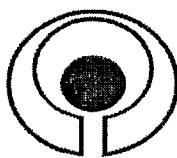


بسمه تعالی



دانشگاه علوم بهرستی و توانبخشی

گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

پایان نامه:

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

عنوان

مقایسه سلامت روانی والدین معلولین ذهنی (سنین پایین تر از ۱۶ سال) مقیم
در مراکز شبانه روزی و والدین معلولین ذهنی که هنوز در این مراکز پذیرش
نشده اند (پشت نوبتی).

استاد راهنما:

دکتر هادی بهرامی

۱۳۸۶ / ۲ / ۱۸

اساتید مشاور:

دکتر معصومه پورمحمد رضای تجریشی و عباس داورمنش

دکتر مسعود کریملو

دانشجو:

صمد رمزی

سال تحصیلی: ۱۳۸۶

گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی
مجلس اساتید مشاور

۱۳۸۶
۱۳۸۶

۱۵۱۱۸۸

تقدیم به:

مادر عزیزم و پویندگان علم و معرفت

تقدیر و تشکر

در آغاز خداوند منان را شکر گذارم که پرتو لطف بیکرانش راهنما و روشنگر راهم بوده و قطره ای از اقیانوس بی انتهای علم خود را به من بخشوده است. باشد که پوینده راه حق باشم.

سپاس بی پایان خود را از اساتید گرانقدری ابراز می دارم که در طی تحصیل از دانش و فضل آنان بهره گرفتم تا بستر چنین پژوهشی فراهم آید.

و سپاس و قدردانی فراوان خود را بویژه به استاد ارجمند، جناب آقای دکتر هادی بهرامی ابراز می نمایم چرا که مشعل هدایت شان همواره روشنگر راهم بود و در پرتو راهنمایی های ارزنده، دقیق، مداوم و صمیمانه شان این پژوهش به ثمر رسید.

همچنین از تلاشها و زحمات اساتید بزرگوار، خانم دکتر معصومه پور محمد رضای تجریشی، جناب آقای داور منش و آقای دکتر مسعود کریملو که قبول مشاورت فرمودند و در تهیه و تنظیم این مطالب مرا مدیون لطف و عنایت خود نمودند، سپاسگزاری می نمایم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
أ.....	عنوان.....
ب.....	تقديم.....
ت.....	تشكر و قدردانى.....
ث.....	فهرست مطالب.....
د.....	فهرست جداول و نمودارها.....
ر.....	چكیده.....
۱.....	فصل اول: کلیات پژوهش
۲.....	مقدمه.....
۴.....	بیان مسئله.....
۸.....	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۹.....	تعریف واژه های کلیدی پژوهش.....
۱۰.....	اهداف پژوهش.....
۱۰.....	اهداف اختصاصی.....
۱۱.....	سوالات پژوهش.....
۱۳.....	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۴.....	زمینه توجه به بهداشت روانی در جهان.....
۱۷.....	روند توجه به بهداشت روانی در ایران.....
۱۹.....	تعاریف و نظریه ها.....
۲۳.....	عوامل موثر بر سلامت روان.....
۲۶.....	دیدگاه های مختلف در مورد سلامت روانی.....
۲۶.....	روان تحلیل گری.....
۲۷.....	روانشناسی فردی.....

۲۷.....	انسان گرایی.....
۲۹.....	رفتار گرایی.....
۲۹.....	واقیت درمانی.....
۳۰.....	شناختی.....
۳۱.....	نظریه سیستم ها.....
۳۳.....	مدل تعادل حیاتی.....
۳۴.....	رویکرد بوم شناختی.....
۳۵.....	الگوی زیستی پزشکی.....
۳۶.....	اصول بهداشت روانی.....
۳۶.....	اهداف بهداشت روانی.....
۳۸.....	بهداشت روانی و سه سطح پیشگیری.....
۳۹.....	اهداف بهداشت روانی در خانواده.....
۴۰.....	اهمیت خانواده در بهداشت روانی.....
۴۱.....	علل افزایش و شیوع بیماری های روانی.....
۴۲.....	نحوه پذیرش و برخورد والدین با فرزند معلول ذهنی.....
۴۶.....	نگاه گذرا به تاریخچه ایجاد مراکز شبانه روزی کم توان ذهنی.....
۴۸.....	مروری بر پژوهش های انجام شده در ایران.....
۴۹.....	مروری بر پژوهش های انجام شده در خارج.....
۵۰.....	فصل سوم
۵۱.....	روش انجام تحقیق.....
۵۱.....	متغیرها.....
۵۳.....	جامعه آماری.....
۵۴.....	نمونه آماری.....
۵۵.....	روش انتخاب نمونه ها.....
۵۶.....	روش برآورد حجم نمونه.....
۵۷.....	ابزارهای جمع آوری اطلاعات.....
۵۸.....	تعریف ابعاد ۹ گانه آزمون SCL- 90-R.....
۶۰.....	پایایی و روایی.....

۶۲..... روش اجرا

۶۳..... ملاحظات اخلاقی

۶۴..... **فصل چهارم**

۶۵..... مقدمه

۶۵..... توصیف داده ها

۷۳..... بررسی اثر متغیرهای تعدیل کننده

۷۶..... تحلیل داده ها

۷۶..... سؤال اول

۷۷..... سؤال دوم

۷۸..... سؤال سوم

۷۹..... سؤال چهارم

۸۰..... سؤال پنجم

۸۱..... سؤال ششم

۸۲..... سؤال هفتم

۸۳..... سؤال هشتم

۸۴..... سؤال نهم

۸۵..... سؤال دهم

۸۵..... سؤال یازدهم

۸۶..... سؤال دوازدهم

۸۷..... سوال سیزدهم

۸۸..... **فصل پنجم**

۸۹..... یافته های پژوهش

۹۶..... محدودیت های پژوهش

۹۷..... پیشنهادات

۹۸..... منابع فارسی

۱۰۴..... منابع خارجی

۱۰۵..... پیوست ها

۱۱۰..... Abstract

- جدول (۱-۲) مراحل واکنش والدین در برابر معلولیت فرزند از نظر دال ۴۶
- جدول (۱-۴): فراوانی و درصد سنی والدین مطالعه شده ۶۵
- جدول (۲-۴): فراوانی و درصد میزان تحصیلات والدین گروه های مطالعه شده ۶۶
- جدول (۳-۴): فراوانی و درصد شغل گروه های مطالعه شده ۶۷
- جدول (۴-۴): فراوانی و درصد درآمد ماهانه گروه های مطالعه شده ۶۸
- جدول (۵-۴): فراوانی و درصد تعداد اعضاء خانواده گروه های مطالعه شده ۶۹
- جدول (۶-۴): فراوانی و درصد سنی کودکان مورد مطالعه ۷۰
- جدول (۷-۴): فراوانی و درصد بهره هوشی گروه های مطالعه شده ۷۱
- جدول (۸-۴): فراوانی و درصد خانواده گروه های مطالعه شده در ارتباط با جنسیت فرزند ۷۲
- جدول شماره (۹-۴): آزمون خی - دو برای بررسی توزیع متغیرها در بین گروه های مورد مطالعه ۷۳
- جدول (۱۰-۴): مقایسه سن والدین دو گروه بر اساس آزمون t مستقل ۷۴
- جدول (۱۱-۴): مقایسه سن کودکان در گروه های مورد مطالعه بر اساس آزمون t مستقل ۷۵
- جدول (۱۲-۴): مقایسه میزان افسردگی والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۷۶
- جدول (۱۳-۴): مقایسه میزان علائم روان تنی والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۷۷
- جدول (۱۴-۴): مقایسه میزان اضطراب والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۷۸
- جدول (۱۵-۴): مقایسه میزان پرخاشگری والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۷۹
- جدول (۱۶-۴): مقایسه میزان ترس های مرضی والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۸۰
- جدول (۱۷-۴): مقایسه میزان افکار پارانوئیدی والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۸۱
- جدول (۱۸-۴): مقایسه میزان روان پریشی والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل ۸۲
- جدول (۱۹-۴): مقایسه میزان وسواس اجباری والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی با والدین

- ۸۳.....ت مستقل.....مستقل بر اساس آزمون t
جدول (۴-۲۰): مقایسه میزان حساسیت در روابط اجتماعی والدین کودکان مقیم در مراکز
شبانه روزی با والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل.....
۸۴.....ت مستقل.....مستقل بر اساس آزمون t
جدول (۴-۲۱): مقایسه میزان سلامت روانی والدین کودکان پشت نوبتی بر اساس آزمون t مستقل.....
جدول (۴-۲۲): مقایسه میزان سلامت روانی والدین کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی بر اساس آزمون
۸۶.....ت مستقل.....ت مستقل.....مستقل بر اساس آزمون t
جدول (۴-۲۳): مقایسه میزان سلامت روانی مادران کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی و مادران معلولین
۸۷.....ت مستقل.....ت مستقل.....مستقل بر اساس آزمون t
جدول (۴-۲۴): مقایسه میزان سلامت روانی پدران کودکان مقیم در مراکز شبانه روزی و پدران معلولین
۸۹.....ت مستقل.....ت مستقل.....مستقل بر اساس آزمون t

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور «مقایسه سلامت روانی والدین معلولین ذهنی (سنین پایین تر از ۱۶ سال) مقیم در مراکز شبانه روزی و والدین معلولین ذهنی که هنوز فرزند آنها در این مراکز پذیرش نشده اند (پشت نوبتی)» انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش از روش علی - مقایسه ای استفاده شد. نمونه های پژوهش متشکل از دو گروه از والدین کودکان معلول ذهنی بودند (هر گروه ۸۰ والد، ۴۰ نفر پدر و ۴۰ نفر مادر) که از طریق مراجعه به ستاد پذیرش و ساماندهی شهر تهران به صورت تصادفی منظم انتخاب شدند به منظور بررسی اختلالات روانی والدین از آزمون SCL - 90-R استفاده شد و نتایج داده ها با آزمون t مستقل، کولموگروف - اسمیرنوف و خی - دو مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بین مادران کودکان معلول ذهنی مقیم در مراکز شبانه روزی و مادران کودکان معلول ذهنی که هنوز در این مراکز پذیرش نشده اند (پشت نوبتی) در مقوله های افسردگی، علائم روان تنی، اضطراب، ترسهای مرضی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح $\alpha = 0/05$ وجود دارد در حالی که در مقوله های پرخاشگری، افکار پارانوئیدی و روان پریشی تفاوت معنی دار یافت نشد. همچنین بین پدران کودکان معلول ذهنی مقیم در مراکز و پدران کودکان پشت نوبتی در مقوله های افسردگی، اضطراب، حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح $\alpha = 0/05$ وجود دارد و در مقوله های علائم روان تنی، اضطراب، ترس های مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی و وسواس اجباری، تفاوت معنی دار در سطح $\alpha = 0/05$ یافت نشد.

بحث: نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر این است که پذیرش کودکان معلول ذهنی در مراکز نگهداری موجب افزایش سلامت روانی والدین و حضور آنها در خانه موجب کاهش سلامت روانی والدین می شود.

کلمات کلیدی: سلامت روانی / پشت نوبتی و مقیم در مراکز / والدین معلولین ذهنی /

فصل اول کلیات پژوهش

مقدمه

بیان مساله

اهمیت پژوهش

تعریف واژه های پژوهش

اهداف پژوهش

سوالات پژوهش

مقدمه :

در عصر حاضر به علت پیشرفت فناوری و تاثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مساله سلامت و عوامل تاثیر گذار بر آن اهميت ویژه ای یافته است و تامین سلامتی افراد جامعه یکی از مهمترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می گردد. مطالعات علمی وسیعی که در این زمینه صورت گرفته است، می تواند با شناسایی دقیق عوامل تهدید کننده سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی مربوط به بیماری شناسی، کیفیت و سبک زندگی و علل آسیب های اجتماعی، راهگشای برنامه های ارتقا سلامت جسمانی روانی و اجتماعی باشد (نایدو^۱، ۲۰۰۰)

کمیسیون سلامت روان اروپا^۲ (۲۰۰۱) معتقد است که حجم مسائل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به فزونی است در حالی که بعد سلامت روان هنوز در این کشورها مورد توجه قرار نگرفته است. اگر چه پیشرفت در امور بهداشتی، پیشگیری از مرگها و ناتوانیهای نابهنگام و افزایش میانگین افسار جامعه به کمیت افراد جامعه می افزاید اما در صورتی که نظام، پاسخگوی نیازهای روانی آنها نباشد، افزایش جمعیت از کیفیت انسانی می کاهد. زیرا تنها زیستن برای بشر کافی نیست بلکه بهتر زیستن مطلوب اوست و در نتیجه امروزه، سلامت روان به عنوان بخش جدایی ناپذیر از سلامت از اهم مسائل بهداشتی است (زندى، ۱۳۸۴).

حوادث و طبیعت در حال تغییر جامعه ای که در آن زندگی می کنیم حوادث مترقبه و غیرمترقبه ای را پیش می آورد که ناچار به مقابله با آن هستیم. به قول واترلاویک و همکاران^۳ (۱۹۷۴) چیزی به عنوان یک زندگی بدون مشکل وجود ندارد و تصور ما از این که کیستیم محصول شیوهی برخورد ما با مشکلات و وظایفی است که در طول زندگی با آنها روبرو هستیم و اینها خود با یکدیگر در کنش و واکنش هستند. خانوادهها طیف وسیعی از سازگاریها را نسبت به رویدادهای مشابه از خود نشان می دهند (ثنایی، ۱۳۸۱).

یکی از مهم ترین مباحث مطروحه در حیطه روانشناسی کودک معلول ذهنی، درگیری والدین و خانوادههای آنها است. نقش والدین و خانوادههای آنها در درمان و تعلیم و تربیت، نقش حیاتی دارد (هالاها، کافمن^۴، ۱۳۷۲).

تولد هر کودک می تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد، والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند و درمورد کودکان معلول ذهنی تلاش برای سازگاری افزایش می یابد. زیرا که معلولیت کودک و رفتارهای ناشی از آن تقریباً امری ثابت و پایدار می باشد، این امر بر تعاملاتی

1 - Naidoo, j.

2 - European Mental Health Commission

3 - Whatzlavick, L.S. et .al

4 - Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M.

که کودک با والدین و خواهران و برادران دارد نیز، تاثیر می‌گذارد. مراقبت‌های اضافی که برخی از کودکان معلول به والدین تحمیل می‌کنند، بر نحوه تعامل والدین تاثیر می‌گذارد. به نحوی که یکایک افراد خانواده دچار بحرانهایی ناشی از وجود فرد معلول می‌شوند (میلانی فر، ۱۳۸۲).

خانواده کودکان کم توان ذهنی با توجه به این که کودکان با سایر کودکان متفاوت است از هنگام تولد و بعد از آن دچار مشکلات بسیار زیادی می‌شوند و آرامش روانی آنها بهم می‌ریزد. حاصل چنین جو خانوادگی بهم خوردن یکپارچگی و سازگاری آن است. با توجه به مسایل یاد شده و جو فرهنگی حاکم بر هر جامعه، تعداد زیادی از والدین از این که فرزندشان را به عنوان فردی استثنایی به شناسند، اکراه، دارند (همان منبع).

حضور کودک کم توان ذهنی با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به ویژه والدین با تجربیات استرس زا همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود نظیر تربیت فرزندان و روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و روابط زناشویی را به نحو مطلوبی داشته باشد (ملک پور و جدیدی زاده، ۱۳۷۷).

فاربِر^۱ (۱۹۷۵) انواع فشارهای مختلفی را که در اثر وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده ایجاد می‌شود، مورد بررسی قرار داده است و اعتقاد دارد که وجود چنین کودکانی اغلب باعث اختلال یا به تعویق افتادن رشد خانواده می‌شود.

تولد یک کودک ناتوان ممکن است بر تعاملات والدین با یکدیگر، با سایر فرزندان و با اطرافیان کودک تاثیر بگذارد. فیش من و ولف^۲ (۱۹۹۱) معتقدند است که کودک مبتلا به عقب ماندگی ذهنی روابط والدینی، زناشویی، خواهر برادری و حتی سیستم‌های بیرون از خانواده (در خانواده گسترده) از جمله دوستان، همسایه، مدارس و مؤسسه‌های امدادی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و متقابلاً موجب فشار بیشتری در درون خانواده می‌شود، قوام و سازگاری درون سیستم را (بخصوص در خانواده‌های هسته‌ای) به خطر می‌اندازد و احتمال بدکاری را بالا می‌برد و موجب تنش و اضطراب در خرده سیستم‌های خانواده می‌گردد و این اثرات منفی متقابلاً کودک معلول ذهنی را نیز در بر خواهد گرفت.

کودکان معلول ذهنی در یادگیری موارد مورد انتظار ضعیف هستند سعی و تلاش والدین برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب این کودکان معمولاً به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، لذا پذیرش و سازگاری این واقعیت برای والدین تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می‌طلبد. این تلاش مضاعف ممکن است به بروز مشکلات زناشویی یا وخیم تر شدن این گونه مسایل بیانجامد (فلوید^۳ و همکاران، ۱۹۹۸).

1 - Farber, A.

2 - Fisman, S. & Wolf, L.

3 - Floyd, F.

داشتن کودک معلول ذهنی می‌تواند مسائل گوناگونی را برای خانواده و والدین به همراه داشته باشد. ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، تحمل صحبت‌های دیگران در ارتباط با کودک معلول و بسیاری از مسائل دیگر می‌تواند از تظاهرات وجود کودک معلول در خانواده باشد. مشاوره هدایت خانواده‌ها می‌تواند، اعضای آن را از ناراحتی و فشار عاطفی، رهایی بخشد که این رهایی به نوبه خود در جو خانواده اثر مثبتی خواهد داشت. زیرا رهایی از فشار عاطفی راه را برای تفکر منطقی در ارتباط با مسائل کودک هموار می‌سازد و اندیشیدن برای بهبود وضع زندگی کودک و برنامه‌ریزی برای تعلیم و تربیت و توانبخشی او در سایه مشاوره والدین امکان‌پذیر می‌گردد (ملک پور، ۱۳۶۶). اما تحقق این مهم در سایه شناخت عملی از موضوع، امکان پیدا می‌کنند.

به نظر راتر، تیلور و هرسو^۱ (۱۹۹۴) تولد کودک معلول ذهنی در خانواده و اجبار در داشتن ارتباط و تماس مستمر با مشکلات مراقبتی این‌گونه افراد، اغلب تجربه استرس‌آور برای مادران و اعضاء خانواده است.

مادران برای، تأمین نیازهای مراقبتی روزانه کودک. تمام وقت و انرژی خود را به آنها اختصاص می‌دهد، در در تأیید این نظرات مک‌هال و هاریس^۲ (۱۹۸۹) گزارش کرده‌اند که مشکلات و دردهای تماس روزانه با کودک معلول و مشکلات مراددهای با او فشار و تنش زیاد، بر روی والدین و عملکرد خانواده وارد می‌کند.

آسیب‌پذیری افراد خانواده به ویژه والدین در برابر فشارها و مسایل مختلف زندگی، محققان و درمانگران خانواده را در سال‌های اخیر به بررسی تاثیر استرس (موروکوف و گیلی لاند^۳، ۱۹۹۳)، و نوع نگرش آنان در فرزند پروری سوق داده است.

برخی از والدین به خاطر فشارها و مشکلاتی که ناشی از حضور کودک معلول ذهنی در خانه، به وجود می‌آید در نگهداری و پرورش کودکان معلول ذهنی خود احساس ناتوانی می‌کنند، بویژه اگر فرزند آنها دارای معلولیت ذهنی شدید و یا چند معلولیتی باشد، این احساس ناتوانی و سردرگمی دوچندان شده، لذا عده‌ای تصمیم می‌گیرند که فرزند معلول ذهنی خود را به مراکز شبانه روزی بسپارند.

1- Rutter, M., Taylor, E., & Herson, L.

2- Mchal, S.M. & Harris, S.L.

3 - Morokoff, P.J. & Gillil, R.

بیان مسئله:

همانطور که گفته شد خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اجزاء و اعضاء آن کل نظام را مختل می کند و چنین وضعیتی به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می نماید. با این نگرش، معلولیت یکی از فرزندان، بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر یکایک اعضاء تاثیر غالباً منفی باقی می گذارد. اما این تاثیرات بر خلاف معلولیتی که عارض شده است اجتناب پذیر هستند و یا لاقبل به میزان زیادی قابل جبران و تخفیف است. لکن جبران و یا کاهش این تاثیرات مستلزم داشتن شناخت علمی از آنهاست (ناصر شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵).

واکنش های والدین نسبت به کودک عقب مانده خود یکسان نیست و غالباً به میزان عقب ماندگی ذهنی، کسب راهنمایی از روان پزشک و روانشناس، وضع اجتماعی و اقتصادی خانواده، شخصیت والدین و عوامل دیگر بستگی دارد. اصولاً شنیدن این خبر که کودک نورسیده یا کودکی که به مدرسه می رود مبتلا به عقب ماندگی ذهنی است و نمی تواند مانند سایر کودکان به طور طبیعی پیشرفت کند، از همان ابتدا واکنشهای مختلفی را در والدین نسبت ایجاد می کند (میلانی فر، ۱۳۸۲).

وجود کودک معلول ذهنی ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد می کند. مادر و پدر از داشتن چنین فرزندی رنج می برند و خود را سرزنش می کنند. اکثریت این گروه والدین به نحوی دچار حالتی چون افسردگی، ناامیدی، آرزوی مرگ فرزند، ترس، ناکامی، حسادت، طرد شدگی، خجالت، اقدام به خودکشی، بیماری های روان تنی، خشم، ندانم کاری، انکار، اضطراب، و... می باشند. اثرات چنین تعارضات و کشمکشهای عاطفی گاه موجب برخوردهای نابخردانه چون تشنجات شدید خانوادگی، فرار، متارکه گردیده و عواقبی را موجب می شوند که بر روی ارگان سازنده ای چون خانواده و سایر افرادی که در آن زیست نموده و رشد می یابند اثرات زیانباری وارد می نماید (همان منبع).

کودک معلول ذهنی، اغلب به مراقبت های خاصی نیاز دارد که ناشی از مواردی از این قبیل است: تأخیر یا عدم کسب عادات و آداب لباس پوشیدن، غذا خوردن، توالیت رفتن و مشکلاتی چون حملات کنترل نشده صرعی، خیس کردن لباس و رختخواب برای مدتی طولانی تر از سنی که از یک کودک عادی انتظار می رود، بنابراین، نظارت خاصی را از سوی والدین طلب می کند. از جهت نیازهای درمانی خاص، کاهش منابع مالی و عاطفی در اثر تلاش مستمر خانواده در دست یافتن به تشخیص و درمان، والدین را سخت درگیر کرده و وقت و انرژی برای پرداختن به دیگر فرزندان و به خودشان به عنوان زن و شوهر باقی نمی گذارد. اشتغال ذهنی اعضاء خانواده به برآورده کردن نیازهای کودک معلول و ترس از این که نتواند به اندازه کافی به دیگر کودکان برسند و بسیاری دیگر مسائل از این قبیل فرآیند فشار زندگی روزانه آنها را تشدید می کند (هاریس^۱، ۱۹۹۶).

^۱ - Harris, S.L.