



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت کارشناسی ارشد (M.A)

گرایش روانشناسی عمومی

عنوان:

**تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای**

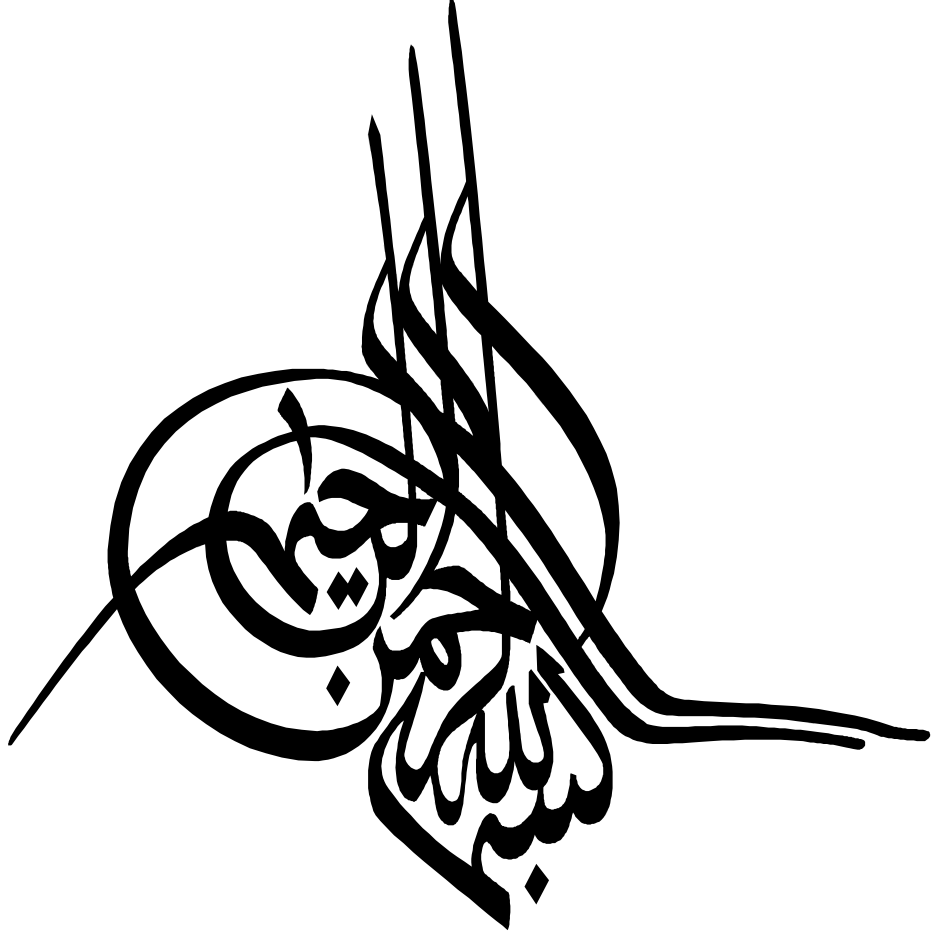
استاد راهنما:

**آقای دکتر پرویز شریفی درآمدی**

نگارش:

**مریم کریمی طلب**

تابستان ۱۳۹۶





## معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

## نشور اخلاق پژوهش

بایاری 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 و اعلامی فرهنگ و تمدن بشری و دانشجویمان و اعضا هیئت علمی واحد های دانشگاه آزاد متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام مناسبت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت کوی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت
- ۲- اصل رعایت حقوقی: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشیکدان (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 محافظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد سازمان، کشور و کلیه افراد و نهاد های مرتبط با پژوهش.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تعد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و دانشنامه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویمان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برانت: التزام به برانت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به مثابه ای غیر علمی می آلائند.



دانشگاه آزاد اسلامی

تهدنامه اصالت رساله یا پایان نامه واحد علوم و تحقیقات

اینجانب مریم کریمی طلب دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی که در تاریخ از پایان نامه/ رساله خود تحت عنوان تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای با کسب نمره و درجه دفاع نموده‌ام بدینوسیله متعهد می‌شوم:

- ۱) این پایان نامه/ رساله 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 پایان نامه/ رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴) چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

مریم کریمی طلب

## با تقدیر و تشکر شایسته از :

استاد فرهیخته و فرزانه آقای دکتر پرویز شریفی در آمدی که با نکته های دلاویز و گفته های بلندشان ، صمیمیه های سفن را علم پرور نمودند و همواره راهنما و راه گشای نگارنده در اتمام و اكمال پایان نامه بوده اند.

و

بر خود لازم می دانم تا از دکتر درویزه و دکتر محمدی سلیمانی که دوری این پایان نامه را عهده دار شدند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز نمایم.

ماصل آموخته هایم را تقدیم می کنم به

تمام دست اندرکاران تعلیم و تربیت و پویندگان علم و  
معرفت به نصوص فرهنگیان عزیز در سرتاسر این مرز و  
بوم و تقدیم به

مادرنازنینم، کل ایثاری که فداکاریهای قلب عاشقش را  
هیچ پایانی نیست.

پدر بزرگوارم ، کوه استواری که مبتهایش عرق شرم بر  
پیشانیم نشانده تا به ابد.

## چکیده

کم توانی ذهنی با کاهش رشد در حیطه های گوناگون جسمی، روانی، تربیتی و اجتماعی همراه است که می-تواند مشکلات فراوانی برای والدین در زمینه مراقب و نگهداری از فرزند به وجود آورد. هدف از این تحقیق بررسی تاثیر برنامه مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی در شهر جغتای است. این پژوهش، از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی است که به صورت پیش آزمون، پس آزمون، با یک گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری پژوهش مورد نظر شامل مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای است که تعداد آنها ۶۰ نفر می باشد و از بین آنها به صورت تصادفی تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. برای گردآوری داده های از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۹) استفاده گردید. جهت تجزیه تحلیل داده های آماری و جهت پاسخگویی به سوالات پژوهش از نرم افزار SPSS20 و برای تجزیه تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره، استفاده شد. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که برنامه مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی و خرده مقیاس های آن از جمله نشانه های جسمانی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی تاثیر مثبتی داشت و نمره این متغیرها در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافت. تنها خرده مقیاسی که تحت تاثیر این برنامه قرار نگرفت، خرده مقیاس افسردگی مادران بود. در مجموع استفاده از برنامه مدیریت شرم به منظور بهبود نظرات والدین دارای فرزند کم توان ذهنی در جهت پذیرش فرزندان خود، می تواند مفید واقع شود.

**لغات کلیدی:** برنامه مدیریت شرم، سلامت روان

## فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
<b>فصل اول: کلیات تحقیق</b>	
۱- مقدمه .....	۱
۱-۱- بیان مساله .....	۱
۱-۲- اهمیت و ضرورت تحقیق .....	۳
۱-۳- اهداف تحقیق .....	۴
۱-۳-۱- اهداف فرعی: .....	۴
۱-۴- فرضیه‌های تحقیق: .....	۴
۱-۴-۱- فرضیه های فرعی: .....	۴
۱-۵- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی (به صورت مفهومی و عملیاتی): .....	۵
<b>فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق</b>	
۲- مقدمه .....	۷
۲-۱- تعاریف عقب ماندگی ذهنی .....	۷
۲-۱-۱- تعریف عقب ماندگی در DSM .....	۷
۲-۱-۲- تعریف بر اساس نمره آمون (IQ) .....	۹
۲-۱-۳- تعریف انجمن آمریکایی نقص ذهنی AAMD .....	۹
۲-۱-۴- دیدگاه تردگلد .....	۱۱
۲-۱-۵- دیدگاه کانر .....	۱۱
۲-۱-۶- دیدگاه ریچارد هانگرفورد .....	۱۱
۲-۱-۷- دیدگاه ادگاردال .....	۱۲
۲-۱-۸- طبقه بندی کودکان کم توان یا عقب مانده ذهنی .....	۱۲
الف) گروه کودکان و دانش آموزان دیرآموز .....	۱۳
ب) گروه دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر .....	۱۳
ج) گروه کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر .....	۱۴



۱۵	د) کودکان عقب مانده ذهنی حمایت پذیر (کاملاً متکی) .....
۱۵	۲-۲- سلامت روان .....
۱۶	۲-۲-۱- تعریف سلامت روان .....
۱۸	۲-۲-۲- تعریف بهداشت روان در فرهنگ های مختلف .....
۲۰	۲-۲-۳- اصول بهداشت روانی .....
۲۱	۲-۲-۴- خصوصیات افراد دارای سلامت روانی .....
۲۱	۲-۲-۵- عوامل موثر در تامین سلامت روان .....
۲۲	۲-۲-۶- نقش خانواده در تامین سلامت روان .....
۲۲	۲-۲-۷- نظریات مرتبط با سلامت روانی .....
۲۲	۲-۲-۱-۷- نظریه زیگموند فروید .....
۲۳	۲-۲-۲-۷- نظریه آدلر .....
۲۴	۲-۲-۳-۷- نظریه سالیون .....
۲۴	۲-۲-۴-۷- نظریه کارل راجرز .....
۲۵	۲-۲-۵-۷- نظریه آلبرت ایس .....
۲۶	۲-۲-۶-۷- نظریات نوین مبتنی بر شناخت درمانی .....
۲۶	۲-۲-۸-۷- نظریه ویلیام گلاس .....
۲۷	۲-۲-۹-۷- نظریه اسکنیر .....
۲۸	۲-۳- مبانی نظری شرم .....
۲۸	۲-۳-۱- مفهوم و ماهیت شرم .....
۲۸	۲-۳-۲- ارتباط حس شرم با نظام اخلاقی درونی و برونی .....
۳۰	۲-۳-۳- شرم و گناه .....
۳۱	۲-۳-۴- پیدایش شرم و گناه .....
۳۲	۲-۳-۵- رویکردهای نظری در حوزه شرم .....
۳۳	۲-۳-۵-۱- رویکرد روان تحلیل گری .....
۳۴	۲-۳-۵-۲- دیدگاه انسان شناسی .....
۳۶	۲-۳-۶- تشابهات و تفاوت های شرم و گناه .....

۳۸	۷-۳-۲- مؤلفه های شرم و گناه .....
۳۸	۱-۷-۳-۲- مؤلفه زیست شناختی .....
۳۸	۱-۱-۷-۳-۲- احساس گناه و احساس شرمساری در حکم هیجان های انطباقی .....
۳۸	۲-۱-۷-۳-۲- نظریه هیجان های مجزا .....
۳۹	۳-۱-۷-۳-۲- مؤلفه آموخته شده .....
۴۰	۴-۱-۷-۳-۲- شیوه های انضباطی .....
۴۱	۲-۷-۳-۲- مؤلفه شناختی: .....
۴۲	۱-۲-۷-۳-۲- کنترل احساس گناه و شرم افراطی .....
۴۳	۸-۳-۲- کارکردهای حس شرم .....
۴۴	۴-۲- رویکرد مدیریت شرم .....
۴۶	۵-۲- پیشینه پژوهش .....
۴۶	۱-۵-۲- پیشینه پژوهشی داخلی .....
۴۹	۲-۵-۲- پیشینه پژوهشی خارجی .....
<b>فصل سوم: روش تحقیق</b>	
۵۲	۳- مقدمه .....
۵۲	۱-۳- روش پژوهش .....
۵۳	۲-۳- جامعه آماری .....
۵۳	۳-۳- نمونه آماری روش نمونه گیری .....
۵۳	۴-۳- ابزار گردآوری داده ها .....
۵۳	۱-۴-۳- پرسشنامه گلدبرگ (CHQ) .....
۵۴	۱-۱-۴-۳- روایی و پایایی پرسشنامه .....
۵۴	۵-۳- روش اجرای پژوهش .....
۵۵	۶-۳- تجزیه و تحلیل داده ها .....
<b>فصل چهارم: یافته های تحقیق</b>	
۵۷	۱-۴- مقدمه .....
۵۷	۲-۴- نتایج حاصل از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) پژوهش .....

- ۴-۲-۱- آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به خرده مقیاس های سلامت روان ..... ۵۷
- ۴-۳- نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه ..... ۵۹
- ۴-۴- بررسی فرض همگنی واریانس های متغیرهای تحقیق ..... ۶۰
- ۴-۵- فرضیه اصلی: مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای موثر است. .... ۶۱
- ۴-۶- فرضیه ۱- مدیریت شرم بر نشانه های جسمانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای موثر است. .... ۶۲
- ۴-۷- فرضیه ۲- مدیریت شرم بر اضطراب مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای موثر است. .... ۶۳
- ۴-۸- فرضیه ۳- مدیریت شرم بر نارساکنشوری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای موثر است. .... ۶۴
- ۴-۹- فرضیه ۴- مدیریت شرم بر افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر جغتای موثر است. .... ۶۵

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۵- مقدمه ..... ۶۷
- ۵-۱- تبیین فرضیه اصلی پژوهش ..... ۶۷
- ۵-۲- تبیین فرضیه اول پژوهش ..... ۶۸
- ۵-۳- تبیین فرضیه دوم پژوهش ..... ۶۹
- ۵-۴- تبیین فرضیه سوم پژوهش ..... ۷۰
- ۵-۵- تبیین فرضیه چهارم پژوهش ..... ۷۱
- ۵-۶- نتیجه گیری ..... ۷۱
- ۵-۷- محدودیت های تحقیق ..... ۷۱
- ۵-۸- پیشنهادها ..... ۷۲
- ۵-۸-۱- پیشنهادهای کاربردی ..... ۷۲
- ۵-۸-۲- پیشنهادهای پژوهشی ..... ۷۳
- منابع ..... ۷۴

### فهرست جداول

- جدول (۱-۲). ویژگی های رشد افراد عقب مانده ذهنی از نظر AAMD ..... ۱۰

- جدول (۱-۳) دیاگرام طرح پژوهش ..... ۵۲
- جدول (۲-۳). نمرات برش در هریک از خرده مقیاس های پرسشنامه GHO ..... ۵۴
- جدول (۱-۴). میانگین و انحراف معیار مربوط به خرده مقیاس های سلامت روان ..... ۵۷
- جدول (۲-۴) نتایج آزمون نرمال بودن توزیع متغیرها (کالموگروف- اسمیرنوف) ..... ۵۹
- جدول (۳-۴). آزمون ام باکس ..... ۶۰
- جدول (۴-۴). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها ..... ۶۱
- جدول (۵-۴). تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی اثر متغیر گروه بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی ..... ۶۱
- جدول (۶-۴). تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون نشانه های جسمانی ..... ۶۲
- جدول (۷-۴). میانگین نمرات تعدیل شده پس آزمون نشانه های جسمانی ..... ۶۲
- جدول (۸-۴). تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون اضطراب مادران دارای کودکان کم توان ذهنی ..... ۶۳
- جدول (۹-۴). میانگین نمرات تعدیل شده پس آزمون اضطراب مادران دارای کودکان کم توان ذهنی ..... ۶۳
- جدول (۱۰-۴). تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون نارساکنش وری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی ..... ۶۴
- جدول (۱۱-۴). میانگین نمرات تعدیل شده پس آزمون نارساکنش وری اجتماعی ..... ۶۴
- جدول (۱۲-۴). تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی ..... ۶۵
- جدول (۱۳-۴). میانگین نمرات تعدیل شده پس آزمون افسردگی ..... ۶۵

# فصل اول

## کلیات تحقیق

## ۱- مقدمه

در عصر حاضر مشکل بیماری‌ها و معلولیت‌ها از جمله عقب ماندگی ذهنی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است. خانواده‌های بسیاری به دلیل داشتن چنین فرزندان بار عاطفی سنگینی را بر دوش می‌کشند. هزینه‌های زیاد پزشکی، آموزشی، تربیتی، تشدید اختلافات زناشویی، ترس از بچه‌دار شدن مجدد، احساس گناه و شرم و انزوایی از جمله مسائلی است که والدین با آنها روبرو هستند. افراد این خانواده‌ها برای حل مشکلات خود و کاهش بار فشارهای عاطفی نیاز به کمک و مشاوره دارند. از این رو در این تحقیق به بررسی مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودک کم توان ذهنی پرداخته می‌شود. در این فصل کلیات تحقیق، فرضیات و سوالات پژوهش بیان می‌شود.

### ۱-۱- بیان مساله

در دنیای امروز علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، ناتوانی ذهنی یک ناراحتی و وضعیت مادام‌العمر است. حدود ۳٪ از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۸۶ می‌باشند و عملکرد ۲۱ تا ۶۱ درصد از آنها در دامنه کند ذهنی خفیف یا آموزش پذیر قرار دارند و مشکلات همراه با این کودکان یکی از عوامل بحران ساز برای آنها و خانواده ایشان می‌باشد. در تعریف ارائه شده از ناتوانی ذهنی توسط DSM-IV-TR1 (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) ضوابط زیر در نظر گرفته شده است: ۱- عملکرد هوشی بسیار کمتر از حد متوسط (کمتر از ۷۰) ۲- اختلال و نقص در مهارت‌های سازشی حداقل در دو زمینه، ۳- شروع قبل از سن ۱۸ سالگی (فرامرسی، کرمی‌منش و محمودی، ۱۳۹۲).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند کم توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب بیشتر، احساس شرم و خجالت بیشتر، و سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تری دارند. حضور کودک عقب مانده ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تأثیر قرار داده و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد. به این صورت که می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند، از جمله: ایجاد تشدید، اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، خجالت و خشم و بسیاری از مسائل دیگر.

طیف وسیعی از پژوهش‌ها (سینگر، اتریچ و آلادنا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ مک کنونی، تروسدال- کندی، چنج، جارا و شوکری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) حاکی از آن است که والدین دارای کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با سایر والدین، استرس و فشار بیشتری را تحمل می کنند (تقی زاده و اسدی، ۱۳۹۳).

مرور ادبیات موضوعی نشان می دهد که اخیراً مطالعه در مورد نقش هیجان‌ها در ناسازگاری‌ها و مشکلات رفتاری مورد توجه فزاینده قرار گرفته است (تانگنی و دیرینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). شرم هیجان اخلاقی عمیقاً دردناک و ناخوشایندی است که با احساس کهنتری و عدم پاداش و ناتوانی همراه است و فرد را به سوی پنهان شدن و گریز سوق می دهد. به اعتقاد لوئیس، شرم احساس دردناکی است که حالت تدافعی، خشم و پرخاشگری آشکار را فراخوانی می کند و اغلب با احساس انتقام جویی و تحقیرشدگی همراه است (لوئیس، ۱۹۷۱؛ به نقل از استوئینگ، تانگنی، هیگل، هارتی و مک کلووسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). شرم در بسیاری از موقعیت‌های روزمره تجربه شده و (میلز، ۲۰۰۵؛ به نقل از شهریاری، ۱۳۸۸) و با تغییر چشمگیر ادراک فرد از خویشتن خویش، او را به لحاظ روانی، فیزیکی و اجتماعی فرو می‌پاشد. فرد شرمسار احساس کهنتری، حقارت، بی ارزشی، بی کفایتی یا حتی احساس طردشدگی دارد (تانگنی، استوئینگ، ماشک، و هاستینگز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). فرد با تجربه شرم از کمبودهای خود ناامید شده و تصور می کند که نمی تواند استانداردهای مهم خود و دیگران را تحقق بخشد و با آن متفاوت است (فرگوسن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). این تفاوت تجربه شده و تعبیر آن به نقص و کاستی در وجود فرد رخنه کرده و او را در جهت حفظ یکپارچگی و تمامیت خود در برابر شرایط تهدیدکننده خود یا موشکافی‌های اضافی برمی‌انگیزاند (تانگنی، ماشک و استوئینگ، ۲۰۰۵). در چنین حالتی فرد ممکن است آن را به همه وجود خود و ویژگی‌های شخصی غیرقابل تغییر خود نسبت دهد (تریسی و روبینز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). تداوم افکار منفی و خود تحقیر شده در فرد به احساس شرمساری مزمن منجر می شود که به معنای خشم معطوف شده به خود فرد است. مفهوم شرمساری مزمن، هم‌راستا با مفهوم رسوایی‌شنایدر<sup>۸</sup> (۱۹۷۷؛ به نقل از احمد و بریس ویت<sup>۹</sup>،

<sup>1</sup> - Singer, Ethridge & Aladna

<sup>2</sup> - Mc Conkey, Truesdale-Kennedy, Chang, Jarrah, & Shukri

<sup>3</sup> - Tangney & Dearing

<sup>4</sup> - Stuewing, Heigel, Hartly, & McCloskey

<sup>5</sup> - Tangney, Stuewig, Mashek, & Hastings

<sup>6</sup> - Ferguson

<sup>7</sup> - Tracy & Robins

<sup>8</sup> - Schneider

<sup>9</sup> - Ahmed & Braithwait

۲۰۰۴) است، شرمی که در آن فرد تمامی افکار مربوط به تحقیرشدگی و خجالت زدگی را به خود جذب می کند. عدم توجه و اعمال مداخلات آموزشی و درمانی احتمالاً باعث می شود که احساس شرمساری در وجود فرد مزمن شود (دبلینگر و رینیون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). یکی از مداخلات آموزشی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی، مدیریت شرم می باشد. از این رو در این تحقیق به بررسی تاثیر مدیریت شرم بر سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی پرداخته می شود.

## ۱-۲- اهمیت و ضرورت تحقیق

همه افراد جامعه، خواستار شادکامی، سلامت و بهزیستی روانشناختی اعضای خانواده خود هستند. برای رسیدن به این خواسته باید تا آنجا که ممکن است عوامل تاثیرگذار بر سلامت و بهداشت روان و کیفیت زندگی را بررسی کرده و شناخت. یکی از این عوامل احتمالی، حضور فرزند ناتوان در خانواده است. کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت روان را به خطر می اندازد، در ارتباط است. از طرفی وجود کودک مشکل دار باعث ایجاد استرس جسمانی و روحی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی، استرس زیادی را تحمل می کنند و اختلال روانی، حس بی ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می کنند. محدودیت در ارتباط های منطقی و صحیح این گونه خانواده ها با دیگران به دلیل وجود احساساتی نظیر خجالت، گناه و تمایل به پنهان کردن کودک موجب می شود تا آنان از افراد دیگر فاصله بگیرند. بنابراین به انزوای اجتماعی بیشتر می انجامد (کمیجانی، ۱۳۹۱). لذا با توجه به این که وضعیت روانشناختی والدین به خصوص مادران، به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تاثیر رفتار و شخصیت کودکان خویش است، بسیار حائز اهمیت خواهد بود که از این رهگذر داده های دقیق تری جهت استفاده از روش های مشاوره و توانبخشی و درمان فراهم آورده و زمینه های لازم جهت اقدامات خاص و اساسی در ابعاد مشاوره، انجمن اولیا و مربیان، کودکان استثنایی، آموزش خانواده و ... فراهم شود.

از سوی دیگر، از آنجا که زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می دهند و سلامت آنان زیربنای سلامت خانواده ها و جوامع است، بنابراین توجه به سلامت آنان و بهبود کیفیت زندگی شان اهمیت بسیاری دارد. در سال های اخیر علاوه بر توجه به وضعیت زندگی کودکان و نوجوانان دارای بیماری مزمن، کیفیت زندگی والدین آنان نیز

---

<sup>1</sup> - Deblinger & Runyon



مورد توجه قرار گرفته است (برزنجه عطری، عبداللهی، ارشدی بستان آباد و اصغری جعفرآبادی، ۱۳۹۳). لذا انجام مداخله آموزشی برای این گروه از جامعه، ضروری است. همچنین، با توجه به بررسی‌های انجام شده پژوهشی که به بررسی اثربخشی مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی پرداخته باشد مشاهده نشد، از این رو در این تحقیق، به بررسی این موضوع پرداخته می شود.

### ۳-۱- اهداف تحقیق

**هدف اصلی:** تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی.

#### ۱-۳-۱- اهداف فرعی:

- تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر نشانه های جسمانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی.
- تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر اضطراب مادران دارای کودکان کم توان ذهنی.
- تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر نارسا کنش‌وری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی.
- تعیین اثربخشی مدیریت شرم بر افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی.

#### ۴-۱- فرضیه‌های تحقیق:

**فرضیه اصلی:** مدیریت شرم بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است.

#### ۱-۴-۱- فرضیه های فرعی:

- مدیریت شرم بر نشانه های جسمانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است.
- مدیریت شرم بر اضطراب مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است.
- مدیریت شرم بر نارسا کنش‌وری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است.
- مدیریت شرم بر افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است.

## ۱-۵- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی (به صورت مفهومی و عملیاتی):

مدیریت شرم: برنامه ای مداخله ای و پیشگیرانه برای خودداری از هرگونه برچسب زدن به فرد و بدنام یا شرم‌نده کردن وی به دلیل برخی مشکلات رفتاری (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳۲).

تعریف عملیاتی مدیریت شرم: منظور، تکنیک‌های آموزش مدیریت شرم (علایی، ۱۳۹۲) است که طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه ای به مادران آموزش داده می شود.

تعریف مفهومی سلامت روان: سلامت روانی وضعیتی از بلوغ روان شناختی عبارت از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی است که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می شود (چاهن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱: ۸۵).

تعریف عملیاتی سلامت روان: منظور نمره ای است که مادران دارای کودکان کم توان ذهنی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (CHQ)، کسب می کنند.

---

<sup>1</sup> - Chauhan

## فصل دوم

# مبانی نظری و پیشینه پژوهش

از آنجا که کودکان کم توان با کودکان عادی تفاوت دارند تعامل آنها با خانواده‌هایشان نیز با تعامل یک کودک عادی و خانواده‌اش فرق دارد. بنابراین در هر جامعه‌ای فقط وجود مراکز حمایتی، آموزشی و توانبخشی برای کودکان کافی نیست، بلکه خانواده‌های آنها نیز به کمک و آموزش نیاز دارند. برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده می‌تواند سطح آگاهی و پذیرش والدین را نسبت به پدیده عقب ماندگی و خصوصیات فرزندشان افزایش دهد، می‌تواند احساسات و واکنش‌هایی را که اغلب والدین از خود بروز می‌دهند، برای آنان روشن سازد و با آموزش راهکارها، از تنش موجود بین خانواده بکاهد، تعامل بهینه بین والد و فرزند را افزایش داده و تأثیر به‌سزایی بر سلامت خانواده داشته باشد. با توجه به این مسئله که والدین خصوصاً مادران بیش از پدران کودکان عقب مانده ذهنی به علت اثرات ناشی از حضور کودک عقب مانده ذهنی، از مشکلات متعدد روانی، جسمانی، اجتماعی و... رنج می‌برند و در نتیجه این مشکلات بر رفتار والدین با یکدیگر و تعامل والد و فرزند تأثیر می‌گذارد، با توجه به نیازسنجی‌هایی که در این قشر از جامعه صورت گرفته است، آموزش والدین، به شیوه‌ای مدون در ایران مورد نیاز است.

## ۲-۱- تعاریف عقب ماندگی ذهنی

### ۲-۱-۱- تعریف عقب ماندگی در DSM<sup>۱</sup>

در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) عقب ماندگی ذهنی "عملکرد ذهنی کلی به طور قابل ملاحظه ای زیر حد متوسط" همراه با محدودیت قابل ملاحظه در عملکرد انطباقی که شروع آن زیر ۳ سالگی تعریف شده است. اختلال کارکرد باید توأم با اختلال کارکرد هوشی باشد، که با یک آزمون هوش‌سنجی استاندارد در بهره هوش (IQ) حدود ۷۰ خواهد بود، اما عوامل محیطی فیزیکی و سایر عوامل موثر بر کاربرد انطباقی و هوشی را مدنظر قرار گیرند. DSM-IV چهار درجه از شدت ذهنی عقب ماندگی ذهنی تعیین کرده است: خفیف، متوسط، شدید و عمیق. عقب ماندگی ذهنی از ترکیب عملکرد هوشی زیر حد متوسط و اختلال در مهارت‌های انطباقی تشکیل یافته است که از ۱۸ سالگی آغاز می‌شود. تقریباً ۸۵ درصد افراد عقب مانده ذهنی در طبقه عقب ماندگی ذهنی خفیف (بهره هوشی ۵۰ تا ۷۰) قرار می‌گیرند. اعمال

<sup>1</sup> - Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders