

دراسة العلاقة بين الرفاه النفسي وجودة الحياة مع الصحة المعنوية للأمهات ذوات الأطفال المتخلفين عقليا

الناز صفار حميدي^١، سيده بشيركنبدي^٢، سيمين حسينيان^٣

١- قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الزهراء، طهران، إيران.

٢- قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الخقق الأردبيلي، أردبيل، إيران.

٣- قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الزهراء، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة سيده بشيركنبدي؛ البريد الإلكتروني: bashirgonbadi.sepideh@uma.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن الإعاقة العقلية للطفل يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على صحة الأم كونهما مقدمة رعاية رئيسية له. تعتبر الصحة المعنوية من الجوانب الهامة للصحة حيث جذبت في الآونة الأخيرة انتباه الباحثين لها. يطمح البحث الحالي دراسة العلاقة بين الرفاه النفسي ونوعية الحياة مع الصحة المعنوية للأمهات ذوات الأطفال المتخلفين عقليا.

منهجية البحث: لقد اجري البحث بمنهج وصفي مترابط وإجراء البحث تم اختيار ١٥٠ ام ذات طفل معاق عقليا يدرس في مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة رشت عام ٢٠١٨-٢٠١٧ حيث تم اختيارهم بطريقة عينة متاحة. طلب منهم الاجابة على اداة البحث التي تشمل مقياس كارول ريف للرفاه النفسي (PWBS) واستبيان جودة الحياة (SF-36) ومقياس الصحة المعنوية (SWB). تم تحليل البيانات وتجزئتها باستخدام تحليل الانحدار. تمت مراعات جميع الموارد الأخلاقية في هذه المقالة واضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: تشير الكشوفات الى وجود علاقة ايجابية وذات دلالة احصائية بين الرفاه النفسي والصحة المعنوية، كما تبين أنه هناك علاقة ايجابية وذات دلالة احصائية بين جوانب جودة الحياة وبين الصحة المعنوية التي تشتمل على الصحة الجسمية مع الصحة المعنوية ($P < 0.01$ و $r = 0.65$) والصحة نفسية مع الصحة المعنوية ($P < 0.01$ و $r = -0.83$) والعلاقة الاجتماعية مع الصحة المعنوية ($P < 0.01$ و $r = 0.57$) والصحة البيئية مع الصحة المعنوية ($P < 0.01$ و $r = 0.67$). كما اظهرت نتائج تحليل الانحدار أنه من الممكن التنبؤ بالصحة المعنوية لدى الامهات ذوات الاطفال المعاقين عقليا على أساس الرفاه النفسي وجوانب جودة الحياة.

الاستنتاج: تشير النتائج الى وجود ارتباط بين الصحة المعنوية لدى الأفراد وبين الرفاه النفسي وجودة الحياة. ولهذا يمكن رفع مستوى جودة الحياة والرفاه النفسي لدى الامهات ومقدمي الرعاية للاطفال المعوقين عقليا ويتم ذلك عن طريق رفع مستوى الصحة المعنوية من خلال التعاليم والمداخلات المطلوبة.

معلومات المادة

الوصول: ٤ جمادى الثاني ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ١٦ شعبان ١٤٤٠

القبول: ٢٨ شعبان ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ١٨ شوال ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

الأمهات

جودة الحياة

الرفاه النفسي

المعاقون عقلياً

المعنوية

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Safar Hamidi E, Bashirgonbadi S, Hosseini S. Relationship of psychological well-being and quality of life with spiritual health in mothers with mentally disabled children. J Res Relig Health. 2019; 5(2): 37- 49. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.18790>.

بررسی رابطه‌ی بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با سلامت معنوی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

الناز صفار حمیدی^۱ ID، سپیده بشیرگنبدی^{۲*} ID، سیمین حسینیان^۳ ID

- ۱- گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.
 ۲- گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
 ۳- گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.
 *مکاتبات خطاب به خانم سپیده بشیرگنبدی؛ رایانامه: bashirgonbadi.sepideh@uma.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۱ بهمن ۱۳۹۷
 دریافت متن نهایی: ۲ اردیبهشت ۱۳۹۸
 پذیرش: ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۸
 نشر الکترونیکی: ۱ تیر ۱۳۹۸

واژگان کلیدی:

افراد کم‌توان ذهنی
 بهزیستی روان‌شناختی
 کیفیت زندگی
 مادران
 معنویت

چکیده

سابقه و هدف: ناتوانی ذهنی کودک می‌تواند بر سلامت مادر که اصلی‌ترین مراقب وی است، تأثیر منفی داشته باشد. سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است که اخیراً توجه محققان را به خود جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد کیفیت زندگی با سلامت معنوی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شهر رشت صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. برای انجام این پژوهش ۱۵۰ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی که فرزندان‌شان در مدرسه‌ی کم‌توان ذهنی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از توجیه، به ابزارهای پژوهش که شامل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (PWBS)، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36) و مقیاس سلامت معنوی (SWB) بود، پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، بین بهزیستی روان‌شناختی با سلامت معنوی ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت ($r=0/76$ و $P<0/01$) و نیز مشخص شد که بین ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی شامل سلامت جسمانی با سلامت معنوی ($r=0/65$ و $P<0/01$)، سلامت روانی با سلامت معنوی ($r=-0/83$ و $P<0/01$)، روابط اجتماعی با سلامت معنوی ($r=0/57$ و $P<0/01$) و سلامت محیطی با سلامت معنوی ($r=0/67$ و $P<0/01$) رابطه‌ی مثبت معناداری وجود داشت. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان‌دهنده‌ی این بود که سلامت معنوی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد کیفیت زندگی پیش‌بینی شدنی است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که سلامت معنوی افراد با بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در ارتباط است. از این‌رو، با افزایش سطح سلامت معنوی از طریق آموزش‌ها و مداخلات لازم می‌توان کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مادران و مراقبان کودکان کم‌توان ذهنی را افزایش داد.

استناد مقاله به این صورت است:

Safar Hamidi E, Bashirgonbadi S, Hosseinian S. Relationship of psychological well-being and quality of life with spiritual health in mothers with mentally disabled children. *J Res Relig Health*. 2019; 5(2): 37- 49. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.18790>.

مقدمه

است و دیگران نمی‌توانند آن را مشاهده کنند و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (۸). بنابراین، در خانواده‌هایی که برای مراقبت از کودکان کم‌توان ذهنی یا ناتوانی‌های دیگر تلاش می‌کنند، یکی از موضوعات قابل توجه، کیفیت زندگی والدین به‌ویژه مراقب است. در بسیاری از موارد، مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی موجب بهبود کیفیت زندگی او می‌شود، ولی ممکن است کیفیت زندگی دیگر اعضای خانواده به ویژه عضو مراقب را کاهش دهد (۹). همچنین، کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است. میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی در مقایسه با مادران کودکان سالم بیشتر است. میزان آسیب کیفیت زندگی در خانواده‌ی کودکان کم‌توان ذهنی به عوامل محیطی و متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشخصات کودک و والدین و راهبردهای کنار آمدن با مشکل بستگی دارد (۱۰).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر، خودکارآمدی کمتر، اضطراب و احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (۱۱). حضور کودک عقب‌مانده‌ی ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تأثیر؛ و سلامت روانی خانواده به‌ویژه والدین را تحت شعاع قرار می‌دهد. بدین صورت که می‌تواند ضایعات و آثار جبران‌ناپذیری به وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند از جمله: ایجاد تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمیل بار سنگین اقتصادی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، خجالت، خشم و بسیاری از مسائل دیگر (۱۰).

سلامتی همان‌طور که سازمان بهداشت جهانی آن را تعریف کرده است، دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بُعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی از صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بُعد بسیار ضروری است. در سال‌های اخیر شواهد چشمگیری مبنی بر ارتباط بین دین‌داری، معنویت و سلامت روانی وجود داشته است. معنویت معمولاً عاملی حمایتی در برابر دامنه‌ی از پیامدهای منفی برای سلامتی در نظر گرفته می‌شود (۱۲). سلامت معنوی شامل تجربه‌ی معنوی انسان در دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی بر چگونگی درک افراد از سلامت در زندگی معنوی هنگام ارتباط با قدرتی

سلامت روان‌شناختی خانواده که کوچک‌ترین واحد اجتماعی محسوب می‌شود، به سلامت تک‌تک اعضای خانواده وابسته است. والدین که محور خانواده تلقی می‌شوند، کارکردها و مسئولیت‌های مختلف و متنوعی در قبال فرزندان بر عهده دارند و تولد فرزندان سالم (از نظر جسمی و روانی) زمینه‌ی تحقق این مسئولیت را فراهم می‌کند. به طور کلی، تولد فرزند به‌ویژه زمانی که با معلولیت متولد شود، واکنش‌های مختلف والدین را در پی دارد (۱). در این میان، مادران به علت داشتن نقش سنتی «مراقب» مسئولیت بیشتری در قبال فرزند خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. بررسی‌ها نشان داده است که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، مشکلات رفتاری و سطح اضطراب بیشتر (۲)، نیاز به حمایت اجتماعی بیشتر (۳) و میزان کمتری از خودکارآمدی، رضایت زناشویی و عزت نفس دارند و نسبت به پدران دارای نشانه‌های اضطراب بیشتری هستند (۴). همچنین مادران کودکان کم‌توان ناتوانی ذهنی در سن مدرسه با تغییرات و چالش‌های بیشتری مانند تصمیمات مربوط به انتخاب مدرسه، روش آموزش و توان‌بخشی مواجه می‌شوند (۵).

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی؛ و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند بلکه معتقدند داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه‌ی مطلوب با جمع و اجتماع و نیز پیشرفت مثبت، از ویژگی‌های فرد سالم است (۶). می‌توان گفت حفظ این بهزیستی روان‌شناختی در محیطی چالش‌برانگیز و پویا موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی می‌شود. تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ی می‌تواند سلامت روان والدین را به خطر بیندازد و رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً سرخوردگی و احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت (۷).

از آنجایی که، بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ پس کاملاً فردی

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بهزیستی روانی و کیفیت زندگی با سلامت معنوی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در شهر رشت انجام شد. در این پژوهش به دنبال یافتن پاسخی برای این سؤال بودیم که آیا بین بهزیستی روانی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی با سلامت معنوی در مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی ارتباطی وجود دارد؟ امید است یافته‌های حاصل از این مطالعه، پایه‌ی برای مطالعات دیگر باشد.

روش کار

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی این پژوهش را تأیید کرده است.

برای رعایت اصول اخلاقی، پژوهشگران پس از توضیحات لازم درباره‌ی اهداف پژوهش و اطمینان‌بخشی از فاش نشدن نام شرکت‌کنندگان و فرزندان آنان و جلب مشارکت و همکاری ایشان و همچنین با توضیح دادن درباره‌ی هر یک از ابزارها، بدون آنکه پاسخی القا شود، از شرکت‌کنندگان خواستند تا به سؤالات پاسخ دهند.

پژوهش حاضر در زمره‌ی پژوهش‌های توصیفی (همبستگی)، به شمار می‌آید. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر رشت بودند که فرزندان‌شان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در مدرسه‌ی کم‌توان ذهنی این شهر مشغول به تحصیل بودند. از بین آنها بعد از برآورد حجم نمونه با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان و با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۷۰ مادر انتخاب شدند که در نهایت با توجه به افت نمونه ۱۵۰ پرسش‌نامه کامل شد.

معیارهای ورود به این پژوهش برای شرکت‌کنندگان عبارت بود از: مسلمان بودن، برخوردار از توانایی خواندن و نوشتن و تمایل به همکاری. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارت بود از:

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۱ ریف^۲: ریف این پرسش‌نامه‌ی ۸۴ سؤالی را که دربرگیرنده‌ی شش عامل است، طراحی کرده؛ و هر خرده‌مقیاس آن ۱۴ سؤال دارد. گویه‌های

بالتر متمرکز است و منعکس‌کننده‌ی رضایت ناشی از ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است. سلامت وجودی بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی درباره‌ی چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط متمرکز است و ارتباط ما با دیگران، محیط و ارتباط درونی ما و تلاشمان برای درک معنا و هدف در زندگی را مطرح می‌کند. بنابراین، می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن بُعدهای مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت خواند (۱۳).

برخی از مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی دست‌یافتنی نخواهد بود (۱۴). در سال‌های اخیر تحقیقات در گستره‌ی وسیعی متوجه این موضوع شده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی مؤثرند. برخی از محققان نشان داده‌اند که معنویت ارتباط فراوانی با سلامت کلی فرد دارد؛ به‌طوری‌که مذهب و معنویت منابع مهمی برای سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شوند (۱۵). درباره‌ی نقش سلامت معنوی در زندگی افراد می‌توان به مطالعه‌ی بحرینیان و همکاران اشاره کرد که بر اساس نتایج آن سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط مثبتی دارد (۱۶). همچنین پژوهش‌های دیگری نیز در زمینه‌ی سلامت معنوی انجام شده است. برای مثال نتایج تحقیقی نشان می‌دهد که باورهای دینی موجب افزایش قدرت پذیرش، تسلط محیطی، هدفمندی و رابطه با دیگران می‌شود (۶). محققان در مطالعه‌ی دیگری دریافته‌اند که سلامت معنوی با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، امید به زندگی را افزایش می‌دهد و عملکرد اجتماعی او را بهبود می‌بخشد (۱۷). به طور کلی، با توجه به اینکه در حال حاضر اولویت بالایی در جهت آموزش خانواده‌ها برای قبول مسئولیت‌های مراقبتی وجود دارد و این امر موجب افزایش کیفیت زندگی کودکان می‌شود و همچنین با توجه به اینکه برخی از رفتارها همچون اعتقاد و توسل به خداوند (که از مصادیق سلامت معنوی است) در چند مطالعه در کشور ما و دیگر کشورها، مؤثرترین روش مقابله‌ی از نظر مادران فرزند دارای مشکل ذکر شده است (۱۸)؛ بنابراین، به دلیل اهمیت موضوع و کمبود مطالعات مرتبط با مؤلفه‌ها و جمعیت مورد پژوهش و همچنین ارزش و اهمیتی که این مؤلفه‌ها (بهزیستی روانی، کیفیت زندگی و سلامت معنوی) در خانواده و جامعه‌ی اسلامی ما دارد،

^۱ Psychological Well-being Scale (PWBS)

^۲ Ryff

را تأیید کردند. ضریب پایایی گزارش‌شده برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ بود، به غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که از ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه‌ی ایرانی این پرسش‌نامه از روایی و اعتبار بالایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت معمولی برخوردار است (۲۲).

در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی ۰/۷۲، سلامت روانی ۰/۸۳، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۶۴ و نمره‌ی کل کیفیت زندگی ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس سلامت معنوی: پالوتزین و الیسون^۶ این مقیاس را در سال ۱۹۸۲ طراحی کرده‌اند که دارای ۲۰ عبارت است و پاسخ‌های آن به صورت ۶ گزینه‌ی لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) طراحی شده است. این مقیاس به دو زیرمقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل می‌شود و نمره‌ی ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج سلامت وجودی را نشان می‌دهد. سلامت مذهبی، مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود؛ و در بُعد وجودی، تجربیات روان‌شناختی خاصی مدنظر است. نمره‌ی کل، حاصل جمع این دو گروه است که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. در عبارت‌های با فعل مثبت، پاسخ‌های کاملاً مخالفم نمره‌ی ۱ و کاملاً موافقم نمره‌ی ۶؛ و در بقیه‌ی عبارات که با فعل منفی هستند؛ پاسخ‌های کاملاً مخالفم نمره‌ی ۶ و کاملاً موافقم نمره‌ی ۱ می‌گیرند. در مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان به صورت ذیل دسته‌بندی کرد: سلامت معنوی پایین=۴۰-۲۰، متوسط=۹۹-۴۱ و بالا=۱۲۰-۱۰۰. در مطالعات گوناگونی در داخل و خارج از کشور از این پرسش‌نامه استفاده شده و پایایی و روایی آن نیز تأیید شده است؛ برای مثال الیسون و پالوتزین در سال ۱۹۸۲، آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (۲۳).

در پژوهشی که رضایی در تهران انجام داده، روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی پس از ترجمه از طریق اعتبار محتوا تعیین؛ و پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تأیید شده است (۲۴). در پژوهش بالجانی نیز پایایی این پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده

پرسش‌نامه از نوع لیکرت ۶ درجه‌ی (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است. ۴۷ سؤال مستقیم و ۳۷ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. روایی ابزار با همبستگی بین این آزمون با مقیاس تعادل عاطفی برادبورن^۱، رضایت زندگی نیوگارتن^۲ و حرمت خود روزنبرگ^۳ بررسی شد که نتایج همبستگی آزمون ریف برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۹). همچنین آلفای کلی این ابزار بین ۰/۷۷-۰/۹۰ گزارش شده است (۲۰).

کلانترکوشه و ناوربافی در جمعیت ۸۶۰ نفری پرسش‌نامه‌ی روان‌شناختی ریف را هنجاریابی کرده‌اند که آلفای گزارش‌شده برای کل ۰/۹۲ گزارش شده است. یادآوری این نکته لازم است که پرسش‌نامه‌ی ریف در ابتدا به زبان فارسی برگردانده شد و پس از انجام اصلاحات به زبان انگلیسی برای بار دوم ترجمه شد. سپس نسخه‌ی ترجمه‌شده‌ی آن با نسخه‌ی اصلی آن مطابقت داده شد. بر اساس گزارش آنها، پرسش‌نامه‌ی مذکور از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (۲۱). در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی: واروشربون^۴ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا این مقیاس را طراحی کرده است. هدف از طرح این پرسش‌نامه ارزیابی حالت سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. این پرسش‌نامه پرسش‌نامه‌ی معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. در ایران منتظری و همکاران این فرم را با روش ترجمه و ترجمه‌ی مجدد به فارسی برگردانده‌اند و روی ۴۱۶۳ نفر در رده‌ی سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱) که ۵۲ درصد آنان زن بودند، هنجاریابی کرده‌اند. پایین‌ترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بُعد نیز با امتیاز عنوان‌ها در آن بُعد مشخص می‌شود. این پرسش‌نامه دارای چهار مؤلفه است: سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی. برای نخستین بار منتظری و همکاران این پرسش‌نامه را در ایران اجرا و پایایی و روایی آن

^۱ Bradburn's Emotional Balance Scale

^۲ Newgerton Life Satisfaction

^۳ Rosenberg's self-respect

^۴ Quality of Life questionnaire (SF-36)

^۵ Varsharbut

^۶ Spiritual Well Being Scale (SWB)

^۷ Paloutzian & Olison

نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر سلامت معنوی بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد کیفیت زندگی معنادار بود (جدول شماره ۳).

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی (بتا=۰/۰۰۴)، بُعد سلامت جسمانی (بتا=۰/۰۳)، بُعد سلامت روانی (بتا=۰/۰۰۷)، بُعد سلامت اجتماعی (بتا=۰/۰۰۶) و بُعد سلامت محیطی (بتا=۰/۰۰۳) می‌توانند به‌طور معناداری سلامت معنوی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی کنند.

جدول ۱) آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	۶۵/۵۱	۸/۴۵
پذیرش	۲۰/۷۴	۲/۰۶
تسلط محیطی	۱۵/۰۶	۲/۱۹
هدفمندی	۱۹/۵۴	۴/۱۲
استقلال	۱۳/۷	۳/۳۹
روابط با دیگران	۱۵/۲۵	۲/۳۱
رشد شخصی	۲۰/۲۱	۳/۷۹
کیفیت زندگی	۱۴/۵۲	۲/۴۶
سلامت جسمانی	۱۲/۲۴	۲/۱۶
سلامت روانی	۱۳/۳۳	۱/۹۰
روابط اجتماعی	۱۳/۷۷	۲/۸۳
سلامت محیطی	۱۳/۴۶	۲/۵۸
سلامت معنوی	۱۴/۵۴	۲/۷۸
بُعد سلامت مذهبی	۳۷/۳۱	۲/۶۳
بُعد سلامت وجودی	۳۶/۱۰	۳/۴۴

است (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۱ بود. پس از تکمیل ابزارهای پژوهش و جمع‌آوری اطلاعات لازم، تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از آزمون‌های آماری مرتبط صورت گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۱۵۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی با میانگین سنی ۳۹/۳۲±۷/۹۳ در این پژوهش شرکت داشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۴/۲ درصد) دارای سطح تحصیلات دیپلم و بقیه دارای سطح تحصیلات زیردیپلم و بالای دیپلم بودند. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش نشان داد بالاترین میانگین مربوط به متغیر بهزیستی روان‌شناختی (۶۵/۵۱) و پایین‌ترین میانگین مربوط به متغیر بُعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی بود (۱۲/۲۴) (جدول شماره ۱).

ضرایب همبستگی متغیرها نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی با سلامت معنوی ($r=0/76$ و $P<0/01$)، بین بُعد سلامت جسمانی با سلامت معنوی ($r=0/65$ و $P<0/01$)، بین بُعد سلامت روانی با سلامت معنوی ($r=-0/83$ و $P<0/01$)، بین بُعد روابط اجتماعی با سلامت معنوی ($r=0/57$ و $P<0/01$) و بین بُعد سلامت محیطی با سلامت معنوی ($r=0/67$ و $P<0/01$) رابطه‌ی مثبت معناداری وجود داشت (جدول شماره ۲). همچنین، بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، تقریباً ۰/۲۹ درصد از واریانس سلامت معنوی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی) پیش‌بینی شدنی است. نسبت F

جدول ۲) ضرایب همبستگی بین متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با سلامت معنوی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. بهزیستی روان‌شناختی						
۲. سلامت جسمانی	۰/۷۶**					
۳. سلامت روانی	۰/۸۷**	۰/۶۵**				
۴. روابط اجتماعی	۰/۷۸**	۰/۸۹**	۰/۷۵**			
۵. سلامت محیطی	۰/۶۵**	۰/۹۵**	۰/۸۱**	۰/۹۵**		
۶. سلامت معنوی	۰/۷۶	۰/۶۵	۰/۸۳	۰/۵۷	۰/۶۷	

جدول ۳) نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت معنوی

مدل	R	R ²	F	Sig
1	۰/۵۴	۰/۲۹	۴/۷۸	۰/۰۰۱

جدول ۴) ضرایب بتا و آزمون معناداری تی برای متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	β	T	Sig
	مقدار ثابت	۱۴/۳۲		۴/۰۰	۰/۰۰۱
	بهزیستی روان‌شناختی	۱/۲۴	۰/۰۰۴	۲/۲۷	۰/۰۰۲
سلامت معنوی	سلامت جسمانی	۰/۳۲	۰/۰۰۳	۱/۹۱	۰/۰۰۵
	سلامت روانی	۰/۲۳	۰/۰۰۷	۱/۵۲	۰/۰۰۱
	سلامت اجتماعی	۰/۱۶	۰/۰۰۶	۰/۷۶	۰/۰۰۴
	سلامت محیطی	۰/۱۹	۰/۰۰۳	۲/۹۲	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

ادبیات پژوهشی گسترده‌ی درباره‌ی بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد و همچنین پژوهش‌های متنوعی درباره‌ی کیفیت زندگی صورت گرفته است؛ اما مطالعات چندانی درباره‌ی بررسی این متغیرها در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به‌ویژه ارتباط این مؤلفه‌ها با سلامت معنوی این افراد صورت نگرفته است. برقراری رابطه بین مطالب مذکور و انجام مداخلات آموزشی در این زمینه علاوه بر غنی‌تر کردن ادبیات پژوهش موجود می‌تواند گامی در جهت بهبود زندگی و سلامت مراقبان به‌ویژه مادران کودکان کم‌توان ذهنی باشد.

در این مطالعه تعداد ۱۵۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی به سه پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت معنوی پاسخ دادند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد کیفیت زندگی با سلامت معنوی ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت و سلامت معنوی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی از طریق بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی پیش‌بینی شدنی است. جان‌بزرگی در پژوهش خود به بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی افراد پرداخت و نشان داد که این متغیر با سلامت روان فرد ارتباط مثبت و معناداری دارد (۲۶). گارسیا-آلاندته^۱ و همکارانش سلامت معنوی افراد را در جامعه‌ی اسپانیا بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که جهت‌گیری مذهبی بر وضعیت روانی افراد اثرگذار است (۲۷). می‌توان گفت سلامت معنوی به ایمان واقعی، باورهای مذهبی و انگیزش افراد مربوط است و طبیعی است که این مؤلفه با تعالی و کمال انسان به‌ویژه وضعیت بهزیستی روان‌شناختی آنان ارتباط دارد. همچنین به نظر می‌رسد معنویت با حس معنا و هدف داشتن، رشد و کمال و همچنین قدرت و چیرگی

انسان مربوط باشد؛ در واقع مذهب و معنویت به زندگی انسان معنا و مفهوم می‌دهد و فرد را از پوچی دور می‌کند. در چنین فضایی است که فرد از خودمحوری و هوا و هوس‌رهایی می‌یابد و به سلامت روان‌شناختی دست می‌یازد. این امر موجب می‌شود تا امکان رشد شخصی افراد فراهم شود و انسان به سوی کمال سوق داده شود تا بر محیط اطراف خود به‌ویژه محیط‌های چالش‌برانگیز همچون زندگی با افراد مشکل‌دار چیرگی یابد.

در پژوهش‌هایی نشان داده شده است که وضعیت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ی مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهند. معنویت امری همگانی است و همانند هیجان درجه‌ها و جلوه‌های مختلفی دارد؛ ممکن است هشیار یا ناهشیار، رشدیافته یا رشد نایافته، سالم یا بیمارگونه، ساده یا پیچیده و مفید یا خطرناک باشد (۶). درباره‌ی کیفیت زندگی و ارتباط آن با سلامت معنوی، نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی حاضر با نتایج پژوهش اله‌بخشیان و همکاران که نشان داده‌اند بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی و کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد، همخوانی دارد (۲۸).

در مطالعه‌ی حاضر بین سلامت معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی)، ارتباط مستقیم وجود داشت. بدین معنی که با بالا رفتن میانگین نمره‌ی سلامت معنوی، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن نیز افزایش می‌یافت. اشرفی و همکاران در مطالعه‌ی خود بیان کرده‌اند که بین سلامت معنوی و شرایط جسمانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۹). همچنین در مطالعه‌ی لاین^۲ و همکاران بین سلامت معنوی و سلامت فیزیکی کیفیت زندگی ارتباط

^۱Line
مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت

^۲García-Alandete

وضعیت، از معنویت و مذهب با تأکید بر اعمال مذهبی کمک بگیرند و نقش بسزایی داشته باشند.

از آنجایی که مردم در کشور ما به باورهای دینی اعتقاد دارند و این مداخلات می‌تواند در حفظ سلامت معنوی مادران و مراقبت بهتر از کودک کم‌توان ذهنی مؤثر باشد؛ بنابراین، اگرچه قضاوت قاطع و نهایی در این باره نیازمند انجام پژوهش‌هایی در گستره‌ی اجتماعی و روان‌شناختی وسیع و متنوع است ولیکن یافته‌های حاصل می‌تواند سرآغازی برای انجام تحقیقات بعدی در زمینه‌ی سلامت معنوی خانواده‌ها به‌ویژه خانواده‌هایی با فرزندان ناتوان ذهنی باشد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت از آنجایی که در مطالعه‌ی حاضر نمونه‌ی مورد پژوهش تنها از یک شهر انتخاب شده است، از این رو باید در تعمیم یافته‌ها به کل جامعه‌ی ایران جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت ابزار و سوگیری‌های مربوط به آن نیز می‌تواند از محدودیت‌های این پژوهش باشد.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه‌گیری از شهرهای مختلف ایران انجام شود.

قدردانی

از کلیه‌ی خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی شهر رشت که در این پژوهش با پژوهشگران همکاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی دربارهی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Bayrakli H, Kaner S. Investigating the Factors

مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت

Lewis^{۱)}

دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۲، تابستان ۱۳۹۸

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

- Affecting Resiliency in Mothers of Children with and without Intellectual Disability. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2012;12(2):936-43.
2. Woodman AC, Mawdsley HP, Hauser-Cram P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities*. 2015;36:13.
 3. Vivan I, Bonilla E, Macpherson E. Support networks of single Puerto Rican of children with disabilities. *Journal of Child and Family Studies*. 2011;20(1):4.
 4. Weiss JA, Robinson S, Fung S, Tint A, Chalmers P, Lunsky Y. Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013;7(11):8.
 5. Tsai SM, Wang HH. The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(4):539-48.
 6. Moghadam SRM, DavariFard F, Vaesi N, Tavan H, Sadeghkhan A. Comparison of relationship between religious beliefs and psychological well-being, with a high burnout and low. *Journal of Research on Religion & Health*. 2016;2(1).
 7. Mikaeili Monie F. Structural relationship between psychological welfare with perceived emotional intelligence, ability to control negative thinking and depression in mental retarded children mothers and compared with normal children mothers. *Research in the Area of Exceptional Children* 2009;9(2):17.
 8. Taghizadeh HAR. Comparative analysis of Quality Of Life in Mothers of Children with Mental Disability and Mothers of Normal Children. *MEJDS*. 2014;4(8):12.
 9. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical epidemiology*. 2000;53(1):1-12.
 10. Khayatzaheh M. A comparative study about quality of life in mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children. 2009.
 11. Boyraz G, Sager TV. Psychological well-being among fathers of children with and without disabilities: The role of family cohesion, adaptability, and paternal self-efficacy. *American Journal of Men Health*. 2011;5(4):11.
 12. Rahmati Najarkolaei FHM, Babaei Heydarabadi A, Ansarian A, Mesri M. Investigation of spiritual healthin staff of one Medical Sciences University in Tehran. *Reaserch on Religion & Health*. 2015;1(1):8.
 13. Marzban SBHA, Rahimi E, Vejdani M, Shokri M. Spiritual health status in students of Shahid Beheshti University and Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Reaserch on Religion & Health* 2016;2(4):10.
 14. Stuckey JC. Blessed assurance: The role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *Journal of Aging studies*. 2001;15(1):69-84.
 15. Khoshbin S. World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean. *Active and Healthy Ageing and aged care strategy in the Eastern Mediterranean Region*. 2010.
 16. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Mousavi MR. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017;3(1).
 17. Zeighami Mohammadi S, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents (2010). *Modern Care Journal*. 2011;8(3):116-24.
 18. Avaznejad N, Rvanipour M, Bahreini M, Motamed N. Comparison of spiritual health in mothers with healthy children and mothers with a child with chronic disease in Kerman city in 1394. *Quarterly nursing of vulnerable groups. School of Nursing and Midwifery. Bushehr University of Medical Sciences and Health Services*. 2015;3(8):9.
 19. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*. 1995;4(4):99-104.
 20. Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual differences*. 2004;36(3):629-43.
 21. Kalantarkousheh SM, Navarbafi F. Reliability and Exploratory Factor Analysis of Psychological Well-Being in a Persian Sample. *Science Series Data Report*. 2012;4(1):16.
 22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005;14(3):875-82.
 23. Paloutizian REC, Peplau D and Perlman D. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. Loneliness: A sourcebook of current theory. research and therapy*. 1982;4(1):15.
 24. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008;14(2):90-7.
 25. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *Journal of hayat*.

2011;17(3):27-37.

26. Janbozorgi M. Religion orientation and mental health. *Research in Medicine*. 2017;31(4):5.

27. García-Alandete J, Bernabé Valero G. Religious orientation and psychological well-being among Spanish undergraduates. *Acción Psicológica*. 2013;10(1).

28. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.

29. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3.

30. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary

construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002;24(1):22-33.

31. Lewis CA, Maltby J, Day L. Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*. 2005;38(5):1193-202.

32. Almasi M, Mahmoudiani S, Ghasemi T. Comparing Spiritual Health and Quality of Life among Fertile and Infertile Women. *Iran Journal of Nursing*. 2015;28(93):87-95.

33. Dehghani FAV. The Relationship of Religious Orientation and Spiritual Health to Resilience among High School Sophomores in Kerman. *J Res Relig Health* 2017;3(4):12.

34. Craven R. *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. 4th ed Philadelphia Lippincott, Williams and Wilkins. 2013:10.