روانشناسی خانواده
۱۳۹۶، دوره ۴، شماره ۱، ۸۶-۷۵

Family Psychology
2017, Vol.4, No. 1, 75-86

تدوین برنامه ارتقای کیفیت زندگی و بررسی اثربخشی آن در سلامت روان و رضایت زناشویی مادران دارای دختران با نشانگان داون

Developing a life quality promoting program and investigation of its effectiveness on mental health and marital satisfaction of mothers with down syndrome daughters

نسرین بابائی
روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی
غلامعلی افروز*و
علی‌اکبر ارجمندنیا
دانشگاه تهران

Nasrin Babaei
Educational of Exceptional Children
Gholam Ali Afrooz &
Ali Akbar Arjmandnia
University of Tehran

چکیده: کیفیت زندگی مفهومی ذهنی و چندبعدی است که بسیاری از جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی را شامل می‌شود. سلامت روان و رضامندی زوجیت نیز دو مولفه مهم کیفیت زندگی هستند. پژوهش حاضر با هدف طراحی و آموزش برنامه ارتقای کیفیت زندگی و ارزشیابی اثربخشی آن در سلامت روان و رضامندی زوجیت مادران دختران آهسته‌گام با نشانگان داون انجام گرفت. طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۶۰ نفر از مادران، انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. به گروه آزمایش طی دوازده جلسه، برنامه آموزش ارتقای کیفیت زندگی محقق ساخته ارائه شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. در این پژوهش از پرسشنامه سنجش سلامت روان (SCL-90-R) و جهت سنجش رضامندی زوجیت از پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز (AMSS) استفاده شد. برنامه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شد و این جلسات به مدت ۵ هفته ارائه شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات درگروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به درک نقش مهمی که برنامه کیفیت زندگی در ارتقا سلامت روان و رضامندی زوجیت مادران دختران آهسته‌گام با نشانگان داون ایفا می‌کند کمک کند و مورد استفاده مشاوران مدرسه و روان‌شناسان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت روان، رضامندی زوجیت، نشانگان داون

Abstract: Quality of life is a multidimensional concept that engages many aspects of an individual's life. Also, menatal health and mariral satisfaction are two important components of life quality. The aim of the present study was to design a training program for improving the quality of life and assessing its effects on mental health and marital satisfaction among mothers' of girls with down syndrome. The research method was a quasi-experimental design with pre-test, post-test and control group. The population consisted of all mothers of girls who were slow-paced in education (IQ 50 to 70) with down syndrome, aged 7 to 15 years in Tehran. A total of 60 mothers were selected using available sampling and then assigned to two experimental and control groups. The experimental group received twelve researcher-made educational sessions for quality of life improvement while the control group did not receive any training. The program was designed in 10 sessions of 90 minutes held for 5 weeks. The SCL-90-R Questionnaire was used to measure mental health, and the Afrooz Marital Satisfaction Questionnaire was used to assess marital satisfaction among couples. The results showed a significant difference between the mean scores of the experimental and control groups, mental health and marital satisfaction at pre-test and post-test phases. The results also revealed that a quality of life educational program can be used to improve mental health and marital satisfaction in mothers of down syndrome girls.
Keywords: quality of life, mental health, marital satisfaction, down syndrome

---

* **نشانی پستی نویسنده مسوول:** تهران، بزرگراه جلال آل‌احمد، خیابان کاردان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران. **پست الکترونیکی:** Afrooz@ut.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۵ **پذیرش:** ۱۳۹۶/۰۶/۲۸
Received: 6 Jul 2017 **Accepted:** 19 Sep 2017

مقدمه

آهسته‌گامی[1] (اختلال تحولی هوشی)، اختلال فرایند رشدی است که به‌واسطه نقص در کارکرد ذهنی و هم در رفتار سازشی در حوزه‌های مفهومی[2]، اجتماعی[3] و عملی[4] تعریف می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[5]، ۲۰۱۳). یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های کودکان آهسته‌گام با علائم مشخص بالینی، کودکان با نشانگان داون[6] هستند (افروز، ۱۳۹۲). نشانگان داون یکی از رایج‌ترین علت کروموزومی کم‌توانی هوشی است (کافمن و هالاهان،۲۰۱۳) که با درجات مختلفی از کم‌توانی هوشی متوسط تا شدید دیده می‌شود (امرسون، ۲۰۱۳). به‌طور کلی یک درصد از جمعیت کل را افراد دارای آهسته‌گام تشکیل می‌دهند که از این تعداد نیز ۹۰ درصد آنها را گروه خفیف و ۱۰ درصد آنها را نیمه شدید، شدید و عمیق تشکیل می‌دهند. این کودکان نیز همانند دیگر کودکان دارای رفتارهای متنوعی هستند. والدین کودکان آهسته‌گام، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالبا ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (هستینگز، ۲۰۰۲؛ خمیس، ۲۰۰۷). این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالش‌ها و مشکلات در خانواده فراهم می‌کند (شین، نهان، گریتندین، فلوری و لاوینسکی، ۲۰۰۶). تفاوت‌های فردی، شرایط محیط زندگی حاکم بر کودک، رفتار والدین و اطرافیان و تغییرات جسمی- روانی کودک در مراحل مختلف رشد ازجمله عوامل بسیار مهمی است که بر تنوع رفتاری آنان اثر دارد (ارجمندنیا، افروز و نامی، ۱۳۹۲). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بینند، اما مادران به‌دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند آهسته‌گام خود احساس می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (چنگ و مک‌کانکی، ۲۰۰۸). مادران کودکان با ناتوانی، ممکن است توسط مشکلات کودکشان در هم شکنند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان، در رسیدن به هدف‌ها و از دست‌دادن امیدشان دچار نگرانی شوند و این می‌تواند بر معنای زندگی آنها تأثیرگذار باشد (اوگستون، مکینتوش و مایر، ۲۰۱۱).

از طرفی سازمان بهداشت جهانی[7] (۱۹۹۶) خانواده را به‌عنوان نهاد اجتماعی اولیه در افزایش سلامت و بهزیستی افراد خانواده معرفی کرده است. پژوهش‌های مختلف نیز بر این امر تأکید دارند که ازدواج موفق موجب می‌شود افراد شادتر، بانشاط‌تر و سالم‌تر زندگی کنند (افروز، ۱۳۹۴). روانشناسان همواره به‌دنبال راهکارهایی برای افزایش کیفیت زندگی[8] خانواده‌ها هستند. در این میان کیفیت زندگی مادران کودکان آهسته‌گام که در شرایط چالش‌برانگیزتری زندگی می‌کنند به توجه ویژه‌ای نیاز دارد. کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر جایگاه ویژه‌ای در پژوهش‌های روان‌شناختی پیدا کرده است. درزمینه معنای کیفیت زندگی تعاریف گوناگونی ارائه شده است. برخی کیفیت زندگی را توانایی فرد برای اداره زندگی از دید خود می‌دانند (وار و گاندک، ۲۰۱۰). برخی دیگر کیفیت زندگی را به‌عنوان مفهومی توصیفی در نظر می‌گیرند که به سلامت، ارتقا عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آنها برای انجام وظایف روزمره اشاره دارد (چانگ، تالر، پلیاک، کمبلیت، لپر و همکاران، ۱۹۹۸)؛ اما شاید پذیرفته‌شده‌ترین تعریف در این حیطه توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده باشد. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان را شامل می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶).

یکی از موارد مطرح در بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی، سلامت روان[9] است. سلامت روان به معنای نداشتن اختلال روانی نیست.

---

1. slow paced
2. conceptual
3. social
4. practical
5. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)
6. down syndrome
7. World Health Organization
8. quality of Life
9. mental Health

مفهوم سلامت روان دربرگیرنده بهزیستی عینی[1]، خودکارامدی[2]، خودمختاری و استقلال[3] و توانایی بازشناسی هیجانات دیگران است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). کیس (۲۰۰۲) آن را ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی هیجانی[4]) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی[5] و روان‌شناختی[6]) تعریف می‌کند. بنا به نظر وی سلامت روانی با کامیابی و عدم وجود سستی و ضعف رابطه دارد. پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های اخیر بیانگر این امر هستند که مادران کودکان آهسته‌گام مشکلات متعددی را در حیطه سلامت روان دارند. بیشتر مادران کودکان آهسته‌گام از یک واکنش روان‌شناختی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند و سطوح بالایی از افسردگی در میان این والدین دیده می‌شود (سلامت، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند وجود یک کودک آهسته‌گام در خانواده تجربه‌ای ناخوشایند است و والدین آنها را در معرض مشکلات سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی، و مشکلات هیجانی قرار می‌دهد (بایر و سانسون، ۲۰۰۳). والدین این کودکان پیامدهای منفی گسترده مشکل های سلامت روان را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند. بسیاری از آنها در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده‌اند. همچنین، والدین این کودکان سردرگمی، فقدان و مشقت زیادی را تجربه می‌کنند (فاست و سیسور، ۲۰۰۸). ایزنبرگ، بیکر و بلچر (۲۰۰۵) و انگل و پنج (۲۰۰۵) نیز نشان دادند که مادران کودکان آهسته‌گام در برابر مشکلات رفتاری کودک، استرس و بحران‌های روانی زیادی را تجربه می‌کنند که منجربه اضطراب و نگرانی در ارتباط با چگونگی مقابله با مشکل‌های رفتاری کودک می‌شود و مادر نیاز به حمایت بیشتری را احساس می‌کند. نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی، بر افزایش شادکامی مادران موثر بوده است؛ از این رو به کارگیری روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند برای ارتقا سلامت روانی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه موثر باشد (بلقان‌آبادی، تولائیان و خدادادی سنگده، ۱۳۹۳).

در بعد اجتماعی کیفیت زندگی، یکی از مباحث مورد توجه، رضامندی زوجیت[7] است. طبق تعریف، رضامندی زوجیت وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با آنچه وی انتظار داشته است، مطابق باشد و عدم رضامندی زوجیت زمانی است که وضعیت زناشویی فعلی فرد با آنچه مورد انتظار و دلخواه اوست، منطبق نباشد (الیس[8]،۲۰۱۰؛ به نقل از سلامت، ۱۳۹۴). رضامندی زوجیت پیامد توافق زناشویی است و به‌صورت درونی احساس می‌شود. اصطلاح توافق زناشویی، رابطه مناسب زن و شوهر را توصیف می‌کند. در رابطه با توافق بالا، هر دو زوج، به‌گونه‌ای رفتار، تصور و ادارک می‌کنند که گویا نیازها و انتظارهایشان برآورده شده و چیزی وجود ندارد که در روابطشان خلل ایجاد کند (یزدان‌پرست و نوحی طهرانی، ۱۳۹۴). در پژوهش سلیمانی و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان مقایسه شادکامی و کیفیت زندگی در بین افراد با سطح رضایت زناشویی بالا و پایین مشخص شد که کیفیت زندگی و رضامندی زناشویی با یک‌دیگر رابطه مثبت داشته و افراد با سطح رضایت زناشویی بالاتر کیفیت زندگی بالاتری نیز دارند. پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که احترام متقابل، همخوانی باورهای زوج، سن ازدواج، مدت‌زمان زندگی مشترک و تعداد فرزندان در رضامندی زوجیت مؤثر است (آقاجانی، ۱۳۹۲). مؤلفه رضامندی زوجیت یکی از متغیرهایی است که در میان خانواده‌های کودکان آهسته‌گام به‌صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. وقوع رویدادهای نابهنگام در زندگی همواره تنش‌زا هستند. تولد و حضور کودک آهسته‌گام از رویدادهای تنش‌زا در خانواده است. ویژگی‌های این کودکان با امیدها و آرزوهای والدین ناهمخوان است که پذیرش کودک را از سوی والدین تحت تأثیر قرار می‌دهد (بنی‌جمالی و محمدزاده، ۱۳۸۴). از طرفی آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بر دوام و پایداری زناشویی و افزایش رضامندی زوجیت و امیدواری موثر باشد (یوسفی، ۱۳۹۵). طبق نتایج تحقیقات، سلامت روان و رضامندی زوجیت، به‌عنوان دو مؤلفه کیفیت زندگی، در مادران کودکان آهسته‌گام نسبت به مادران کودکان عادی سطوح پایین‌تری را نشان می‌دهند. صادق‌پور، حجت‌خواه، عبدی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داده‌اند که بین سلامت روان و

1. subjective Wellbeing
2. self-efficiency
3. autonomy
4. emotional Well-Being
5. social well-being
6. psychological well-being

7. martial satisfaction
8. Alice, A.

تعارض زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ارجمندنیا و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه میزان فشار روانی و رضامندی زوجیت و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان» که بر روی ۵۰ نفر از مادران کودکان آهسته‌گام و ۵۰ نفر از مادران کودکان عادی انجام شد، نشان دادند که مادران کودکان آهسته‌گام در مقایسه با مادران کودکان عادی فشار روانی بیشتری را متحمل شده و رضامندی زوجیت پایینی نیز داشتند. در پژوهشی که توسط کاظمی و همکاران با عنوان بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زوجیت و سلامت روان صورت گرفت مشخص شد که طراحی و اجرای برانامه ارتقای کیفیت زندگی می‌تواند تاثیر مثبت معناداری در افزایش سطح سلامت روان و رضامندی زناشویی داشته باشد (کاظمی، آقامحمدیان شعرباف، مدرس غروی و مهرام، ۱۳۹۰).

همچنین فابر (۲۰۱۴) خاطرنشان می‌سازد که وجود کودک آهسته‌گام فشارهای زیادی به خانواده وارد می‌کند؛ نظیر به تعویق افتادن تحول روانی سایر فرزندان و افت سلامت روان خانواده، محدود شدن پیشرفت خانواده، وقوع بحران‌هایی مانند مشکلات زناشویی، طلاق، افسردگی والدین و بروز احساساتی از قبیل خشم، ناامیدی، احساس گناه که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مطالعه‌ای که مشکلات روانی- اجتماعی خانواده‌های کودکان کم‌توان مورد توجه قرار گرفته است، نتایج نشان داده‌اند که والدین کودکان آهسته‌گام و کم‌توان جسمی، روان‌رنجوری بیشتری را نسبت به خانواده‌های عادی داشتند و سازگاری زناشویی در خانواده‌های آهسته‌گام پایین‌تر بود (سینگ‌های، گوال، سینگ‌های و والیا ، ۲۰۱۵). در پژوهشی یوان وینگ و چان چانگ (۲۰۱۴) مشخص ساختند که تقسیم وظایف مربوط به نگهداری کودک آهسته‌گام و استرس مرتبط با میزان زمانی که باید به این کودک اختصاص دهند، دو عامل مهم و اصلی پیش‌بینی‌کننده میزان رضامندی زوجیت والدین با کودک آهسته گام است. به‌طورکلی می‌توان گفت مادران کودکان آهسته‌گام کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به مادران کودکان سالم تجربه می‌کنند. بنابراین، ازآنجاکه کیفیت زندگی دربرگیرنده مؤلفه‌های روان‌شناختی و اجتماعی است، ارائه راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان آهسته‌گام می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی آنان تأثیر گذارد. ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر طراحی یک برنامه جامع کیفیت زندگی و اجرای آن در مادران آهسته‌گام با نشانگان داون (به‌عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌های آهسته‌گام) بود تا تأثیر چنین برنامه‌ای را در متغیرهای سلامت روان، به‌عنوان یک متغیر مهم در بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی و رضامندی زوجیت به‌عنوان یک متغیر مهم در بعد اجتماعی کیفیت زندگی مورد بررسی قرار دهد. با توجه به پیشینه پژوهش، فرضیه‌های پژوهش به این شرح مطرح شدند: ۱) برنامه طراحی‌شده کیفیت زندگی باعث افزایش سطح سلامت روان مادران کودکان آهسته‌گام با نشانگان داون می‌شود، ۲) برنامه طراحی شده کیفیت زندگی باعث افزایش سطح رضامندی زوجیت مادران کودکان آهسته‌گام با نشانگان داون می‌شود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با مرحله‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت بود از تمامی مادران دارای دانش‌آموز آهسته‌گام با نشانگان داون. آنها دارای فرزندان ۷ تا ۱۵ ساله بودند که در گروه دانش‌آموزان آهسته‌گام آموزش‌پذیر (بهره هوشی ۵۰-۷۰) قرار داشتند و در مدارس استثنایی استان تهران مشغول به تحصیل بودند. از این گروه، تعداد ۶۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به‌منظور اجرای این پژوهش، ابتدا برنامه‌ای جهت ارتقای کیفیت زندگی مادران در ۱۰ جلسه توسط پژوهشگر با توجه به برنامه‌های موجود در این زمینه و شرایط بومی جامعه ایران طراحی شد (جدول ۱). پس از طراحی برنامه ارتقای کیفیت زندگی و نمونه‌گیری از جامعه به روش فوق‌الذکر، رضایت افراد برای شرکت در تحقیق جلب شده و به‌صورت کتبی جمع‌آوری شد. سپس گروه نمونه به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابتدا، به‌عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه، برای بررسی سلامت روان و رضامندی زوجیت مادران از آنها خواسته شد تا به سوالات

پرسشنامه‌های سلامت روان[1] (SCL-90-R) و رضامندی زوجیت افروز[2] (AMSS) با دقت پاسخ دهند، سپس برای گروه آزمایش برنامه محقق‌ساخته ارتقای کیفیت زندگی برای مادران کودکان آهسته‌گام با نشانگان داون به‌صورت گروهی در ۱۰ جلسه به اجرا گذاشته شد. در این مدت، گروه کنترل تحت هیچ برنامه‌ای قرار نگرفت. پس از اجرای برنامه، مادران در هر دو گروه، مجددا با استفاده از همان آزمون‌ها مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌های جدید، به‌عنوان پس‌آزمون در تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۴۲/۱۷ و ۴/۴۷ و برای گروه کنترل به ترتیب ۴۵//۱۷ و ۴/۷۵ بود.

جدول ۱

جلسات طراحی شده در برنامه ارتقای کیفیت زندگی

سطح	عنوان جلسه	تعریف	هدف
آشنایی	جلسه اول: خوش‌آمدگویی، معرفی و ایجاد انگیزه برای شرکت در جلسات	-	درک اینکه آنها در کجا قرار دارند، کجا می‌خواهند بروند، و برنامه ارتقای کیفیت زندگی چیست
تأکید بر سطح جسمانی کیفیت زندگی	جلسه دوم: رژیم غذایی مناسب، خواب و تحرک جسمانی	پیروی از برنامه غذایی حاوی تمامی مواد لازم بدن، برنامه خواب کافی و ورزش	آشنایی با اهمیت رژیم غذایی مناسب، برنامه خواب کافی و تحرک جسمانی و تمرین و به‌کارگیری راهبردهایی در هر یک از این زمینه‌ها، در طول دوره آموزشی و پس‌ازآن
تأکید بر سطح روان‌شناختی کیفیت زندگی	جلسه سوم: رشد مهارت‌های مقابله‌ای جهت افزایش سازگاری	سازگاری به‌عنوان توانایی پذیرش واقعیت تعریف شده و کلید نیک‌زیستی قلمداد می‌شود.	آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای مؤثر که توانایی سازگاری را بهبود می‌بخشد و تمرین و به‌کارگیری این راهبردها توسط مادران در طول مدت آموزش و حتی پس‌ازآن
	جلسه چهارم: خوش‌بینی	تجسم این امر که همه‌چیز در آینده به بهترین شکل ممکن خواهد بود.	آشنایی با مفهوم خوش‌بینی و شناخت راهبردهای خاصی که می‌توان افراد را به افرادی خوش‌بین تبدیل کند.
	جلسه پنجم: شوخ‌طبعی	توانایی افراد برای خلق یک موضوع طنز و خنده‌آور	آشنایی با مفهوم شوخ‌طبعی و شناخت راهبردهای خاصی برای شوخ‌طبعی سازگارانه
	جلسه ششم: هدفمندی	تلاش برای دست‌یابی به چیزی در زندگی و داشتن یک هدف مفید	آشنایی با مفهوم هدفمندی و شناخت راهبردهایی برای دنبال کردن یک زندگی هدفمند
	جلسه هفتم: لذت ناشی از تجربه	لذت بردن از یک تجربه یا احساس	آشنایی با مفهوم لذت ناشی از تجربه و شناخت راهبردهای خاصی که می‌توانند به افراد کمک کنند تا از زندگی لذت ببرند.
	جلسهٔ هشتم: امیدواری	اعتقاد به اینکه برخی آرزوها و علایق بالاخره روزی در آینده رخ خواهند داد	آشنایی با مفهوم امیدواری و شناخت راهبردهای خاصی که امیدوار بودن را در افراد تقویت کند.
تأکید بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی	جلسه نهم: مهرورزی نسبت به دیگران	انجام اعمالی در جهت منافع دیگران و سود رساندن به آنها بدون توقع دستمزد	آشنایی با مفهوم مهرورزی و شناخت راهبردهای خاصی برای مهرورزی و ترغیب افراد برای شرکت در فعالیت‌های عام‌المنفعه

1. Symptom Check List – 90- Revised (SCL-90-R)
2. Afrooz Marital Satisfaction Scale (AMSS)

ادامه جدول ۱

	جلسه دهم: قدرشناسی، عامل اساسی در پایداری تعاملات اجتماعی	میل به سپاسگزاری و قدردانی از دیگرانی که بانی امور مهمی در زندگی فرد هستند.	آشنایی با مفهوم قدرشناسی و شناخت راهبردهای خاصی که می‌توان افراد را به افرادی قدرشناس تبدیل کند.
تأکید بر بعد معنوی کیفیت زندگی	جلسه یازدهم: اخلاق‌مدارانه رفتار کردن	اخلاق جمع خلق و به معنای خوی‌ها و منش‌ها است.	آموزش راهبردهای خاصی که توانایی اخلاق‌مدارانه رفتارکردن را بهبود می‌بخشد و تمرین و به‌کارگیری این راهبردها توسط مادران در طول مدت آموزش و حتی پس‌ازآن.
	جلسه دوازدهم: توجه به معنویات در زندگی	معنویت به معنای اعتقاد به نیرویی ماورایی است که همه‌چیز در سیطره اوست.	آموزش راهبردهای خاصی که معنویت را بهبود می‌بخشد و تمرین و به‌کارگیری این راهبردها توسط مادران در طول مدت آموزش و حتی پس‌ازآن.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت روان (SCL-90-R). این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال جهت ارزشیابی علائم روانی است و اولین بار برای نشان‌دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. فرم اولیه آن در سال ۱۹۷۳ توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی ارائه شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه شد. این آزمون در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تنظیم شده است و ۹ بعد علائم روان‌پزشکی شامل: شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را اندازه‌گیری می‌کند. علاوه بر این ابعاد ۹ گانه، ۳ معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده شده‌اند که شامل علائم مرضی[1] (GSI)، معیار ضریب ناراحتی[2] (PSDI) و جمع علائم مرضی[3] (PST) است. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس این ۳ شاخص کلی صورت می‌گیرد. مطالعات زیادی پایایی[4] مطلوب این آزمون را تائید کرده‌اند و در ایران توسط حبیب‌زاده (۱۳۸۰) هنجاریابی شده است. در پژوهش جاری، ضریب پایایی مقیاس کل به روش آلفای کرونباخ[5] برای این ابزار، ۰/۸۴ اندازه‌گیری شد. ضرایب پایایی این پرسشنامه در تحقیقات مختلف کشور در دامنه بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (رضایی، ۱۳۷۷) و روایی این آزمون در پژوهش‌ها در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است (دراگوتیس، ریکلز و راک، ۱۹۸۴).

فرم کوتاه مقیاس رضامندی زوجیت افروز (AMSS). این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران و برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز در سال ۱۳۸۷ تهیه و در سال ۱۳۸۹ در تهران هنجاریابی شده است. فرم کوتاه مقیاس رضامندی زوجیت افروز ۵۱ گویه دارد و در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای از کاملا موافق تا کاملا مخالف تهیه شده است. پرسشنامه فوق از ۱۰ زیرمقیاس تشکیل شده است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: رضامندی عاطفی، رضامندی نگرشی، رضامندی رفتاری، رضامندی حمایتی-اجتماعی، رضامندی همدلی، رضامندی مشکل‌گشایی، رضامندی شخصیتی، رضامندی فرزندپروری، رضامندی مطلوب اندیشی و رضامندی تعاملی (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰). روایی همگرایی[6] مقیاس رضامندی زوجیت افروز با استفاده از پرسشنامه

1. Global Severity Index
2. Positive Symptom Distress Index
3. Positive Symptom Total
4. reliability
5. Cronbach alpha
6. convergent validity

رضامندی زناشویی انریچ[1] (ENRICH) همبستگی ۰/۴۳ نشان داده است. ضرایب پایایی زیرمقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده که ضرایب پایایی زیرمقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۰ بوده است. پایایی کل مقیاس ۰/۹۱ بوده که نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز است (ارجمندنیا و همکاران ۱۳۹۲).

یافته‌ها

به‌منظور تحلیل داده‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس[2] استفاده شد. جهت بررسی معناداری میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون شاپیرو[3] استفاده شد. یافته‌های جدول ۲ با استفاده از آزمون شاپیرو نشان می‌دهد که میان میانگین متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. به عبارتی، ازآن‌جایی‌که مقدار آزمون شاپیرو در متغیرهای پژوهش، بالاتر از ۰/۰۵ است، توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش نرمال است

.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش (گروه آزمایش)

متغیر	فراوانی	M	SD	آزمون شاپیرو
رضامندی زوجیت (پیش‌آزمون)	۳۰	۱۷۳/۶	۴۰/۱۵	۰/۵۴
سلامت روان (پیش‌آزمون)	۳۰	۳/۲۸	۰/۳۱	۰/۰۶۱
رضامندی زوجیت (پس‌آزمون)	۳۰	۲۰۶/۰۶	۵۰/۲۱	۰/۰۶۴
سلامت روان (پس‌آزمون)	۳۰	۲/۹۲	۰/۳۵	۰/۰۶۲

سپس، به منظور بررسی تساوی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین[4] استفاده شد. نتایج در جدول ۳ آورده شده‌اند. نتایج آزمون لوین برای هیچ‌کدام از متغیرها معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$)، با توجه به بالاتر بودن سطح معناداری آزمون از ۰/۰۵ مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تائید می‌شود. با توجه به برقراری هر دو مفروضه آزمون‌شده، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره[5] استفاده کرد.

جدول ۳

نتایج آزمون لوین تساوی واریانس‌های خطا در متغیرهای وابسته تحقیق

متغیر	F	df1	df2	سطح معناداری
رضامندی زوجیت	۳/۸۳	۱	۵۸	۰/۰۷۲
سلامت روان	۲/۵	۱	۵۸	۰/۱۲

1. Evaluating & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness (ENRICH)
2. analysis of covariance
3. Shapiro-Wilk
4. Levene's test
5. Multivariate analysis of covariance

طبق اطلاعات جدول ۴ تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش معنادار نیست (Sig = ۰/۰۶۳، F = ۳/۶)، بنابراین شیب خط رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر سلامت روان یکسان است.

جدول ۴

آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی (متغیر سلامت روان)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
پیش آزمون	۰/۱۹	۱	۰/۱۹	۲/۸۴	۰/۰۷۶
شرایط و پیش آزمون	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	۳/۶	۰/۰۶۳
خطا	۳/۷۵	۵۶	۰/۰۶۷		
کل	۵۷۱/۹	۶۰			

نتایج تحلیل کوواریانس[1] نمرات سلامت روان بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۵ نشان می‌دهد F = ۲۱/۵۶ است و آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

جدول ۵

نتایج تحلیل کوواریانس سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت روان (پیش‌آزمون)	۰/۳۵	۱	۰/۳۵	۵/۰۳	۰/۰۵۹
گروه	۱/۵۱	۱	۱/۵۱	۲۱/۵۶	۰/۰۰۰
خطا	۴/۰۰۱	۵۷	۰/۰۷		
کل	۵۷۹/۹	۶۰			

طبق اطلاعات جدول ۶، تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش معنادار نیست (Sig = ۰/۲۵، F = ۱/۳)، بنابراین شیب خط رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر رضامندی زوجیت یکسان است.

جدول ۶

آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی (رضامندی زوجیت)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
پیش آزمون	۳۵۶۴/۰۱	۱	۳۵۶۴/۰۱	۴/۳۱	۰/۰۶۴
شرایط و پیش آزمون	۱۰۷۹/۴۶	۱	۱۰۷۹/۴۶	۱/۳	۰/۲۵
خطا	۴۶۲۷۴/۱۱	۵۶	۸۲۶/۳۲		
کل	۳۲۲۲۰۴/۰۰	۶۰			

طبق اطلاعات موجود در جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای نمرات رضامندی زوجیت نیز بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش، با توجه به مقدار F = ۱۷/۹ و ضریب معناداری نزدیک به صفر، گویای معناداری تفاوت بین دو گروه در این متغیر در سطح ۰/۰۱ است.

1. Analysis of covariance

جدول ۷

نتایج تحلیل کوواریانس رضامندی زوجیت در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رضامندی زوجیت (پیش‌آزمون)	۳۲۲۳/۸۸	۱	۳۲۲۳/۸۸	۳/۸۸	۰/۰۶۳
گروه	۱۴۸۷۸/۱۵	۱	۱۴۸۷۸/۱۵	۱۷/۹	۰/۰۰۰
خطا	۴۷۳۵۳/۵۷	۵۷	۸۳۰/۷۶		
کل	۲۳۲۲۰۴۳/۰۰	۶۰			

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین برنامه ارتقای کیفیت زندگی و بررسی اثربخشی آن در سلامت روان و رضامندی زوجیت مادران دختران آهسته‌گام با نشانگان داون بود. نتایج نشان داد که برنامه طراحی‌شده کیفیت زندگی تأثیر معناداری بر سطح سلامت روان مادران کودکان آهسته‌گام با نشانگان داون دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های سلیمانی و همکاران، (۲۰۱۵)؛ صادق‌پور و همکاران، (۱۳۹۴) و کاظمی و همکاران، (۱۳۹۰) همخوان است. با افزایش عملکرد روانی و عاطفی خانواده کودکان آهسته‌گام خصوصا در مادران، علاوه بر افزایش سلامت روان مادران و بهبود کیفیت روابط در اعضای خانواده، همکاری مادران در روند توان‌بخشی کودکان آهسته‌گام بیشتر شده و این امر موجب پیشرفت کودکان آهسته‌گام در زمینه‌های مختلف می‌شود. این مسئله از نظر اکثر متخصصان توان‌بخشی امری تأیید شده است. در بیشتر مواقع، مادر کودک آهسته‌گام به‌دلیل تجربه حالات ناخوشایند، مانند احساس گناه و خستگی روانی، افسرده و مضطرب به‌نظر می‌رسند و از سلامت روانی مطلوبی برخوردار نیستند. برنامه محقق‌ساخته کیفیت زندگی، ضمن تأکید بر سبک زندگی سالم، به ابعاد مختلف بهزیستی(از جمله جسمانی، عاطفی و اجتماعی) پرداخته است و با ارائه تمرینات کاربردی در افزایش سلامت روان مادران نقش مؤثری ایفا نموده است.

همچنین نتایج به‌دست‌آمده نشان داد برنامه طراحی‌شده کیفیت زندگی تأثیر معناداری بر سطح رضامندی زوجیت مادران کودکان آهسته‌گام با نشانگان داون دارد. این یافته با نتایج تحقیقات بلوریان،۱۳۹۱؛ رضایی، ۱۳۹۲ و لی، ۱۹۹۸ همخوان است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان اظهار داشت از آنجا که داشتن فرزند ناتوان باعث ایجاد شرایط چالش‌برانگیز و عمیق در خانواده و به‌خصوص میان زوجین می‌شود و از طرفی به دلیل توجه ویژه و احساس مسئولیت بیشتر مادر نسبت به کودک، روابط بین زوجین سرد می‌شود و لذا آموزش کیفیت زندگی به مادران می‌تواند از فشارهای روانی مراقبت از کودک ناتوان بکاهد و مادر در نقش والدگری، تنیدگی کمتری را تجربه نماید و لذا می‌تواند در نقش همسری نیز به نیازهای خود و همسرش (اعم از عاطفی، جنسی و اجتماعی) توجه بیشتری نماید و زوجین به‌طور متقابل سعی در برآورده‌شدن آنها به طور مطلوب نمایند.

شایان ذکر است از آنجا که پژوهشگر در برنامه محقق‌ساخته کیفیت زندگی، به سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر[1] مانند بهزیستی، امیدواری و خوش‌بینی توجه ویژه‌ای مبذول داشته است، ارائه دید مثبت و کاربست آن در مواجهه با شرایط غیرمنتظره و دشوار زندگی (مانند مراقبت از کودک ناتوان) می‌تواند تأثیر ویژه‌ای بر تسهیل روابط بین‌فردی زوجین در ابعاد مختلف داشته باشد. زندگی پراسترس والدین کودکان آهسته‌گام منجربه کاهش رضامندی زناشویی و طلاق در آنان می‌شود. براساس پژوهش‌های انجام شده، مادران کودکان آهسته‌گام دچار کاهش رضامندی زناشویی می‌شوند و در تعامل با فرزندانشان مشکل پیدا می‌کنند (هاگر و واگن، ۱۹۹۴). بنابراین شناسایی راه‌های ارتقاء رضامندی زوجیت و برنامه‌ریزی برای افزایش سلامت روان مادران کودکان آهسته‌گام از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی، نظیر برنامه ارتقای کیفیت زندگی

1. positive psychology

می‌تواند علاوه بر ارتقای کیفیت زندگی آنان، به تعامل مناسب‌تر مادر-کودک نیز کمک کند.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان آهسته‌گام شهر تهران بودند که این مسئله به‌نوبه خود بر تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش تأثیر می‌گذارد. دوم اینکه نمونه‌ای که در پژوهش حاضر موردبررسی قرار گرفت، مادران دختران آهسته‌گام با نشانگان داون بود که لازم است در تعمیم آن به مادران پسران آهسته‌گام با نشانگان داون احتیاط کرد. با توجه به تأثیر نقش کیفیت زندگی (شامل ابعاد: جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) بر سلامت روان والدین دارای کودک آهسته‌گام، به والدین توصیه می‌شود از خدمات مشاوره‌ای مبتنی برآموزش و درمان برای افزایش سلامت روان (علاقبند، آقایوسفی ، کمالی ، دهستانی، حقیرالسادات و همکاران، ۱۳۸۹) بهره‌مند شوند. همچنین، آموزش‌دادن به والدین در نحوه صحیح تعامل با کودک و آموزش برنامه‌های مناسب والدگری مثبت به‌منظور کاهش فشار روانی مادران دارای کودکان آهسته‌گام (عابدی، ۱۳۹۲)، تأثیرگذار خواهند بود. همچنین آموزش‌وپرورش به‌عنوان تنها نهاد دولتی که به‌صورت مستمر با این گروه از مادران ارتباط مستقیم دارد، می‌تواند با برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده و ارائه راهکارهای مناسب مشاوره‌ای در ارتقای سطح بهداشت روانی و بهبود کیفیت زندگی این قبیل خانواده‌ها مفید واقع شود. از سویی نیز به والدین دارای فرزند آهسته‌گام با نشانگان داون و به‌خصوص مادران توصیه می‌شود با واکنش‌های منطقی نسبت به این مسئله و تربیت صحیح فرزند و پیگیری راهکارهای درمانی، علاوه بر پیشرفت فرزندشان در جهت امنیت روانی خود و خانواده، گامی مثبت برداشته و به موفقیت در آینده امیدوار باشند.

منابع

ارجمندنیا، ع.، افروز، غ.، و نامی، م. (۱۳۹۲). مقایسه میزان فشار روانی و رضامندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان. *ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳*، ۵-۱.

افروز، غ. (۱۳۹۲). *مقدمه‌ای بر روانشناسی و آموزش‌وپرورش کودکان استثنائی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

افروز، غ. (۱۳۹۴). *روان‌شناسی ازدواج و شکوه همسری*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

افروز، غ.، و قدرتی، م. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضامندی همسران افروز (فرم کوتاه). *روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۴۱*، ۹-۱.

آقاجانی، س. (۱۳۹۲). *مقایسه اثربخشی روش‌های آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و حل مسئله اجتماعی در ارتقاء تعامل مادر-کودک و رضامندی زناشویی در مادران کودکان آهسته‌گام*. پایان‌نامه دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

بلقان‌آبادی، ب.، تولائیان، ع.، و خدادادی سنگده، ج. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران با نیازهای ویژه. *دو فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی خانواده، ۱*، ۶۲-۵۳.

بلوریان، ف. (۱۳۹۱). *رابطه بخشایش‌گری، رضایت زناشویی و سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی و مادران کودکان عادی شهرستان نهبندان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد بیرجند، بیرجند.

بنی‌جمالی، ش.، و محمدزاده، س. (۱۳۸۴). تأثیر کم‌توانی ذهنی کودکان بر رضامندی زناشویی والدین. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱، ۷۵-۶۱.

حبیب‌زاده، ع. (۱۳۸۰). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R و بررسی سلامت روان دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان قم*. طرح پژوهشی شورای تحقیقات سازمان آموزش‌وپرورش استان قم.

رضایی، پ (۱۳۷۷). *رابطه خوشنودی شغلی و انگیزه پیشرفت با سلامت روانی و مسئولیت‌پذیری مربیان تربیتی زن آموزشگاه اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز.

رضایی، م. (۱۳۹۲). *بررسی نقش و آموزش و مشاوره فعالیت‌های روزمره زندگی بر مادران کودکان عقب‌مانده‌ذهنی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.

سلامت، م. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف مقطع دبستان شهر دهاقان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان.

صادق‌پور، آ.، حجت‌خواه، م.، عبدی، ک.، محبی، م.، و یاوری، م. (۱۳۹۴). *مقایسه تعارضات زناشویی و سلامت روان در زنان شاغل و غیر شاغل مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر کنگاور*. اولین همایش ملی روانشناسی خانواده، دانشگاه کردستان.

عابدی، ث. (۱۳۹۲). برنامه والدگری مثبت. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۱*، ۳۷-۳۰.

علاقبند، م.، آقایوسفی، ع.، کمالی، م.، دهستانی، م.، حقیرالسادات، ف.، نظری، ط.، و همکاران. (۱۳۹۰). تأثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۰*، ۱۱۳-۱۰۴.

کاظمی، پ.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، مدرس غروی، م.، و مهرام، ب. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زناشویی و سلامت روان. *روانشناسی بالینی و مشاوره، ۲*، ۸۶-۷۱.

یزدان‌پرست، ی.، و نوحی تهرانی، ل. (۱۳۹۴). *رابطه میزان رضایت قلبی دختر باکره در زمان عقد و میزان رضایت زناشویی او در طول زندگی مشترک*. همایش ملی روان‌شناسی خانواده، دانشگاه کردستان.

یوسفی، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت زناشویی و امیدواری زوجین. *دو فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی خانواده، ۳*، ۷۰-۵۹.

References

American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM5*. American Psychiatric Association, Washington, DC.

Bayer, J. K., & Sanson, A. V. (2003). Preventing the development of emotional mental health problems from early childhood: Recent advances in the field. *International Journal of Mental Health, 5*, 4-16.

Chang, M. Y., & McConkey, R. (2008). Taiwanese parents who have children with an intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education, 55*, 27-41.

Chang, V. T., Thaler, H. T., Polyak, T. A., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., & Portenoy, R. K. (1998). Quality of life and survival. *Cancer, 83*, 173-179.

Derogatis, L. R., Lipmam, R. S., Covey, L. (1973). Sc0: An out patient psychiatric rating scale. *Psychopharmocological Bulletin, 9*, 13-27.

Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rake, A. (1984). The scl90 and MMPI astep in the validation of a new self-report scale. *Brith. J.Psychiat. 128*, 280-289.

Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults attachment styles. *The Arts in Psychotherapy, 37*, 112 – 119.

Eisenberg, L. I., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Sibling of children with mental retardation living at hoom or residential placement. *Journal of Child Psychology Psychiatry, 36, 355-363.*

Emerson, E. (2013). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellect Disable Research, 47*, 385-399.

Farber, B. (2014). Mental retardation; Its social context and social consequences. doi:10.1002/9780470479193.adlpsy002002/full.

Faust, H. Scior, K. (2008). Mental health programs in young people with intellectual disabilities, the impact on parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*, 414-424.

Haager, D., & Vaughn, S. (1994). Social competence as a multifaceted construct: How do students with learning disabilities fare? *Learning Disability Quarterly, 17*, 253-266.

Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 149-160.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2013). *Handbook of Special Education*. New York: Routledge.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journalof Health & Social Behavior, 43*, 207-222.

Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirate. *Social Science and Medicine, 64*, 850-857.

Lee, S. (1998). Marital status, gender and quality of life. *Development and Society, 27*, 35-46..

Ogeston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Specttrum Disorders, 5*, 1378-1384.

Ongl, C. V., & Peng, R. (2005). Stess experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. *Journal Of Intellectual Disable, 49*, 657-666.

Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple p-positive parenting program. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 345-379.

Schalock, R. L. (2004). The concept of qualify of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 203-216.

Shin, J., Nhan, N. V., Crittenden, K. S., Flory, H. D. T. & Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 50*, 748-760.

Singhi, P. D., Goyal, L. D., Singhi, S., & Walia, B. N. (2015). Psychosocial problems in families of disabled children. *The British Journal of Medical Psychology, 63*, 123-820

Soleimani, B., Pasha, G. R., & Savad, Z. (2015). Compared happiness and quality of life in individual with lower and higher martial satisfaction. *International Journal of Psychology and Behavior Research, 4*, 58-65.

Ware, J., & Gandek, B. (2010). Overview of the Sf-36 health survey and the international quality of life assessment. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*, 903-912.

WHO. (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. December 1996.

Yuen Wing, K., & Chan Chung Yan , J. (2014). Stress & marital satisfaction of parent with children with disabilities in Hong Kong. *Scientific & Research, 5*, 349-357.