایت زناشویی والدین فرزندان عقب‌ماندهٔ ذهنی تربیت‌پذیر بهره‌مند از خدمات توانبخشی آموزشی در برابر خدمات مالی تفاوت وجود دارد». با توجه به مندرجات جدول ۱ نتیجه می‌گیریم که بین رضایت زناشویی دو گروه فوق‌الذکر تفاوت وجود دارد. این فرض با یافته‌های داورمنش و شریعتی و رودز همخوانی دارد (۲۰،۲۱). در نتیجه‌گیری انجام‌شده

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.9.5]

تأکید بر مسائل آموزشی در مقابل مسائل مالی شده است. با درنظرگرفتن اینکه خدمات مالی سازمان بهزیستی نسبت به سایر هزینه‌های زندگی والدین ناچیز است و اکثریت خانواده‌ها توان پرداخت هزینه‌ها را دارند و اگر هزینه‌ها بالاتر از درآمد خانوارها باشد در سازمان بهزیستی امکان پرداخت آن وجود ندارد، همهٔ خانوارهای دارای فرزند عقب‌ماندهٔ ذهنی از خدمات آموزشی می‌توانند استفاده کنند و نتایج آن را ازجمله آموزش‌های مهارت‌های خودیاری که سازش کودکان را به‌دنبال دارد بهره ببرند. رودز (۲۱) با درنظرگرفتن عملکرد زوجین، علت کاهش رضایت زناشویی را در نگرانی والدین برای نگهداری بچه می‌داند. در یک تحقیق خانواده‌هایی که کودک معلول را به مراکز خصوصی سپرده بودند پیشرفت بهتری داشتند (۳۰). مطالعهٔ حاضر با درک اهمیت موضوع، به بررسی عواملی که در راستای افزایش رضایت‌مندی می‌توانند در خانواده‌های معلولین ذهنی و ارائهٔ خدمات در جامعه عمل کنند پرداخته است. این تبیین که هرچه خدمات مطلوب‌تر ارائه شود میزان رضایت‌مندی نیز افزایش خواهد یافت با یافته‌های گذشته و عقل سلیم تناسب دارد اما چنانچه خدمات ارائه‌شده بتواند والدین را در ایجاد فرصت‌های زندگی و تلاش‌های بعدی کمک نماید می‌تواند مؤثرتر از خدمات دیگری باشد که به‌صورت پول یا کمک مالی داده می‌شود و این تبیین با موضوع مورد بررسی هیلز و بررسی‌های جیم و کامرون و مالکی در ایجاد نگرش مثبت و افزایش رضایت‌مندی مشترک است (۱۱،۱۹). این در حالی است که بسیاری از مردم هنوز از خدمات سازمان بهزیستی آگاهی لازم را ندارند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد که گروه بهره‌مند از خدمات آموزشی و مالی از گروه بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی از رضایت‌مندی بیشتری برخوردار است و گروه برخوردار از خدمات آموزشی نسبت به گروه بی‌بهره از خدمات آموزشی و مالی از رضایت بیشتری برخوردار است. لذا پیشنهاد می‌شود در راستای اصل ۴۴ قانون اساسی، مراکز غیردولتی و خصوصی که خدمات توانبخشی آموزشی ارائه می‌دهند، با جدیت بیشتری گسترش یابند. هرچه با وضعیت بهره‌مندی از خدمات آموزشی همراه شویم همچنان که در این تحقیق تأیید گردیده است به رضایت‌مندی والدین و جلوگیری از نارضایتی آن‌ها کمک کرده‌ایم.

تشکر و قدردانی

از زحمات همهٔ عزیزانی که در این پژوهش با اینجانب همکاری داشته‌اند از جمله دکتر شریفی درامدی، مسئولین و کارشناسان سازمان بهزیستی و تمامی خانواده‌های مددجویان که قبول زحمت نمودند کمال تشکر و سپاس را داریم.

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.9.5]
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

References

1. Ellis BJ. The evolution of sexual attraction: Evaluative mechanisms in women. The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture. 6th ed. New York: Henry Holt; 2000.
2. Winch RF, Goodman LW. Selected studies in marriage and the family. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1965.
3. Campbell TL. The effectiveness of family interventions for physical disorders. J Marital Fam Ther. 2003;29(2):263–81.
4. Donnelly DA. Sexually inactive marriages. J Sex Res. 1993;30(2):171–9.
5. Askari H. The role of mental health on marriage, life and divorce. First ed. Tehran: Goftegu; 2001. [Persian]
6. Sharifidaramadi P, Afroz G, Amiri Majd M. Comparing the emotional reactions of parents of children 7-12 years old, blind and sighted schoolchildren. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2004; (21&22):45-58. [Persian]
7. Carr EG, Dunlap G, Horner RH, Koegel RL, Turnbull AP, Sailor W, et al. Positive behavior support evolution of an applied science. J Posit Behav Interv. 2002;4(1):4–16.
8. Ansar al-Husseini M. Comparing stress levels of families of children with mental disabilities Rehabilitation Services. Thesis for Master of Science. Tehran, Tehran University; 1992. [Persian]
9. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The MedRisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care: a psychometric analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2005;35(1):24–32.
10. Turnbull AP, Ruef M. Family perspectives on problem behavior. Ment Retard-Am Assoc Ment Retard. 1996;34:280–93.
11. Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. Physiother Theory Pract. 2007;23(5):255–71.
12. Covert SB. Supporting families. Natural supports in school, at work, and in the community for people with severe disabilities. 1992;121–64.
13. McGoldrick M, Carter EA. The family life cycle: A framework for family therapy. Gardner Press; 1980.
14. Rivlin LG. The significance of home and homelessness. Marriage Fam Rev. 1990;15(1-2):39–56.
15. Khashayare M. Causes of burnout in Exceptional Parent. Thesis for MA. University of Allameh Tabatabai; 1990. [Persian]
16. Mikaeili Monie F. Structural relationship between psychological welfare with perceived emotional intelligence, ability to control negative thinking and depression in mental retarded children mothers and compared with normal children mothers. Research in the Area of Exceptional Children. 2009;9(2):103-20. [Persian]
17. Mehrabi H. Compare mental health normal and exceptional parents in the Gonabad city. Thesis for MA. University of Birjand; 2007. [Persian]
18. Kirkham MA. Two-year follow-up of skills training with mothers of children with disabilities. Am J Ment Retard. 1993;97(5):509-20.
19. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. Phys Ther. 2011;91(1):25–36.
20. Shariati N, Davarmanesh A. The effect on families of children with mental retardation. Tehran: Welfare Organization; 1995. [Persian]
21. Rhodes P. Behavioural and family systems interventions in developmental disability: Towards a contemporary and integrative approach. J Intellect Dev Disabil. 2003;28(1):51–64.
22. Kimiaei SA, Delavar A, Shafiabadi A, Sahebi A. Comparison of efficacy Beck and Tyzdyl cognitive and combining it with yoga in the treatment of major depression. Educational Studies and Psychology. 2007; 7(2):87-114. [Persian]
23. Goldberg S, Marcovitch S, MacGregor D, Lojkasek M. Family responses to developmentally delayed preschoolers: Etiology and the father's role. Am J Ment Defic. 1986.
24. Roos P. Trends in Residential Institutions for the Mentally Retarded. Trends in Education Series. ERIC. 1976.
25. Wolfensberger W. Embarrassments in the diagnostic process. Ment Retard. 1965;3(3):29–31.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.9.5]

26. Farber B. Family adaptations to severely mentally retarded children. In: Begab MJ, Richardson SA, editors. The Mentally retarded and society: a social science perspective. Baltimore: University Park Press; 1975.
27. Pelchat D, Bisson J, Ricard N, Perreault M, Bouchard J-M. Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. Int J Nurs Stud. 1999;36(6):465–77.
28. Damrosch SP, Perry LA. Self-reported adjustment, chronic sorrow, and coping of parents of children with Down syndrome. Nurs Res. 1989;38(1):25–30.
29. Hornby G. Effects of children with disabilities on fathers: A review and analysis of the literature. Int J Disabil Dev Educ. 1994;41(3):171–84.
30. Flaherty EM, Masters Glidden L. Positive adjustment in parents rearing children with Down syndrome. Early Educ Dev. 2000;11(4):407–22.
31. Murray P. Disabled children, parents and professionals: partnership on whose terms? Disabil Soc. 2000;15(4):683–98.