

دوفصلنامه علمی تخصصی «پژوهشنامه روانشناسی عدالت»

سال اول، شماره یک، بهار و تابستان ۱۳۹۵

مقایسه باور به جهان عادل در والدین کودکان عقب مانده ذهنی و

معلولین جسمی - حرکتی و کودکان عادی

(صفحه ۶۲-۳۱)

دکتر حمیدرضا حاتمی^۱، مریم پناهی^۲، فریده رضایی^۳، علی فتحی^۴، دکتر محمد رضا زربخش^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۰

چکیده

مقدمه و هدف: معلولین جسمی - حرکتی و کودکان آهسته گام، نیز مانند کودکان عادی در هر جامعه ای زندگی کرده و حق حیات و زیست مناسب را دارند. داشتن فرزند یا فرزندی از این دست می تواند سؤالات فراوانی را پیش روی والدین قرار دهد، یکی از این مفاهیم مهم، عادلانه بودن جهان و باور به عدالت موجود در زندگی جاریست؛ به چه گناه کرده و ناکرده ای مستحق زندگی در چنین شرایطی هستند. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه باور به جهان عادل در بین والدین کودکان عادی با والدین کودکان آهسته گام و معلول جسمی - حرکتی بوده. روش پژوهش: علی - مقایسه ای و جامعه آماری والدین کودکان آهسته گام (عقب ماندگی ذهنی)، معلولان جسمی - حرکتی و والدین کودکان عادی شهر تهران. نمونه آماری: شامل ۱۵۰ نفر از

۱. دانشیار و هیئت علمی دانشگاه جامع امام حسین (ع)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

۳. کارشناس ارشد روان شناس بالینی - دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات واحد تهران. (نویسنده مسئول)

psyf.rezaei@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روانسنجی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

۵. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

والدین مناطق دو و پنج مدارس کودکان استثنایی و مدارس عادی همان مناطق و روش نمونه گیری: هدفمند؛ ابزار پژوهش: پرسشنامه باور به جهان عادل (گل پرر و عروزی). یافته‌های پژوهشی: در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای خود: نمره والدین کودکان عادی ($SD=5.32, M=27.98$) از آزمودنی‌های آهسته گام ($SD=4.99, M=24.45$) و آزمودنی‌های معلول جسمی - حرکتی ($SD=6.8, M=21.08$) بالاتر است. نمره والدین آهسته گام نیز از معلولین جسمی حرکتی با تفاوت میانگین $=3,3656$ بیشتر است. در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای دیگران: نمره والدین کودکان عادی ($M=23,98, SD=, 5,39$) از آزمودنی‌های معلول جسمی - حرکتی ($M=20,58, SD=, 5,96$) بالاتر است. در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه عمومی: نمره والدین کودکان عادی ($6,19, SD=, 6,27, M=20,64$) از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($M=16,27$) بالاتر است. نتیجه گیری: باور والدین عادی نسبت به دنیا عادلانه تر قلمداد می‌شود و نیز والدین دارای فرزند معلول جسمی - حرکتی بیشتر از والدین دارای فرزند معلول ذهنی دنیا را ناعادلانه قلمداد می‌کنند، والدین دارای فرزند معلول ذهنی تا حدودی دنیا را برای خود ناعادلانه قلمداد می‌کنند. بنابراین فقط باور والدین نسبت به دنیا و اتفاقات حاصله در مورد فرزندان آنها تحت تأثیر نوع معلولیت قرار می‌گیرد.

واژه‌های کلیدی: باور به جهان عادل، معلولین جسمی - حرکتی، آهسته گامان (معلولین ذهنی)

مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی، از ارکان جامعه و به نوعی کوچک‌ترین سلول اجتماعی می‌باشد که از مناسبات قانونی و شرعی بین زن و شوهر تشکیل می‌گردد و وظیفه والدین مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضای خانواده با هم و کمک به استقلال کودکان می‌باشد (فرهادی، ۱۳۸۴). کودکان معلول ذهنی، جسمی- حرکتی از بطن یک ازدواج و با علل مختلف بوجود می‌آید. مطالعات پیرامون تأثیر ازدواج‌های همخون در تشابه پزشکی فرزندان، قبل از شناخت قوانین مندل^۱ (۱۸۹۶)^۲ آغاز شد و داروین^۳ جزء اولین کسانی بود که اثرات خود باروری گیاهان را بررسی نمود. سپس گرگور مندل متوجه شد که با جفت‌گیری جانداران منسوب به یک گونه، تعداد هموزیگوت‌ها^۴ افزایش می‌یابد (ناسام^۵، ۲۰۰۱). در کشور ما کمتر از ۱ درصد افراد جامعه معلول هستند که ۸۴ درصد از جمعیت معلولین دارای یک نوع معلولیت و ۱۶ درصد دارای دو یا چند نوع معلولیت می‌باشند (زینلی، ۲۰۰۰). براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت بیش از ۹۸ درصد معلولین در کشورهای در حال توسعه به فراموشی سپرده شده‌اند (سلامتی، ۲۰۰۵) و نباید فراموش کرد که افراد ناتوان و معلول نیازمند توجه جامعه می‌باشند (لیتوین^۶، ۲۰۰۳) و درک مشکلات توسط خانواده و ارتباط عاطفی آن‌ها می‌تواند در عملکرد افراد نقش داشته باشد (ترای^۷، ۲۰۱۱). از دیگر سوی هر چه جمعیت مسن تر می‌شود، تعداد و درصد افراد معلول و ناتوان افزایش می‌یابد (عزایزا^۸، ۲۰۰۳)؛ جامعه ما تعریف و شناخت درستی از معلول ندارد و یک انسان معلول از کودکی با برخوردهای غلطی که ناشی از درک ناقص جامعه است، مواجه می‌شود. بنابراین، معلول خود را محکوم

1. D.I.Mendeleev

۲. قوانین مندل یا قوانین وراثت نظریه‌هایی ژنتیکی هستند که طبق آن‌ها می‌توان نتایج حاصل از آمیزش‌های تجربی جانداران را پیشگویی کرد. این قوانین که پایه علم ژنتیک کلاسیک را تشکیل می‌دهند توسط گرگور مندل کشف شدند.

3. Darwin

4. Homozygous

5. Nussam

6. Litwin H

7. Tyrie LS, Mosenthal AC

8. Azaiza F

به ناتوانی و گاهی نیازمند ترحم می‌بیند (افروز، ۱۹۹۱؛ به نقل از قاسمی برقی، ۱۳۹۱: ۷۲).

اصطلاح کودک استثنایی^۱ هم کودکانی که اختلالات رشدی دارند و هم کودکانی را که توانایی‌های بالا دارند را در بر می‌گیرد. کودک استثنایی کودکی است که از کودکان عادی یا متوسط، از چند لحاظ تفاوت دارد: توانایی‌های ذهنی^۲، توانایی‌های حسی^۳، توانایی‌های ارتباطی^۴، رشد رفتاری و هیجانی^۵ و ویژگی‌های جسمی^۶. در تعریفی جدید از **DSM-V**^۷ معلولیت را به ناتوانی در انجام دادن تمام یا قسمتی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی یا اجتماعی فرد نسبت داده‌اند. علت معلولیت را معمولاً یک نقص مادرزادی یا اکتسابی در قوای جسمی و یا روانی می‌دانند (گارگیولو^۸، لین، ۲۰۱۰؛ به نقل از گنجی، ۱۳۹۲: ۲). برآوردها نشان می‌دهد نزدیک به ۷۸۰ میلیون کودک که در سنین بین تولد تا پنج سالگی قرار دارند، ممکن است به مشکلات ذهنی گرفتار شوند. این مشکلات از طیف خفیف تا شدید کم توانی ذهنی را شامل می‌شود (النس، ۲۰۰۳). گرچه عوامل محیطی متعددی برای ناهنجاری‌های ذهنی ذکر شده است ولی باید اذعان داشت که اکثر این عوامل، با علل زیستی در تعامل هستند (مسال، بئر، لاگاس، ترمونت و لستر^۹، ۱۹۹۸؛ فوجیورا و یاماکی^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ پارک، ترنبال و ترنبال^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ گورالنیک^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ به نقل از راغب، ۱۳۹۱: ۵۶). ناهنجاری‌های مادرزادی علت عمده مرگ و میر نوزادان قبل و بعد از تولد، هم

-
1. Exceptional child
 2. Mental abilities
 3. Sensory abilities
 4. Communication abilities
 5. Emotional and behavioral development
 6. Physical Characteristics
 7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
 8. Richard M. Gargiulo, Jennifer Lynn Kilgo
 9. Msall M. E., Bier J., LaGasse L., Tremont M., Lester B
 10. Fujiura G. T. & Yamaki K
 11. Park J., Turnbull A. P. & Turnbull H. R
 12. Guralnick, M. J

در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (برمن^۱، ۲۰۰۹؛ گلدنبرگ^۲، ۱۹۸۳؛ حفیظی، ۱۰: ۱۳۹۱-۱۵). با توجه به تعریف کودکان مبتلا به معلولیت یا نقص‌های مختلف بر اساس **DSM-V** می‌توان به: اوتیسم^۳، نقص ارتباطی^۴، تأخیر رشدی^۵، نقص هیجانی^۶، نقص سلامت^۷، نقص ذهنی^۸، نقص نورولوژیک^۹، نقص فیزیکی^{۱۰}، نقص حسی و ناتوانی یادگیری خاص^{۱۱} اشاره کرد (انجمن روانشناسی آمریکا^{۱۲}، ۲۰۱۳؛ به نقل از گنجی: ۹). در **DSM-IV** از اصطلاح عقب ماندگی ذهنی^{۱۳} استفاده می‌شد، اما **DSM-V** اصطلاح معلولیت ذهنی^{۱۴} (اختلال رشد ذهنی یا اختلال ذهنی رشدی) را به کار می‌برند. در **DSM-IV** اولین معیار اصلی و تشخیصی این ناتوانی، عملکرد هوشی بسیار کمتر از متوسط بود که با ضریب هوشی کمتر از ۷۰ نشان داده می‌شد (دو انحراف استاندارد کمتر از هنجار)؛ اما در **DSM-V** معیار ضریب هوشی یا **IQ** حذف شده است. حذف معیار **IQ** باعث می‌شود تا کانون توجه بیشتر روی سطح عملکرد سازگارانه فرد متمرکز شود و اصطلاح رشدی^{۱۵} در اختلال ذهنی رشدی نیز معنای خاصی دارد (رشدی یعنی در طول رشد یا مرتبط با رشد، اختلال ذهنی رشدی یعنی یک اختلال ذهنی که با مرحله رشد فرد مطابقت ندارد) (گنجی، ۱۳۹۲: ۸۴). از دیگر سوی بر اساس تعریف

-
1. Behrman RE
 2. Goldenberg RL
 3. Autism
 4. Communication impairment
 5. Developmental delay
 6. Emotional impairment
 7. Health impairment
 8. Mental impairment
 9. Neurologic deficit
 10. Physical impairment
 11. Sensory impairment and specific learning disabilities
 12. American Psychiatric Association
 13. Mental retardation
 14. Mental disability (Intellectual Developmental Disorder)
 15. Developmental

"انجمن ناتوانایی‌های ذهنی و رشدی امریکا"^۱ (۲۰۰۷) کم توانی ذهنی ناتوانی است که با محدودیت‌های معناداری در عملکرد ذهنی و رفتار سازشی و همچنین در مهارت‌های سازشی اجتماعی، ادراکی و عملی همراه است؛ بر اساس نظام عملیاتی پیازه، کم توان ذهنی، به صورت تعریف ظرفیت عملیاتی کودک در یکی از درجات قبل از فکر صوری^۲ با دو خصیصه تثبیت^۳ و چسبندگی^۴ تعریف می‌شود (سیف نراقی، ۱۳۹۱؛ لطفی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۰). یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضاء کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم توان ذهنی^۵، نابینا^۶، یا ناشنوا^۷ باشد، عقب ماندگی ذهنی در ۳-۲ درصد کل یک جامعه دیده می‌شود و یکی از مشکلات بزرگ برای هر خانواده و جامعه ای به حساب می‌آید (استندهوپ^۸، ۲۰۰۰) و کم توانی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید (میکائیلی منیع، ۱۳۸۸: ۸۸)؛ به طور کلی کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر به گروهی از کودکان اطلاق می‌شود که دارای بهره هوشی ۵۰ تا ۷۵ درصد هستند و از نظر سنی در محدوده ۶-۱۲ سال قرار دارند (به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۵-۲۴). جمعیت جهان در سال (۲۰۱۳) میلادی بالغ بر هفت میلیارد و صد و سی و هفت میلیون نفر بوده است (دفتر مرجع جمعیت در امریکا، ۲۰۱۳)؛ به نقل از پایگاه خبری تحلیلی کارگر نیوز^۹، (۱۳۹۲)؛ از این تعداد حدود ۶۰۰ میلیون معلول سرشماری شده‌اند، ۱۵۰ میلیون نفر کودک بوده که ۱۱۰ هزار نفر فقط در ایران زندگی می‌کنند (عبدالهیان، ۱۳۹۱)؛ بر اساس آخرین سرشماری جمعیت ایران حدود ۷۵ میلیون و ۱۴۹ هزار و ۶۶۹ نفر اعلام شد (سازمان آمار ایران، ۱۳۹۱)، از یک تا شش درصد

-
1. AAIDD
 2. Mind formal
 3. Fixation
 4. Viscosity
 5. Mental Retarded
 6. Blindness
 7. Deafness
 8. Stand hope
 9. www.kargarnews.ir

دانش آموزان استثنایی کشور تنها ۶۸ صدم درصد زیر پوشش تحصیلی بوده و نزدیک به ۸۰ هزار کودک استثنایی محروم از تحصیل داریم، بدین معنی که تنها ۶۹ هزار و ۹۲۶ نفر از کودکان هم اکنون در مراکز آموزشی مربوطه آموزش می‌بینند (فرهود، ۱۳۹۱؛ به نقل از مهرآفرین^۱، ۱۳۹۲). مشاهده می‌شود که عوامل متعددی در بروز این ناهنجاری‌ها دخیل هستند که ۴۰ درصد آن‌ها علل اپیدمیوپاتیک می‌باشند اما تاکید بر این است که اغلب این ناهنجاری‌ها در ازدواج‌های فامیلی رایج است (اسیندی^۲، ۱۹۹۷). کودک عقب مانده ذهنی، به عنوان یک فشار خرد کننده روی والدین به حساب می‌آید. در حقیقت تولد یک کودک عقب مانده ذهنی نمایشگر مرگ ایده‌های والدین از آنچه کودک آن‌ها باید می‌بود و یک واقعیتی که زندگی آن‌ها به آن آزادی که آن‌ها تصور می‌کردند نیست، می‌باشد (مارگاتی^۳، ۱۹۹۳). اثرات کودکان عقب مانده ذهنی در خانواده می‌تواند بی شمار باشد، مسئولیت‌های مالی، اختلال در زندگی زناشویی، ایزوله اجتماعی و کاهش زمانی که والدین می‌توانند با کودکان سالم خود باشند به عنوان عوامل تنش‌زا در این خانواده‌ها شناخته می‌شود (کلاب^۴، ۱۹۹۱؛ محمدی و دادخواه، ۱۳۸۱: ۲۰۱). با توجه به مشکلات عدیده ای که در این مسیر ناهموار فراروی این خانواده‌هاست منابع تعریف شده ای نیز می‌تواند به یاری آنان بشتابد، از جمله دلبستگی به خدا (کیرک پاتریک^۵، ۲۰۰۵؛ میکولنسر، شور، هورش^۶، ۲۰۰۷)؛ تاب آوری^۷ (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۲۰۰۷؛ دمتری و همکاران^۸، ۲۰۰۷: ۲)؛ دلبستگی های دینی و اعتقادی (کیرک پاتریک، ۲۰۰۵: ۳)؛ دلبستگی به خدا و تاب آوری (دمتری، داویدو و استوارت، ۲۰۰۷؛ مک دونالد و همکاران^۹، ۲۰۱۰: ۴)؛ تاب آوری و بالابردن مقاومت در قبال مشکلات (کونور و رانک^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ آگایی و ویلسون^۱، ۲۰۰۵: ۴؛ به نقل از خدابخش احمدی، شیخ و

-
1. www.mehrafarinorg.com
 2. Asindi AA
 3. Murgatty S
 4. Clubb RL
 5. Kirkpatrick, L. A
 6. Mikulincer M, Shaver PR, Horesh N
 7. Resilience
 8. Dmitry M
 9. McDonald, A
 10. Connor, K.M., & Zhang, W

سرابندی، ۱۳۹۱). از دیگر سوی متغیر دیگر مورد بحث در موضوع حاضر؛ باور به جهان عادل است، واژه "**Belief**" در فارسی به باور، عقیده، ایمان و اعتقاد ترجمه شده است (آریان پور، ۱۳۸۵). این واژه از اصطلاحات مربوط به حوزه روانشناسی اجتماعی است که مباحث مربوط به پدیده روانی را از این حیث که دارای رفتارسازی اجتماعی است مطالعه می‌کند (همدانی، ۱۳۸۹؛ سجادیان و گل پرور، ۱۳۹۰: ۴۲-۳۳). نظریه باور به جهان عادل^۲ است که توسط روانشناس اجتماعی، ملوین لرنر^۳ (۱۹۶۵) برای اولین بار مطرح گردید؛ این مفهوم از همان آغاز دارای این درون مایه بود که جهان به شکلی کاملاً عادلانه، امور خوب و مطلوب را برای انسان‌های خوب و امور بد و نامطلوب برای انسان‌های بد پیش می‌آورد (رایین و پیلاو^۴، ۱۹۷۵-۱۹۷۳؛ به نقل از گل پرور، ۱۳۸۹: ۷)؛ این نظریه اشاره دارد به اینکه افراد ذاتاً تمایل دارند باور کنند در جهانی عادل زندگی می‌کنند که در آن هر کس چیزی را به دست می‌آورد که سزاوار آن است (لرنر، ۱۹۸۰؛ بونک^۵ و ون وگت^۶، ۲۰۰۸، به نقل از گل پرور، کامکار و جوادی، ۱۳۸۹: ۴۱). باورهای دنیای عادلانه مجموع باورهای کلی افراد در باب عادلانه بودن شرایط دنیا برای زندگی است؛ همان گونه که لرنر پیشنهاد داده (۱۹۸۰)، ادراک و تصور فرد از دیگران نیز جزیی جدایی ناپذیر از باورهای دنیای عادلانه است. بر همین اساس نیز منطقی به نظر می‌رسد که فرض نماییم افرادی که باورهای نیرومندی نسبت به دنیای عادلانه دارند، ادراکات مثبت بیشتری نیز نسبت به دیگران به طور کلی داشته باشند و در عوض افرادی که دارای باورهای ضعیفی نسبت به دنیای عادلانه هستند ممکن است تا اندازه ای نسبت به طبیعت بشر بدگمان باشند و یا حتی دست به بی‌هنجاری‌های اجتماعی بزنند (لرنر، ۱۹۸۰؛ به نقل از گل پرور، جوادی، ۱۳۸۵: ۱۱۰). این باورها در بسیاری شرایط می‌توانند ماهیت هدایت کننده داشته و به این ترتیب انسان‌ها را از بعد رفتاری و روانی تحت تأثیر قرار دهند. شناخت‌ها و باورها در باب انسان‌ها و همچنین نسبت به دنیا هر دو ابعادی از

-
1. Agaibi, C.E., Wilson, J.P
 2. Belief in a Just World
 3. Melvin Lerner
 4. Rubin & Peplau
 5. Buunk, P.A.
 6. Van Vugt, M.

مفروضات بنیادی زندگی هر فرد هستند (جانوف^۱ - بولمن^۲، ۱۹۹۲). در مرکز نظام‌های باورهای فردی مفروضات بنیادی افراد در باب انسان‌ها و دنیا تفسیر افراد را از حوادث و وقایع مورد پالایش قرار می‌دهد. یکی از مجموعه باورهای بسیار مهم در این راستا باور به دنیای عادلانه است (لرنر^۳، ۱۹۸۰)؛ بین آن چه افراد انجام می‌دهند و آن چه برای آن‌ها اتفاق می‌افتد تناسبی بنیادین وجود دارد. چنین باورهایی افراد را قادر می‌سازد تا با محیط فیزیکی و اجتماعی خود به گونه‌ای که گویی همواره دارای نظم و ثبات است رفتار نمایند (لرنر - میلر^۴، ۱۹۷۸؛ به نقل از گل پرور و جوادی، ۱۳۸۹: ۱۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که: عاطفه مثبت (تیلور، برون^۵، ۱۹۸۸) خوش بینی (لیترل، بک، ۱۹۹۹)، مقابله مؤثر با استرس (لیترل، بک^۶، ۱۹۹۹)، خواب بهتر (تومکا^۷ و بلاسکوویچ^۸، ۱۹۹۴) سطوح پایین تر افسردگی (جنسن^۹، دهلین^{۱۰}، هاگبرگ^{۱۱}، ساموئل سون^{۱۲}، سن سون^{۱۳}، ۱۹۹۸) و تنهایی و دلتنگی پایین تر (جونس^{۱۴}، فریمن^{۱۵}، گوسویک^{۱۶}؛ ۱۹۸۱) با باور به دنیای عادلانه ارتباط دارند. در مواقعی که امکان‌پذیر است افراد بی‌عدالتی به وقوع پیوسته برای افراد قربانی را از طریق یاری رسانی فعال به آن‌ها رفع می‌نمایند (زاکرمین^{۱۷}، ۱۹۷۵)؛ اما در مواقعی که یاری رسانی فعال مقدور نیست افراد ممکن است استراتژی‌های شناختی دیگری نظیر سرزنش یا بی‌ارزش‌سازی قربانیان برای کاهش رنج ناشی از بی‌عدالتی آشکاری که شاهد آن هستند را در پیش بگیرند (لرنر، میلر^{۱۸}؛ ۱۹۷۸؛ گل پرور، ۱۳۸۹: ۳۵). از دیگر

-
1. Janoff
 2. Bulman R
 3. Lerner MJ
 4. Miller D
 5. Taylor SE, Brown JD
 6. Littrell J, Beck
 7. Tomaka J,
 8. Blascovitch J
 9. Jensen E,
 10. Dehlin B
 11. Hagberg B
 12. Samuelsson G
 13. Suensson T
 14. Jones WH,
 15. Freeman JE,
 16. Goswick RA
 17. Zukerman, M
 18. Lerner M, Miller

سوی داشتن فرزند یا فرزندانی معلول می‌تواند باورها و اعتقادهای خانواده را نیز به چالش بکشد. برای افرادی که خارج از این حیطه و این بستر هستند شاید به زیر سؤال بردن باورهای اعتقادی، عدالت خداوندی در شرایط سخت نیز حکم موضوعی تابو یا نسبت به بافت فرهنگی و اجتماعی کفران نیز داشته باشد، لیکن تا از نزدیک چنین موضوعاتی را لمس نکرده و با آن زندگی نکرده باشیم قضاوت کردن در مورد خوب یا بد بودن، زیر سؤال بردن باورها کاری بس بیهوده و حاکی از عدم همدلی و هم‌حسی در این حیطه است؛ لذا پژوهش حاضر با به چالش کشیدن باور به عادلانه بودن آنچه که در زندگی مادی کسب، آن چیزی که استحقاقش را داریم یا عدالت جهانی که در آن زندگی می‌کنیم؛ در بین والدین کودکان عادی با کودکان معلول ذهنی و معلول جسمی - حرکتی و تفاوت موجود بین آن‌ها؛ به مقایسه می‌نشیند.

روش پژوهش: داشتن فرزند معلول مستلزم هزینه‌های عاطفی، شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی است که می‌تواند آثار مخربی را بر پیکره والدین و خانواده کودک معلول و اجتماع وارد کند. هدف: بررسی تفاوت موجود بین باور والدین کودکان عادی، معلول جسمی - حرکتی و معلول ذهنی به عادلانه بودن جهان. فرضیه: بین والدین کودکان (عادی، معلول جسمی - حرکتی و معلول ذهنی) و باور به جهان عادل (باورهای دنیای عادلانه برای خود، برای دیگران و باورهای دنیای ناعادلانه) تفاوت معنی داری وجود دارد. روش: پژوهش علی - مقایسه ای بوده و جامعه آماری کلیه والدین کودکان مبتلا به معلولیت ذهنی و کودکان معلول جسمی - حرکتی در مراکز توانبخشی مناطق دو و پنج آموزش و پرورش شهر تهران؛ در مقایسه با والدین کودکان بهنجار در مدارس عادی، سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند با نمونه گیری هدفمند صورت پذیرفت. بدین منظور با مراجعه به آموزش و پرورش مرکزی و تهیه لیست مدارس منطقه دو و پنج، مدارس می‌توان به آن‌ها مراجعه کرد را انتخاب و با تهیه و آماده سازی ۳۰۰ پرسشنامه (با سوخت ۱۵۰ پرسشنامه) به اجرا درآمد. ابزار مورد پژوهش: پرسشنامه باور به دنیای عادلانه رابین و پپلاو^۱ - فرنهام^۲ (۲۰۰۳)، با ۲۰ ماده و چهار مقیاس که گل‌پرور و عریضی (۱۳۸۵) آن را آماده

1. Rubin & Peplau
2. Furnham

ترجمه و اعتبار یابی شده با استفاده از تحلیل عاملی سلسله مراتبی اکتشافی و در پایان به همان ترکیبی دست یافتند که پژوهشگران خارجی با نمونه‌های غیرایرانی بدست آورده بودند. مقیاس پاسخ‌گویی، بصورت پنج و هفت درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) و برای مقیاس پنج درجه‌ای کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) است. - خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران^۱: هشت ماده، ساتون و داگلاس^۲ (۲۰۰۵) بوده، روایی پرسشنامه بصورت همزمان با باورهای دنیای عادلانه عمومی و پرسشنامه عدالت اجتماعی بررسی و گزارش شده. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی بررسی و تک عاملی بودن آن تأیید شده. پایایی باز آزمایی، آلفای کرونباخ و ضرایب تنصیف در تحقیقات دیگری از جمله گل پرور، کامکار و جوادی (۱۳۸۵) و گل پرور و جوادی (۱۳۸۶)، بررسی و در حد قابل قبول و مطلوبی ۹۰-۸۵ درصد گزارش شده. روایی و پایایی؛ در حد جامعی بررسی و نتایج مطلوبی داشت. - خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه عمومی: هفت ماده، باورهای دنیای عادلانه را به صورت کلی مورد سنجش قرار می‌دهد. ساخت و طراحی آن توسط دالبرت (۱۹۹۹-۲۰۰۱) و آلفای کرونباخ آن را ۸۸ درصد و تک عاملی بودن آن نیز از طریق تحلیل عاملی تأیید شده؛ گل پرور، عریضی و سجادیان (۱۳۸۵)، شواهد روایی و پایایی این پرسشنامه را در حد وسیعی گزارش و پایایی آن را قابل قبول و مطلوب در حدود ۹۰ درصد گزارش نموده‌اند. خرده مقیاس باورهای دنیای نا عادلانه: چهار ماده (دالبرت و همکاران، ۲۰۰۱) و برای اعتبار یابی، آلفای کرونباخ آن را ۰,۶۶ تا ۰,۶۷ درصد و شاخص همسانی ۰,۳۳ تا ۰,۳۴ درصد را گزارش نموده‌اند. مقیاس باورهای کلی معطوف به بی عدالتی در دنیا و شرایط زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. گل پرور و سجادیان (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ آن را ۰,۵۳۱، ضرایب اسپیرمن - براون آن را ۰,۵۶۴ و ضریب گاتمن آن را ۰,۵۶۴ و ضریب باز آزمایی آن را با (فاصله دوماهه) ۰,۷۴ درصد گزارش نموده‌اند (گل پرور و عریضی، ۱۳۸۹).

1. Just world beliefs

2. Sutton RM, Douglas KM

یافته‌ها: به دنبال مرحله توزیع و گرد آوری داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه تحقیقاتی، استخراج، کدگذاری و طبقه‌بندی آن‌ها از طریق نرم افزار **SPSS18** خروجی‌های زیر به دست آمد.

الف) تحلیل توصیفی داده‌ها: در این بخش به توصیف داده‌ها از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی پرداخته شده است.

جدول شماره (۱) جدول توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب تحصیلات

معلول ذهنی		معلول جسمی - حرکتی		عادی		وضعیت
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۳۴	۶۹,۴	۲۷	۵۶,۲	۱۵	۳۱,۲	زیر دیپلم و دیپلم
۲	۴,۱	۸	۱۶,۷	۹	۱۸,۸	فوق دیپلم
۱۳	۲۶,۵	۱۳	۲۷,۱	۱۵	۳۱,۲	لیسانس
-	-	-	-	۹	۱۸,۸	فوق لیسانس و بالاتر

در جدول شماره (۱) می‌بینیم که از لحاظ تحصیلی والدین کودکان عادی (زیر دیپلم و دیپلم با فراوانی ۱۵، فوق دیپلم با فراوانی ۹، لیسانس با فراوانی ۱۵ و فوق لیسانس و بالاتر با فراوانی ۹ از لحاظ سطح تحصیلی بالاتر از والدین کودکان با معلولیت جسمی حرکتی و معلولیت ذهنی بوده‌اند).

جدول شماره (۲) جدول توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب شغل

معلول ذهنی		معلول جسمی - حرکتی		عادی		وضعیت
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۳۲	۶۵,۳	۴۷	۹۷,۹	۱۲	۲۵	خانه دار
۱۱	۲۲,۴	۱	۲,۱	۲۲	۴۵,۸	کارمند
۶	۱۲,۲	-	-	۱۱	۲۲,۹	آزاد
-	-	-	-	۳	۶,۲	از دست رفته

در جدول شماره (۲) می‌بینیم که بیشتر والدین دارای فرزند عادی (۴۵,۸٪) کارمند هستند در صورتی که فقط (۲,۱٪) از آزمودنی‌های دارای فرزند با معلولیت جسمی - حرکتی و (۲۲,۴٪) با معلولیت ذهنی کارمند می‌باشند و همان طور که مشاهده می‌شود بیشتر والدین دارای فرزند با معلولیت جسمی - حرکتی (۹۷,۹٪) و والدین دارای فرزند با معلولیت ذهنی (۶۵,۳٪) خانه دار می‌باشند.

جدول شماره (۳) میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های آزمون باور به دنیای عادل

معلول ذهنی		معلول جسمی - حرکتی		عادی		
SD	M	SD	M	SD	M	
4.99	24.45	6.8	21.08	5.32	27.98	باورهای دنیای عادلانه برای خود
5.32	21.88	5.96	20.58	5.39	23.98	باورهای دنیای عادلانه برای دیگران
4.9	18.31	6.27	16.27	6.19	20.64	باورهای دنیای عادلانه عمومی
3.82	12.1	3.94	14.39	3.4	12.02	باورهای دنیای ناعادلانه

از اینرو با توجه به اطلاعات مندرج در جدول شماره (۳) به بررسی میانگین و انحراف استاندارد سه گروه آزمایشی در ۴ خرده مقیاس باور به جهان عادل پرداخته شده است تا میزان تفاوت‌ها به دقت مشخص گردد.

جدول شماره (۴) آزمون‌های M باکس و اثر پیلایی

مجدوراتای پاره ای	Sig	df ₂	df ₁	F	ارزش ویژه	
-	۰.۲۹	۷,۲۳۲	۲۰	۱,۶۸۱	-	آزمون‌های M باکس
۰.۱۲۵	۰.۰۰۰۱	۲۸۰	۸	۴.۹۸۹	۰.۲۴۹	آزمون اثر پیلایی

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول شماره (۴) آزمون M باکس با $\text{sig} < ۰.۰۵$ از نظر آماری معنادار است بنابراین ماتریس واریانس - کوواریانس ناهمگن است و برای ارزیابی اثر چند متغیری استفاده از آزمون اثر پیلایی $F(8/280) = ۴,۹۸۹$ و مجدوراتای پاره ای = ۰,۱۲۵ ضرورت می‌یابد.

جدول شماره (۵) آزمون اثرهای بین گروهی

مجدور اتای پاره‌ای	sig	F	Df خطا	Df	میانگین مربعات	
0.195	0.0001	17.233	142	2	570.74	باورهای دنیای عادلانه برای خود
0.06	0.012	4.558	142	2	141.02 4	باورهای دنیای عادلانه برای دیگران
0.087	0.002	6.802	142	2	230.06 3	باورهای دنیای عادلانه عمومی
0.081	0.002	6.281	142	2	87.54	باورهای دنیای ناعادلانه

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول شماره (۵)، $F(2,142)$ خرده مقیاس‌های آزمون باور به دنیای عادلانه در تحلیل واریانس تک متغیری برای هر چهار خرده مقیاس ذکر شده در جدول به ترتیب (۱۷,۲۳۳)، (۴,۵۵۸)، (۶,۸۰۲) و (۶,۲۸۱) با $sig < 0.01$ معنادار است بنابراین خرده مقیاس‌های آزمون باور به دنیای عادلانه در سه وضعیت مختلف (عادی، معلول جسمی - حرکتی و معلول ذهنی) در اثر چند متغیری سهم معناداری داشته است.

جدول شماره (۶) آزمون تعقیبی متغیرهای پژوهش

Sig	تفاوت میانگین	وضعیت ب	وضعیت الف	
.000	6.8958*	جسمی - حرکتی	عادی	باورهای دنیای عادلانه برای خود
.008	3.5302*	ذهنی		
.013	-3.3656*	ذهنی	جسمی - حرکتی	
.009	3.3958*	جسمی - حرکتی	عادی	باورهای دنیای عادلانه برای دیگران
.154	2.1016	ذهنی		
.488	-1.2942	ذهنی	جسمی - حرکتی	
.001	4.3750*	جسمی - حرکتی	عادی	باورهای دنیای عادلانه عمومی
.121	2.3397	ذهنی		
.200	-2.0353	ذهنی	جسمی - حرکتی	
.006	-2.3750*	جسمی - حرکتی	عادی	باورهای دنیای ناعادلانه
.994	-.0812	ذهنی		
.008	2.2938*	ذهنی	جسمی - حرکتی	

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول شماره (۶) آزمون تعقیبی نتایج تفاوت موجود در سه گروه آزمودنی بدین گونه بررسی شد: در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای خود: ۱. نمره والدین کودکان عادی ($SD=5.32, M=27.98$) از والدین کودکان معلول ذهنی ($SD=4.99, M=24.45$) و از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($SD=6.8, M=21.08$) بالاتر است. نمره والدین کودکان معلول ذهنی در این خرده مقیاس نیز از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی با تفاوت میانگین $=3,3656$ بیشتر است. ۲. در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای دیگران: نمره والدین کودکان عادی ($M=23.98, SD=5.39$) از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($SD=5.96, M=20.58$) بالاتر است. ولی بین سایر گروه‌ها تفاوتی نیست. ۳. در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه عمومی: نمره والدین کودکان عادی ($SD=6.19, M=20.64$) از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($SD=6.27, M=16.27$) بالاتر است. ولی بین سایر گروه‌ها تفاوتی بدست نیامد. نتیجه گیری: در نتیجه باور والدین کودکان عادی نسبت به دنیا عادلانه تر قلمداد می‌شود و نیز والدین کودکان دارای معلول جسمی - حرکتی نیز بیشتر از

والدین کودکان دارای معلول ذهنی دنیا را ناعادلانه قلمداد می‌کنند، والدین دارای معلول ذهنی تا حدودی دنیا را برای خود ناعادلانه قلمداد می‌کنند.

بحث و نتیجه گیری: در پژوهش حاضر خروجی داده‌ها از نظر جمعیت شناختی نشان داد که: بیشترین میزان تحصیلات در چهار سطح زیر دیپلم و دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر متعلق به والدین کودکان عادی (لیسانس و بالاتر) و از نظر شغلی والدین در سه سطح خانه دار، کارمند و آزاد؛ که بیشترین میزان خانواران متعلق به گروه معلول جسمی - حرکتی، بیشترین میزان کارمند متعلق به گروه والدین کودکان عادی و شغل آزاد نیز متعلق به گروه والدین کودکان عادی بدست آمد. بررسی نرمال بودن داده‌ها بدین صورت بود که، پس از بررسی اندازه‌های از دست رفته و داده‌های پرت پنج نفر از آزمودنی‌ها حذف شدند و برای بررسی نرمال بودن هر یک از متغیرهای مورد پژوهش از کجی و آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. خروجی‌ها نشان داد که اندازه‌های کجی و کشیدگی همگی در دامنه (+۱) و ناچیز می‌باشد و آن هم بیشتر از تخلف احتمالی از نرمال بودن در توزیع متغیرهای وابسته می‌باشد. بررسی‌های صورت گرفته از طریق نمودار **Q-Q** در هر چهار مقیاس بر روی آزمودنی‌ها با وضعیت‌های مختلف، نرمال بودن قابل قبول آن‌ها را نشانه گذاری کرد. فرضیه پژوهش بدین صورت نوشته شد؛ بین باور والدین (عادی، معلول جسمی - حرکتی و معلول ذهنی) به دنیای عادلانه (باورهای دنیای عادلانه برای خود، باورهای دنیای عادلانه برای دیگران، باورهای دنیای عادلانه عمومی و باورهای دنیای ناعادلانه) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی فرضیه مورد نظر از آزمون **MANOVA** یک طرفه بهره گرفته شد. نتایج جدول آزمون‌های **M** باکس، اثر پیلایی و لوین نشان داد که: آزمون **M** باکس با $\text{sig} < 0.05$ از نظر آماری معنادار است بنابراین ماتریس واریانس - کوواریانس ناهمگن است بنابراین از آزمون اثر پیلایی با $F(8/280) = 4,989$ و مجذور اتای پاره ای = 0,125 سود جسته شد. آزمون لوین بررسی شده برای خرده مقیاس‌های باور به دنیای عادلانه فقط در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای خود با $\text{sig} < 0.05$ از مفروضه همگنی تخطی داشته است. با بررسی خروجی جدول اثرهای بین گروهی و متغیرهای مورد پژوهش می‌بینیم که: نمره‌های خرده مقیاس‌های آزمون باور به دنیای عادلانه در تحلیل

واریانس تک متغیری برای هر چهار مقیاس ذکر شده در جدول با $\text{sig} < 0.01$ معنادار است و پیداست که مقیاس‌های آزمون باور به دنیای عادلانه در سه وضعیت مختلف والدین کودکان (عادی، معلول جسمی - حرکتی و معلول ذهنی) در اثر چند متغیری سهم معناداری داشته‌اند. از اینرو به بررسی آزمون تعقیبی جهت تفاوت موجود در سه گروه آزمودنی پرداخته شد. با توجه به خروجی جداول آمار توصیفی خرده مقیاس‌های آزمون باور به دنیای عادلانه، جدول آزمون تعقیبی متغیرهای مورد پژوهش نتایج قابل توجهی به دست آمد بدین قرار که: در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای خود: نمره والدین کودکان عادی ($\text{SD}=5.32, \text{M}=27.98$) از والدین کودکان معلول ذهنی ($\text{SD}=4.99, \text{M}=24.45$) و والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($\text{SD}=6.8, \text{M}=21.08$) بالاتر است. نمره والدین کودکان معلول ذهنی در این مقیاس نیز از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی با تفاوت میانگین = ۳,۳۶۵۶ بیشتر است. در مقیاس باورهای دنیای عادلانه برای دیگران: نمره والدین کودکان عادی ($\text{SD}=5.39, \text{M}=23.98$) از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($\text{SD}=5.96, \text{M}=20.58$) بالاتر است. ولی بین سایر گروه‌ها تفاوتی نیست. در خرده مقیاس باورهای دنیای عادلانه عمومی: نمره والدین کودکان عادی ($\text{SD}=6.19, \text{M}=20.64$) از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($\text{SD}=6.27, \text{M}=16.27$) بالاتر است. ولی بین سایر گروه‌ها تفاوتی نیست. در خرده مقیاس باورهای دنیای ناعادلانه: نمره والدین کودکان عادی ($\text{SD}=3.4, \text{M}=12.2$) از والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی ($\text{SD}=3.94, \text{M}=14.39$) و والدین کودکان معلول ذهنی، پایین تر است. ناهنجاری‌های مادرزادی علت عمده مرگ و میر نوزادان قبل و بعد از تولد، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (گلدنبرگ^۱، هامفری^۲، هال^۳ و وین^۴، ۱۹۸۳؛ برمان^۵ و کیلگمن^۶ و

-
1. Goldenberg RL
 2. Humphrey JL
 3. Hale CB
 4. Wayne JB
 5. Behrman RE
 6. Kilgman RM

جنسون^۱، ۲۰۰۹؛ از دیر باز، سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۱) ۱۰ درصد جمعیت هر جامعه را به عنوان افراد دارای معلولیت ذکر می‌کند. کمیسیون اجتماعی، اقتصادی سازمان ملل در آسیا و اقیانوسیه در سال (۱۹۹۵) به علت تفاوت در تعریف‌ها و روش‌های جمع آوری داده‌ها و پژوهش‌های انجام شده، این میزان را کمتر از ده درصد بیان می‌کند. سازمان ملل متحد در (۱۹۹۰) بین دو تا بیست درصد جمعیت کشورهای مختلف را دچار معلولیت معرفی می‌کند. بنا به مستندات سازمان ملل، در مجموع، در کشورهای کمتر توسعه یافته، افراد ناتوان بیشتری زندگی می‌کنند (کمالی محمد، ۱۳۸۳؛ به نقل از شریفیان، ۱۳۸۵). حدود یک سوم موارد بستری اطفال در بیمارستان‌ها، به دلیل ناهنجاری‌ها و بیماری‌های حاصل از اختلالات ژنتیکی می‌باشد که هزینه‌های هنگفتی برای تشخیص، درمان و بازتوانی این بیماران به دنبال دارد، تحقیقات اپیدمیولوژیک در مورد ناهنجاری‌های مادرزادی در نقاط مختلف جهان، از قبیل اشکالات ژنتیک، اختلالات دوره جنینی، عوامل حین زایمان، بیماری‌های بدو تولد و در بروز معلولیت اعم از معلولیت ذهنی و یا جسمی - حرکتی دخیل بوده و هستند (حفیظی، قدسی و قاسمی، ۱۳۹۱). ۸۰ درصد معلولان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، در حالی که مخارجی که در این کشورها برای آن‌ها صرف می‌شود ۲۰ درصد افراد معلول در کشورهای پیشرفته است. پژوهش‌های متعددی بر روی کودکان عقب مانده ذهنی، معلولیت در کودکی، بزرگسالی، معلولیت‌های ناشی از عوامل محیطی، حادثه، جنگ و جانبازان جنگ تحمیلی، مادرزادی و یا بر روی خانواده‌های کودکان استثنایی با متغیرهایی چند صورت گرفته؛ که به تعدادی از آن‌ها اشاراتی خواهد شد که همسو و همراستا با پژوهش حاضر است مانند: خدابخش احمدی، شیخ و سرابندی (۱۳۹۱)، بررسی نقش دلبستگی به خدا در تاب آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر در میان ۲۹۶ نفر از والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و نتایج حاصل از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون نشان داد که بین دلبستگی ایمن به خدا با تاب آوری و سلامت روان، رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و بین دلبستگی

اجتنابی و اضطرابی به خدا با تاب آوری رابطه منفی و معنی دار و با سلامت روان رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. همچنین نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد، متغیر دلبستگی به خدا در بعد ایمن می‌تواند ۷۰٪ متغیر تاب آوری را تبیین کند. دلبستگی ایمن به خدا با تاب آوری و سلامت روان ارتباط مثبت و معنادار و دلبستگی اجتنابی و اضطرابی به خدا با تاب آوری و سلامت روان ارتباط منفی و معناداری دارد. نباتیان، قمرانی، ذاکریان و مهدی زاده (۱۳۹۱) بررسی رابطه سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند در نمونه آماری ۶۰ نفر (۳۰ جانباز و ۳۰ معلول) بصورت تصادفی در دو گروه و نتایج حاصل از t مستقل نشان داد بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد و نتایج حاصل از رگرسیون نشان داد بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی جانبازان رابطه معناداری وجود دارد یعنی سلامت معنوی می‌تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در جانبازان باشد اما این رابطه در معلولین معنادار نبود. حفیظی، قدسی، قاسمی (۱۳۹۱) ازدواج فامیلی و بروز معلولیت‌های جسمی - حرکتی؛ احمدی، شیخ، سرابندی (۱۳۹۱)، نقش دلبستگی به خدا در تاب آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر، نتیجه نشان داد که بین دلبستگی ایمن به خدا با تاب آوری و سلامت روان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد؛ قاسمی برقی، حسن زاده و همکاران (۱۳۹۰)، به بررسی نظرات معلولین و خانواده‌های آنها در قزوین و کرج و تاکید بر آموزش صحیح برای آگاهی بیشتر از عوارض و نیازهای این گروه پرداختند؛ عباسی، فداکار سوقه و همکاران (۱۳۸۹)، بررسی مشکلات اقتصادی خانواده‌های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان و نتیجه حاکی از این بود که اکثریت واحدها دارای مشکلات اقتصادی و نیاز مبرم خانواده‌ها به حمایت‌های مالی واضح و مبرهن بود؛ شقاقی، کاکاجویباری و سلامی (۱۳۸۹)، تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و نتیجه حکایت از تأثیر مثبت آموزش خانواده در سلامت روانی والدین بصورت مثبت و تأثیر گذار نشانه گذاری شد؛ عباسی، فداکار سوقه، خالق دوست محمدی، صدیقی و عطر کار روشن (۱۳۸۹)، بررسی مشکلات اقتصادی خانواده‌های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان پرداختند و نتایج

نشان داد که خانواده‌های دارای کودک عقب مانده ذهنی برای کاهش مشکلات خود نیاز به حمایت‌های مالی دارند. میشل کلر ویلسون، کترین سیور^۱ (۲۰۱۴)، نگرش نسبت به افراد معلول که توسط تست انجمن ضمنی اندازه گیری می‌شود؛ مینگ هیسیا هو، چی جون یه، تو رونگ چن و همکاران^۲ (۲۰۱۴)، اعتبار همزمان و همگرایی مدل تحرک و طبقه بندی ناتوانی چند بعدی؛ کاشی و شاملی (۲۰۱۳)، آموزش مهارت‌های اجتماعی در عقب مانده‌های ۱۴-۲۴ ساله دختر؛ جولیا وودویتز، توماس مولر، آندریاس ریپا، آرنولد پولاک و همکاران^۳ (۲۰۱۳) سندرم عقب ماندگی ذهنی و علل مادرزادی. کان لیائو^۴، فانگ فو^۵، رولی^۶ و همکاران^۷ (۲۰۱۳)، اساس مولکولی میکروسفالی و عقب ماندگی ذهنی در کودکان را مورد بررسی قرار دادند؛ ماریانا تارسیتانو^۸، کارلو سگلیا^۹، آنتونی نوولی^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی عقب ماندگی ذهنی خفیف و رشد بیش از حد تعمیم یافته در کودکان پرداختند؛ هلا بن خلیفا^{۱۱}، نایلام سویاح^{۱۲}، اینس بن^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی عقب ماندگی ذهنی وابسته به کروموزم جنسی؛ ام نای^{۱۴}، وی مارکو^{۱۵}، آل پریداکا^{۱۶} و پادورا^{۱۷} (۲۰۱۳) به بررسی رویکرد چند رشته‌ای از کودکان مبتلا به فلج مغزی و عقب ماندگی ذهنی پرداختند؛ آلیس بودری^{۱۸}، لابیس^{۱۹}، بندیکت دیمر^۱، سدریک^۲ و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی

-
1. Michelle Clare Wilson, Katrina Scior
 - 2 Ming-Hsia Hu, Chih-Jun Yeh, Tou-Rong Chen, Ching-Yi Wang
 3. Julia Vodopiutz, Heinz Zoller, Aimée L. Fenwick, Richard Arnhold, Max Schmid, Daniela Prayer, Thomas Müller, Andreas Repa, Arnold Pollak et all
 4. Can Liao
 5. Fang Fu
 6. Ru Li
 7. Wen-qing Yang, Hua-yi Liao, Jia-rong Yan, Jian Li, Shi-yuan Li, Xin Yang, Dong-zhi Li
 8. Marina Tarsitano
 9. Carlo Ceglia
 10. Antonio Novelli
 11. Hela Ben Khelifa
 12. Najla Soyah
 13. Inesse Ben
 14. M. Nae
 15. V. Morcov
 16. L. Preduca
 17. Padure
 18. Elise Boudry
 19. Labis

تأخیر گفتار و صرع در کودکان عقب ماندگی ذهنی پرداختند؛ گلووانی وی^۳، کوپا^۴، فابیو گالتوتی^۵، لوسیا زامپینین^۶ و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی عقب ماندگی ذهنی و سطوح پایین سولفات پی بردند؛ وینگ تینگ تو^۷، سوتکین نیرینک^۸ و همکاران (۲۰۱۴) به رابطه استفاده از مواد مخدر و سوء استفاده از افراد با معلولیت ذهنی پی بردند؛ سوزان آل^۹، پاریش^{۱۰}، ساندراماگانا^{۱۱}، جیمز جی و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۳) به بررسی‌های قومی و نژادی در بهداشت و درمان و نابرابری‌ها در مورد کودکان معلول پرداختند و پژوهش‌هایی در باب باورهای دنیای عادلانه نظیر: نگرش‌های تعصب آلود معطوف به دامنه وسیعی از گروه‌های خاص نظیر پناهندگان (مونتادا^{۱۳}، ۱۹۹۸)، افراد مبتلا به ایدز (کانورز^{۱۴}، ۱۹۹۰)، افراد بیکار (ریچل^{۱۵}، چنایدر^{۱۶}، مونتادا^{۱۷}؛ ۱۹۹۸)، افراد پیر و کهنسال (لیپکاس^{۱۸}، سیگلر^{۱۹}؛ ۱۹۹۳) و افراد فقیر (فارنهام^{۲۰}، گانتتر^{۲۱}؛ ۱۹۸۴) را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. چنین منظری بر خلاف دیدگاه تیلر و براون می‌توان باور به دنیای عادلانه (بر مبنای شایستگی و سزاواری) را نوعی توهم منفی^{۲۲} تلقی نمود (جاست^{۲۳}، ۱۹۹۵)، متغیر باور به عادلانه بودن جهان در چیدمان

-
1. Bénédicte Demeer
 2. Cédric Le Caignec
 3. Giovanni V
 4. Coppa
 5. Fabio Galeotti
 6. Lucia Zampini
 7. Wing Ting To
 8. Soetkin Neiryneck at all
 9. Susan L
 10. Parish
 11. Sandra Magaña
 12. Jamie G at all
 13. Montada L
 14. Connors
 15. Reichle B
 16. Schneider A
 17. Montada L
 18. Lipkus IM
 19. Siegler IC
 20. Furnham A
 21. Gunter B
 22. Negative illusion
 23. Jost JT

موضوعی بدین صورت، انجام نشده و این از نکات قوت پژوهش حال حاضر می‌باشد.

نتیجه گیری کلی: در مقیاس باور به دنیای عادلانه برای خود، مشاهده شد که والدین کودکان عادی، با توجه به والدین کودکان معلول ذهنی و جسمی - حرکتی دنیا را برای خود عادلانه تر قلمداد کرده و با توجه به آلام، شرایط سخت اقتصادی، اجتماعی، عاطفی، نگرشی و احساسی که برای دو گروه والدین دیگر پیش آمده زندگی را راحت تر و دغدغه کمتری داشته و به نحوی سپاسگزار شرایط بهینه خویش می‌باشند که می‌تواند بسیار عادی و قابل گمانه زنی باشد؛ والدین دارای کودکان عادی نمرات بالاتری را در تحصیلات تکمیلی، نمرات بالاتری را در شغل آزاد و کارمند دولت بودن به خود اختصاص داده‌اند، دور از ذهن نیست که ادامه تحصیل نیاز به آسودگی، آرامش خیال، منابع اقتصادی دارد که در خانواده‌های دارای کودکان معلول، این منابع درآمدی بیشتر صرف بهداشت و مراقبت از کودکان می‌شود تا گسترش و تکمیل تحصیلات، در شغل نیز نمرات بالا برای خانه دار بودن را والدین کودکان معلول (ذهنی و جسمی - حرکتی) به خود اختصاص داده‌اند و این نیز دور از ذهن نیست که این کودکان نیاز بیشتری به دقت، توجه، نگهداری و مراقبت دارند تا کودکان عادی، پس بنابراین فرصتی برای شاغل بودن والدین بالاخص مادران، خارج از منزل در دست نیست. شرایط برای والدین کودکان با معلولیت جسمی - حرکتی نسبت به معلولین ذهنی، ناعادلانه تر جلوه می‌کند و این گروه از والدین نسبت به نوع، میزان، شدت معلولیت شکوه گوی شرایط سخت و ناعادلانه خویش می‌باشند و انگشت اشاره به سمت نیرو و نیروهای قدرتمند و تأثیر گذار در نظم آسمانی و جهانی دارند. در مقیاس باور به عادلانه بودن دنیا برای دیگران باز هم والدین کودکان عادی نمرات بالاتری را به خود اختصاص دادند، آن‌ها بنا به شرایط بهینه ای که دارند دنیا را برای دیگران عادلانه، درخور و شایسته قلمداد می‌کنند و این نیاز به گفتگوی نزدیک بصورت مصاحبه ساختار یافته و باز پاسخ با این گروه از والدین دارد تا به درستی پی به مکنونات قلبی آنان برده شود. در مقیاس باور به دنیای عادلانه بصورت عمومی نیز والدین کودکان عادی نمرات بالاتری را نسبت به دو گروه دیگر کسب کرده‌اند، همیشه در این امور شرایط مکانی، زمانی، اجتماعی،

اقتصادی، نگرشی و باوری در این امر دخیل بوده و هستند و در مقیاس باور به ناعادلانه بودن دنیا مشاهده شده که نمرات والدین کودکان با معلولیت جسمی- حرکتی و معلول ذهنی، از نمرات والدین کودکان عادی بالاتر است؛ بنابراین این دو گروه دنیا را ناعادلانه مشاهده کرده و باور دارند؛ آنان والدینی هستند که دنیا را نه تنها خاکستری، پر مشقت و اندوه بار می بینند بلکه در کشاکش دهر حتی اگر فارغ از مسائل اقتصادی، اجتماعی، باورهای مذهبی- دینی و یا حتی اگر به این درک و نگرش رسیده باشند که هیچ چیز خارج از نیروی لایزال خداوندی نیست، همین که در مقابل دیدگانشان رنج و سختی که توسط دلبد یا دلبدانشان کشیده می شود را مشاهده می کنند، اندوهی گران را بر کرده های همیشه صبور و مهربان شان احساس خواهند کرد... باشد تا خارج از هر نوع قضاوت و گمانه زنی، برای سپاسگزاری از خداوندی که دانا و قادر مطلق است دست یاری به سمت آفریدگانش دراز کنیم.

منابع فارسی

- احمدی خدابخش؛ شیخ، مهدی؛ سرابندی، حسن (۱۳۹۱). نقش دل‌بستگی به خدا در تاب آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)، تهران، ایران. پژوهش در سلامت روانشناختی. شماره ۶/ دوره ۱/ صص ۹-۱. تهران.
- اعلامیه حقوق کودک. (۱۳۷۰). پیام یونسکو، شماره ۲۵۷۵. سال ۲۳. تهران.
- بابایی اهری، مهدی. (۱۳۷۲). برنامه اقدام جهانی معلولان شهرداری تهران. تهران.
- حفیظی، لیلی؛ قدسی، کاظم؛ قاسمی، مرضیه. (۱۳۹۱). بررسی همراهی ازدواج فامیلی و بروز معلولیت‌های جسمی - حرکتی. مرکز تحقیقات سلامت زنان. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. شماره ۱۵/ صص ۱۰-۱۵. مشهد.
- راغب، حجت اله. (۱۳۹۱). اثر بخشی راهبردهای یادگیری بر کنجکاوی و علاقه در دانش آموزان پیش دبستانی کم توان ذهنی. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی. سال ۱۲/ شماره ۲/ تهران.
- زرین کیهانی دوست، زرین تاج؛ دانشجو، خدیجه؛ حق شناس، زهرا؛ بهره مند، شهلا. (۱۳۸۵). بررسی علل زمینه ای معلولیت ذهنی در کودکان ۱۴-۳ ساله مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب کودکان بیمارستان امام خمینی (ره). نشریه مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره ۲۴/ شماره ۲/ صص ۱۳۷-۱۳۳. تهران.
- سجادیان، ایلناز. گل پرور، محسن. (۱۳۹۰). روابط ساده و چندگانه باورهای دنیای عادلانه و ناعادلانه با وضعیت روانی افراد. نشریه روانشناسی معاصر. دوره ۳/ شماره ۱/ پیاپی ۵/ صص ۴۲-۶۳. دانشگاه اصفهان. اصفهان.
- سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۷۵). اثرات و پیامد بیماری‌ها، سازمان یونسکو، تهران.
- سایت پایگاه خبری کارگر نیوز. (۱۳۹۲). کد خبر: ۳۲۲۳۷. انتشار ۲۷ شهریور ۹۲. تهران. www.kargarnews.ir
- سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله. (۱۳۹۱). روان شناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روش‌های آموزش آن‌ها. چاپ هشتم. انتشارات سمت. تهران.

- شقاقی، فرهاد؛ کاکوجویباری، علی اصغر؛ سلامی، فاطمه (۱۳۸۹). تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. دانشگاه پیام نور تهران. علوم رفتاری. شماره ۲/ دوره ۴/ صص ۵۷-۶۹. تهران.
- عباسی، سهیلا؛ فداکار سوقه، کلثوم؛ خالق دوست محمدی، طاهره؛ صدیقی، آسیه؛ عطر کار روشن، زهرا (۱۳۸۹). بررسی مشکلات اقتصادی خانواده‌های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان. زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی. پرستاری و مامایی جامع نگر (دو فصل نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان). شماره ۲۰/ دوره ۶۳/ صص ۳۳-۳۹. گیلان.
- فرهادی علی، (۱۳۸۴)، میزان شادمانی و ارتباط آن با عزت نفس در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال ۷/ شماره ۲۵/ لرستان.
- قاسمی برقی، رضا؛ حسن زاده، غلامرضا؛ جوادی، مریم؛ اسدی، مریم؛ بیات، بهناز؛ ساعی پور، نرگس؛ چوبینه، حمید. (۱۳۹۰). بررسی نظرات معلولین و خانواده آن‌ها در خصوص معلولیت در شهرهای قزوین و کرج. دانشکده دانشگاه علوم پزشکی قزوین. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. شماره ۲/ دوره ۵/ صص ۷۱-۷۷. تهران.
- کیهانی دوست، زرین؛ دانشجو، خدیجه؛ حق شناس، زهرا؛ بهره مند، شهلا (۷۵-۷۹). بررسی علل زمینه ای معلولیت ذهنی در کودکان ۱۴-۳ ساله مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب کودکان بیمارستان امام خمینی (ره) طی سال‌های ۷۹-۷۵. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- کوهسالی، معصومه؛ میرزمانی، سید محمود (۱۳۸۵). نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه در مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی. دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه بقیه آ... دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری. شماره ۱-۲/ دوره ۴/ صص ۵۱-۴۶. تهران.
- کمالی، محمد (۱۳۸۳). توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ص ۸۶ و صص ۱۱۳-۱۳۵. تهران.

- کمالی، محمد؛ ایران، فریبا (۱۳۸۵). مروری بر حقوق کودکان دارای ناتوانی و معلولیت. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ۲ / شماره ۷ / صص ۹۳-۱۱۰. تهران.

- گل پرور، محسن. (۱۳۸۹). ساختار عاملی پرسشنامه باور به دنیای عادلانه رابین و پیلاو «شواهدی از تمایز بین باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه». هنجار یابی. دانشگاه اصفهان. مجله اندیشه و رفتار. دوره ۵ / شماره ۱۸ / صص ۷-۲۰. اصفهان.

- گل پرور، محسن، کامکار، منوچهر، جوادی سارا. (۱۳۸۶). رابطه باورهای دنیای عادلانه برای دیگران و خود با سلامت عمومی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی و افکار خودکار. دانش و پژوهش در روان شناسی. شماره ۳۱ / صص ۳۹-۶۸. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). اصفهان.

- گل پرور، محسن. جوادی، سارا. (۱۳۸۵). الگوی ارتباطی بین باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران با شاخص‌های بهداشت روانی: الگوی معادلات ساختاری. دانشگاه خوراسگان اصفهان. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال ۸ / شماره ۳۱ / صص ۱۰۹-۱۲۲. اصفهان.

- گنجی، مهدی؛ گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). روان شناسی کودکان استثنایی بر اساس **DSM-5**. نشر ساوالان. تهران.

- مسچی، فرحناز. (۱۳۹۱). بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روان با بهزیستی روان شناختی والدین کودکان ۷-۱۲ ساله در شهرستان کرمانشاه. ناحیه سه. پایان نامه کارشناسی ارشد. کرمانشاه.

- لطفی، مریم؛ محمدی، جعفر؛ حمایت طلب، رسول؛ سهرابی، مهدی. (۱۳۹۲). تأثیر تمرین متغیر و ثابت بر عملکرد، یادداری و انتقال مهارت پرتاب دارت کودکان کم توان ذهنی. نشریه علمی - پژوهشی. سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی. سال ۱۳ / شماره ۲ / پیاپی ۴۸. ص ۴۸. تهران.

- محمدی، محمد علی؛ دادخواه، بهروز. (۱۳۸۱). مقایسه مشکلات روانی و اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی تحت پوشش توان بخشی بهزیستی اردبیل. مقاله پژوهشی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان سال اول / جلد ۱ / شماره ۳ / صص ۲۰۶-۲۰۰. رفسنجان.

- مبارکی، آسیه؛ زاده باقری، قادر. (۱۳۸۲). مقایسه دانش و نگرش مادران دارای فرزند معلول ذهنی و بدون فرزند معلول ذهنی در زمینه معلولیت ذهنی در شهر گچساران. ۴: ارمغان دانش. شماره ۸/ دوره ۳۱/ صص ۸۱-۹۰. گچساران.
- میرخانی، مجید. (۱۳۷۸). مبانی توانبخشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.
- میکائیلی منیع فرزانه (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی وعادی تعلیم و تربیت استثنایی. شماره ۹۲/ص ۸۸. تهران.
- نریمانی محمد، آقامحمدیان حمیدرضا، رجبی سوران، مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی کودکان عادی. (۱۳۸۸). فصلنامه اصول بهداشت روانی. شماره ۳۳ و ۳۴/ صص ۱۵-۲۴. تهران.
- هالچین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان. (۱۳۸۶). آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. انتشارات نشر روان. تهران.
- هالاهان. د. کافمن. جمیر. (۱۳۷۲). کودکان استثنایی. ترجمه فرهاد ماهر. انتشارات ارشد. تهران.
- یونیسف. (۱۳۸۱) مقدمه کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹). تهران.

- Asindi AA, Al Hifzi I, Bassuni WA. (1997) Major congenital malformations among Saudi infants admitted to Asir central Hospital. Ann Saudi Med. Mar,17(2):250-3.
- Afroz Gh. (1991).Introduction to psychology and education of exceptional children. Tehran: Tehran University: 15-39 [Book in Persian].
- Azaiza F, Brodsky J. (2003) The aging of Israel's Arab population. Isr Med Assoc J. May; 5(5): 383-6.
- Agaibi C.E., Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience. Areview of the literature. Trauma, Violence, & Abuse,. 6 (3), 195_216.
- Behrman RE, Kilegman RM, Jenson HB. (2009). Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia:WB Saunders.

- Barbotte E, Guillemin F, Neurkassen and Lord handicap Group. (2001). World Health Organization. Bulletin of world Health organization. 79(11): 1047-55.
- Behrman RE, Kilegman RM, Jenson HB. (2009). Nelson textbook of pediatrics. 18 ed. Philadelphia:WB saunders.
- Burce K. Shapiro and Mark L. (2004). Batshaw mental retardation in: Behrman, Kleigman, Jonson. Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Saunders: 138-43.
- Christin G, Lipinski, Jochen W, Neckargemund. (1999). Mental retardation in: Chrososp, Patenlidadis Basilt, Daras. Encyclopedia of pediatric Neurology, therapy and practice. 2nd ed. Germany: The ssaloniki: 875-82.
- Clubb RL, sorrow. (1991). Adaptation patterns of parents with chronically ill children pediat Nur. 17(5): 461-466.
- Can Liao, Fang Fu, Ru Li, Wen-qing Yang, Hua-yi Liao, Jia-rong Yan, Jian Li, Shi-yuan Li, Xin Yang, Dong-zhi Li(2013). Loss-of-function variation in the DPP6 gene is associated with autosomal dominant microcephaly and mental retardation. European Journal of Medical Genetics, Volume 56, Issue 9, September. Pages 484-489.
- Connor K.M., M.D., and Davidson.J.R.T., M.D. (2005). development of a new resiliense scale:the Connor Davidson resiliense scale (CD_RISC) deperession and anxiety18:76-82.
- Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ddition: DSM- 5; American Psychiatric Association(2013).
- Dmitry M. Davydov, Robert Stewart, Karen Ritchie, Isabelle Chaudieu. (2007). Resilience and mental health, Clinical Psychology Review, 46, 359- 371.
- Elise Boudry-Labis, Bénédicte Demeer, Cédric Le Caignec, Bertrand Isidor, Michèle Mathieu-Dramard, Ghislaine Plessis, Alice M. George, Juliet Taylor, Salim Aftimos, Adelheid Wiemer-Kruel, Jürgen Kohlhase, Göran Annerén, Helen Firth, Ingrid Simonic, Joris Vermeesch, Ann-Charlotte Thuresson, Henri Copin, Donald R. Love, Joris Andrieux. (2013). A novel microdeletion syndrome at 9q21-13 characterised by mental retardation, speech delay, epilepsy and characteristic facial features. European Journal of Medical Genetics, Volume 56, Issue 3, March 2013, Pages 163-170.

- Fujiura G. T. & Yamaki K. (2000) Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children*, 66, 187-199.
- Goldenberg RL, Humphrey JL, Hale CB, Wayne JB. (1983) Lethal congenital anomalies as a cause of birth-weight-specific neonatal mortality. *JAMA*. Jul 22-29; 250(4):513-5.
- Giovanni V. Coppa, Fabio Galeotti, Lucia Zampini, Tiziana Galeazzi, Lucia Padella, Lucia Santoro, Francesca Maccari, Orazio Gabrielli, Nicola Volpi. (2013). Mild mental retardation and low levels of urinary heparan sulfate in a patient with the attenuated phenotype of mucopolysaccharidosis type IIIA. *Clinical Biochemistry*, Volume 46, Issues 7–8, May, Pages 688-690.
- Golderberg RL, Humphrey (1983). GL, Wayne JB. Lethal congenital anomalies as a cause of birth – weight- specific neonatal mortality. *JAMA*. Jul 22-29, 250(4):513-5.
- Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(4), 313-324.
- Hela Ben Khelifa, Najla Soyah, Inesse Ben-Abdallah-Bouhjar, Ryma Gritly, Damien Sanlaville, Hatem Elghezal, Ali Saad, Soumaya Mougou-Zerelli (2013). Xp22.3 interstitial deletion: A recognizable chromosomal abnormality encompassing VCX3A and STS genes in a patient with X-linked ichthyosis and mental retardation. *Gene*, Volume 527, Issue 2, 25 September, Pages 578-583.
- Julia Vodopiutz, Heinz Zoller, Aimée L. Fenwick, Richard Arnhold, Max Schmid, Daniela Prayer, Thomas Müller, Andreas Repa, Arnold Pollak, Christoph Aufricht, Andrew O.M. Wilkie, Andreas R. Janecke (2013). Homozygous SALL1 Mutation Causes a Novel Multiple Congenital Anomaly—Mental Retardation Syndrom. *The Journal of Pediatrics*, Volume 162, Issue 3, March. Pages 612-617.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York: Guilford Press.
- Kly K, Kay, Rubo. (1998). *Clinical child psychiatry*. 1st ed. Philadelphia: Saunders: 365-67.

- Litwin H. (2003). The association of disability, socio demographic background and social network type in letter life. *J of Aging Health*. May; 15(2): 391-408.
- Lerner MJ. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum Press, (P.25).
- Msall M. E., Bier J., LaGasse L., Tremont M., Lester B. (1998). The vulnerable preschool child: the impact of biomedical and social risks on neurodevelopmental function. *Seminars in Pediatric Neurology* 5, 52–61.
- Mikulincer M, Shaver PR, Horesh, N. (2007). Attachment bases of emotional regulation and posttraumatic adjustment. Draft (8/4/04) of a chapter for DK. Synder JA. Simpson, J.N. problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217–230.
- M. Nae, V. Morcov, L. Preduca, L. Padure(2013). 2089 – Multidisciplinary approach of children with cerebral palsy and mental retardation in our clinic. *European Psychiatry*, Volume 28, Supplement 1, Page 1.
- Michelle Clare Wilson, Katrina Scior. (2014). Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the Implicit Association Test: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 35, Issue 2, February, Pages 294-321.
- Marina Tarsitano, Carlo Ceglia, Antonio Novelli, Anna Capalbo, Barbara Lombardo, Lucio Pastore, Gennaro Fioretti, Laura Vicari, Maria Antonietta Pisanti, Patrizia Friso, Maria Luigia Cavaliere(2013). Microduplications in 22q11.2 and 8q22.1 associated with mild mental retardation and generalized overgrowth. *Gene*, In Press, Corrected Proof, Available online 4 December 2013.
- Matilainen R, A riaksinen E, Mononon T, Nauniala K. (1995). A population based study on the causes of mild & severe mental retardation. *Acta paediatrica*. 94(3): 261-6.
- Murgatty S, Wolf R. (1993). *Coping with crisis wnderstanding and Helping people in need*. First published, pp"87-88.
- McDonald, A., Beck, R., Allison, S., & Norsworthy, L. (2010). Attachment toGod and parents: Testing the

correspondence vs. compensation hypotheses. *Journal of Psychology and Christianity*, 24(1), 21-28.

-Mirkhani SM. (1999). *Rehbilitation*. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; 90 110[Book in Persian].

-Ming-Hsia Hu, Chih-Jun Yeh, Tou-Rong Chen, Ching-Yi Wang(2014). Concurrent and convergent validity of the mobility- and multidimensional-hierarchical disability categorization models with physical performance in community older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 58, Issue 2, March–April, Pages 257-262.

- Nastaran Dastgahi, Ehteram Kashi, Leila Shameli. (2013). The Efficacy of Social Skill Education in 14-24 Years Old Mild Mental Retarded Aggression Girls. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 84, 9 July, Pages 1571-1574.

- Nussam RL, McInnes RR Williard HF, Thompsin MW. (2001). *Thompson & Tompson genetics in medicine*. 6 ed. Philadelphia: saunders.

- Park J., Turnbull A. P. & Turnbull H. R. (2002) Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Children*, 68, 151–170.

- Salamati P, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M. (2007). Family education: Main strategy for community based rehabilitation. *Rehabilitation*; 7(3): 20-5[Article in Persian].

- Samani S, Jokar B, Sahragard, N. (2007). Resilience, mental health and satisfaction with life, *Iranian clinical psychology and psychiatric quarterly*, 13th year, number 295, 290-3.

- Standhope, M, Lancaster. (2000). *J community Health Nurs*, philadelphia, The CV. Mosby Co., Pp:214-218.

- Susan L. Parish, Sandra Magaña, Jamie G. Swaine, Esther Son. (2013). Chapter Five - Studying Racial and Ethnic Health Care Disparities Among Children with Intellectual and Developmental Disabilities Using the National Survey of Children with Special Health Care Needs. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, Volume 45, Pages 185-224.

- Salehi J. (1994). *Disability, Situation, Strategies and plans*; UN international economic and social group. Tehran: Iranian Welfare Organization Publ: 20-31 [Book in Persian].

- Tyrie LS, Mosenthal AC. (2011). Care of the family in surgical intensive care unit. *Surgical Clinics Of North America*. Apr; 91(2): 333-42.
- Wing Ting To, Soetkin Neiryneck, Wouter Vanderplasschen, Stijn Vanheule, Stijn Vandevælde(2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 35, Issue 1, January, Pages 1-9.
- Zeinali F. (2000). Occupational health problems of women with disabilities [Thesis in Persian]. Iran: Welfare and Rehabilitation University, Faculty of Welfare and Rehabilitation.