



بررسی رابطه سلامت روانی با بهزیستی روان شناختی مادران کودکان عادی و کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷
سال در شهرستان شادگان

حمید نمیمی پور *

Tamimipourh@mjdkh.ac.ir

لطیفه قاطع**

Ghatelatifeh@hotmail.com

* عضو هیات علمی موسسه آموزشی عالی جهاد دانشگاهی خوزستان

** مشاور آموزش و پرورش شهرستان شادگان

چکیده :

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله در شهرستان شادگان می باشد. آزمودنی های این پژوهش متشکل از ۵۰ نفر مادران کودکان عادی و ۵۰ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله بودند. روش نمونه گیری، روش خوشه ای بود که از آن در مواردی که فهرست کامل افراد جامعه مورد مطالعه در دسترس نباشند، استفاده می شود. جامعه آماری شامل مادران دانش آموزان عادی و مادر کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر (۱۲-۷ سال) شهرستان شادگان بودند. ابزار پژوهش نیز شامل دو پرسشنامه (و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (طبسی زنجانی) می باشد. پرسشنامه سلامت روانی ۲۸ ماده دارد GHQ-28 سلامت روانی (که ۷ ماده آن نشانه های جسمانی، ۷ ماده علائم اضطراب، ۷ ماده اختلال در کنش اجتماعی و ۷ ماده دیگر علائم افسردگی را می سنجد. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ۷۷ ماده دارد که ۱۹ ماده آن رضایت از زندگی، ۱۳ ماده شادی و خوشبینی، ۸ ماده رشد و بالندگی، ۸ ماده ارتباط مثبت با دیگران و ۱۰ ماده دیگر خود مختاری را می سنجد. روش پژوهش از نوع همبستگی می باشد که یکی از انواع روش های تحقیق توصیفی (غیرآزمایشی) می باشد. نتایج حاصل از یافته های آماری نشان داد که به طور کلی بین سلامت روانی مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که مادران کودکان عادی از سلامت روان بیشتری برخوردارند. همچنین بین نمره بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: سلامت روانی، بهزیستی روان شناختی و کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر



مقدمه

خانواده نهادی کلیدی در ساختار اجتماعی هر جامعه است و هر چه سلامات و رشد خانواده بیشتر باشد، بالندگی جامعه نیز ازافزون تر خواهد بود. گستره وسیعی از ادبیات پژوهشی حکایت از این واقعیت دارد که والدین دارای کودکان کم توان ذهنی نسبت به سایر والدین، استرس بیشتری را تحمل می کنند (سینگر^۱، اتریج^۲، وآلادنا^۳، ۲۰۰۷؛ مک کنوکی^۴، تروسدال - کندی، پنج، جارا، شوکری، ۲۰۰۸). از طرفی، داشتن کودک کم توان ذهنی و استرس ناشی از آن، معمولاً تاثیر عمیقی بر رضایت از زندگی والدین و روابط خانوادگی آنها دارد (استراچان^۵، ۲۰۰۵؛ مک کنوکی وهمکاران، ۲۰۰۸). بر همین اساس در فرهنگ های مختلف همواره تمهیداتی برای رشد هر چه بیشتر خانواده در نظر گرفته می شده است.

کودک کم توان ذهنی و والدین نه تنها بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند، بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تاثیر قرار می دهند. به بیانی معلولیت یکی از فرزندان مانع آن می شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب داشته باشد. وجود کودک معلول می تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. در نتیجه برای پیشگیری از این آسیب ها، درصد بالایی از تحقیقات انجام شده در زمینه پدیده معلولیت ذهنی به اثرات وجود این گونه کودکان بر خانواده اختصاص پیدا کرده است که به برخی از آن ها اشاره می شود: مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین دانش آموزان عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. نریمانی، آقامحمدیان و رجبی (۱۳۸۶) سلامت روانی مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. از این رو پژوهش در زمینه رابطه سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و کودکان تربیت پذیر ضروری به نظر وی رسد و از اهمیت خاصی برخوردار است. سوال اصلی پژوهش

1- Singer
2- Ethridge
3- Aladna
4- Mc conkey
5- Stranchan



حاضر این است که آیا بین سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان عادی و عقب مانده ذهنی تربیت پذیر رابطه وجود دارد؟

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می کنند .

منظور از سلامت روان در این پژوهش نمره ای است که آزمودنی ها در پرسشنامه ۲۸ ماده ای سلامت روان (GHQ)^۱ کسب می کنند .

بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و دارای ۶ مولفه : خودمختاری ، رشد شخصی ، روابط مثبت با دیگران ، هدفمندی در زندگی ، پذیرش خود و تسلط بر محیط می باشد .

منظور از بهزیستی روان شناختی در این پژوهش نمره ای است که آزمودنی ها از پرسشنامه ۷۷ ماده ای بهزیستی روانشناختی زنجانی طبسی کسب می کنند .

عقب ماندگی ذهنی یا « کم توانی ذهنی^۲ » مربوط می شود به کنش عمومی هوشی که به طور معنی داری یا قابل ملاحظه ای کمتر از حد متوسط عمل کرده و با نقابسی در رفتار سازشی توام بوده و در طی دوران رشد پدیدار می شود (سیف نراقی ، نادری ، ۱۳۸۲) .

در پژوهش حاضر کم توانی ذهنی تربیت پذیر به کسی گفته می شود که بر اساس تشخیص کارشناسان بهزیستی در مراکز آموزشی توانبخشی مشغول به آموزش توانبخشی است و بهره ی هوشی وی بین ۵۰-۲۵ می باشد و در دامنه سنی ۱۲-۷ سال قرار دارد .

1 - General health questionnaire

2 - Mental retarded



در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می شود که کم توانی ذهنی یا نابینایی و ناشنوایی ندارد و دچار اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی ندارد .

شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می دهند حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روانشناختی را تحت تاثیر قرار دهند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند . بر این اساس داشتن فرزند کم توان ذهنی ، که ماهیتی تقریباً ثابت و تنس زا دارد ، می تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روانشناختی منتهی شود . یکی از مشکلاتی که در میان مادران کودکان کم توان ذهنی شیوع دارند افسردگی است . تحقیقات نشان داده اند که حدود ۳۵-۳۰ درصد مادران این کودکان نمرات بالایی در آزمون های افسردگی دریافت کرده اند و دارای علائم بالینی مربوط به افسردگی هستند . مادران علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از مراقبت از کودک کم توان ذهنی ، باید با مشکلات مربوط به هزینه های بالای اقتصادی ، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان ، احساس گناه از به دنیا آوردن فرزندی مشکل دار و نگرش های منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می توانند افسردگی ایجاد کنند که ناتوان کننده باشد . اما پژوهش ها نشان داده اند که وجود افسردگی والدین ، خصوصاً مادران کودکان کم توان ذهنی با متغیر های مختلفی مانند نوع کم توانی ذهنی ، داشتن منابع مالی بسنده ، سطح اقتصادی اجتماعی متوسط و بالاتر و حمایت های اجتماعی مناسب ارتباط دارد و متغیرهای فوق ، می توانند تاثیر کم توانی ذهنی را تعدیل کنند . بررسی ها حاکی از این بوده اند که افسردگی با برخی از ویژگی ها و صفات شخصیتی تعدیل شود (میکائیلی ، ۱۳۸۸) .

پیشینه داخلی موضوع

تحقیقات متعددی در خصوص سلامت روانی انجام شده است که برخی از این تحقیقات رابطه ی بین سلامت روانی و خانواده را مورد بررسی قرار داده اند . در مطالعه ای که تحت عنوان مقایسه بهداشت روانی بین دانشجویان مجرد و متأهل خوابگاهی انجام گرفت ، نمونه تحقیق شامل ۲۰ نفر (۶۰ ر مجرد و ۶۰ نفر متأهل) بود که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند . نتایج نشان داد که بین نمره ی کل سلامت روانی دانشجویان مجرد و متأهل از نظر (اضطراب ، افسردگی ، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم



جسمانی) تفاوت معنی داری وجود ندارد. محقق علت معنی دار نبودن دو گروه از سلامت روان را به علت وجود عوامل مزاحم و همچنین مشکلات مربوط به خوابگاه ها و مشکلات خاص خود دانشجویان نسبت داد (اختیاری امیری، ۱۳۸۳).

در تحقیقی که تحت عنوان (بررسی رابطه عملکرد خانواده و سلامت عمومی فرزندان) انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین عملکرد خانواده به طور کلی و سلامت عمومی دانش آموزان رابطه ی معنی داری وجود دارد. از میان متغیرهای عملکرد خانواده، بین میزان همبستگی خانواده و سلامت عمومی دانش آموزان رابطه ی مثبت و معنی داری بدست آمد. بین میزان ابزار بیان خود و سلامت عمومی دانش آموزان نیز رابطه ی مثبت و معنی داری مشاهده شد. نتایج بدست آمده چه در ابعاد نظری و چه در بعد تحقیقاتی نشان گر این است که نحوه تعاملات درون خانواده با میزان سلامت عمومی فرزندان آنها در ارتباط است (حنانی، ۱۳۸۳).

احمدی و همکاران (۱۳۷۰) در پژوهشی به بررسی مقایسه ی میزان عزت نفس مادران کودکان عقب مانده ی ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز پرداختند. نمونه تحقیق ۱۰۰ نفر از مادران کودکان عقب مانده ی ذهنی و مادران کودکان عادی و سالم شهر اهواز بودند. نتیجه ی تحقیق نشان داد که مادران کودکان عقب مانده ی ذهنی از عزت نفس پایین تری بودند. احمدی در پژوهش دیگری (۱۳۷۷) نشان داده است که بین عزت نفس دو گروه مادران تفاوت معنی داری وجود دارد و مادران کودکان کم توان ذهنی از عزت نفس پایین تری برخوردار هستند. لاجوردی (۱۳۷۱) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی نشان داد که افسردگی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معنی داری بیشتر از مادران دارای کودک عادی است.

نظامی (۱۳۷۶) تحقیقی تحت عنوان مقایسه ی نگرش والدین کودکان عقب مانده ی ذهنی نسبت به عقب ماندگی فرزندشان را انجام دادند و به نتایج زیر دست یافتند: ۴۸٪ درصد از پدران و ۵۲٪ از مادران اذعان کردند که وجود کودک عقب مانده ی ذهنی سلامت روانی آنها را مختل کرده است. ۵۴٪ احساس ناکامی و ناامیدی و ۶۴٪ احساس دلهره را بیان کرده اند و ۲۴٪



درصد از والدین بیان داشته اند که تولد فرزند عقب مانده ی ذهنی باعث بوجود آوردن تفاهم در زندگی زناشویی شده و ۲۹٪ به مشاجره ی لفظی، ۴٪ نیز به واسطه ی وجود فرزند عقب مانده ی ذهنی طلاق گرفته اند.

خواجه پور (۱۳۷۷) در پژوهشی نشان داد که واکنش های نوروتیک مادران کودکان کم توان بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به خصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می کند. به علاوه بیشتر واکنش های مادران افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بوده است. جمع بندی ادبیات پژوهشی نمایان گر آن است که والدین کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند. مطالعات تجربی در ۱۵ سال گذشته نشان گر این نکته است که عزت نفس یک عامل روانشناختی مهم اثر گذار بر سلامت و کیفیت زندگی به شمار می رود. با افزایش عزت نفس، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد بوجود می آید و تغییرات مثبتی همچون پیشرفت تحصیلی، افزایش تلاش برای کسب موفقیت، داشتن اعتماد به نفس بالا، بلند همت بودن و تمایل به داشتن سلامت بهتر در فرد پدیدار می شود (مشکی و همکاران، ۱۳۸۷).

نریمانی و همکاران (۱۳۸۶) طرحی را با عنوان مقایسه ی سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی انجام داده اند که هدف از این طرح یافتن پاسخی برای این پرسش بود که آیا بین مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی از نظر سلامت روانی تفاوت وجود دارد یا خیر؟ نتایج نشان داده است که بین چهار گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا، ناشنوا و عادی از نظر اختلال روانی، افسردگی، اضطراب، روان پریشی و ترس مرضی تفاوت وجود دارد. از نظر شکایات جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت در روابط متقابل، وافکار پارونوئیدی تفاوت معنی داری بین گروه ها بدست نیامد.

رمزی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه ی 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 به این نتایج رسید: بین علائم روان تنی، اضطراب، ترس های مرضی، وسواس اجباری و حساسیت در روابط اجتماعی مادران کودکان معلول تفاوت معنی داری وجود دارد.



همچنین بین پدران کودکان معلول ذهنی مقیم در مراکز و پدران کودکان معلول ذهنی که در این مراکز پذیرش نشده اند، در مقوله های افسردگی، اضطراب و حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد، در حالی که در مقوله های علائم روان تنی، ترس های مرضی، وسواس اجباری، افکار پارونوئیدی و روان پریشی تفاوت معنی داری یافت نشد.

پیشینه خارجی موضوع

نتایج پژوهش هالدی^۱ و هانرلیک^۲ (۱۹۶۰) نشان داده است که والدین مبتلا به نشانگان داون در مقایسه با والدینی که فرزندان شان مشکلی ندارند، تحت فشار بیشتری هستند و هنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می رسند والدین احساس ناتوانی بیشتری در مقابل آنان می کنند.

نتایج پژوهش اولشانسکی^۳ (۱۹۶۲) نشان داده است که اغلب والدینی که کودک کم توان ذهنی دارند از یک عکس العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می برند، به خصوص اگر کودک دارای کم توانی ذهنی عمیق باشد.

براساس نتایج پژوهش جاکز^۴ (۲۰۰۶) که درباره ی نقش سبک های مقابله در پاسخ مادران به تنش ناشی از وجود کودک کم توان ذهنی و تاثیر آن در وضعیت سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی انجام شد، خانواده ها و مادرانی که بیشتر از سبک مسئله ی محور بهره می گیرند، سطوح پایین تری از فشارهای روانی را تجربه می کنند.

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف و کاربرد آن از نوع پژوهش های کاربردی می باشد. نتایج این تحقیق می تواند برای کلینیک های سلامت روان، مراکز مشاوره، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش استثنایی و آموزش و پرورش عادی مورد استفاده قرار گیرد.

1 - Haldy

2 - Hanerlik

3 - Olshansky

4 - Gakse



همچنین روش پژوهش از نوع همبستگی می باشد که یکی از انواع تحقیق توصیفی (غیر آزمایشی) می باشد. در این نوع تحقیق رابطه ی میان تغییرها براساس هدف تحقیق تحلیل می گردد (بازرگان و همکاران، ۱۳۸۷).

جامعه پژوهش

جامعه آماری این تحقیق را مادران دانش آموزان عادی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۷-۱۲ ساله شهرستان شادگان تشکیل می دهند.

نمونه و روش نمونه گیری به منظور دستیابی به گروهای از آزمودنی ها که امکان تحلیل آماری مناسب را فراهم سازد، به صورت کلی ۱۰۰ نفر برای این طرح انتخاب شدند که ۵۰ نفر از آنان مادران کودکان عادی و ۵۰ نفر نیز مادران کودکان تربیت پذیر بودند که از نظر سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت و میزان درآمد با والدین کودکان مرزی همتا شدند. روش نمونه گیری، روش خوشه ای بود. در این روش در صورتی که فهرست کامل افراد جامعه مورد مطالعه در دسترس نباشد، می توان افراد جامعه را در دسته هایی خوشه بندی کرد. سپس از میان خوشه ها نمونه گیری لازم را به عمل آورد.

ابزار پژوهش

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است که در اختیار والدین قرار گرفت. این پرسشنامه ها شامل: پرسشنامه ی سلامت روان و پرسشنامه ی بهزیستی روانشناختی است.

پرسشنامه ی سلامت عمومی GHQ-28



شناخته ترین آزمون غربال گری است که تا کنون در روانپزشکی تاثیر بسیار زیادی بر پیشرفت پژوهشها داشته است (هندرسون ، ۱۹۹۰^۱). این پرسشنامه توسط گولدبرگ^۲ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است . امروزه این پرسشنامه به منظور استفاده به ۲۶ زبان ترجمه شده است . بسیاری از محققین (چیونگ^۳ واسپیز^۴، ۱۹۹۴) تصریح کرده اند که این پرسشنامه هم استفاده بالینی داشته باشد وهم در مراجعه کاربرد دارد (یعقوبی ۱۳۷۴). لازم به ذکر است که ثمره برش در این پرسشنامه نیز نمره ۲۳ در نظر گرفته می شود.

فرم کوتاه ۲۸ ماده ای پرسشنامه ی سلامت عمومی استفاده شود . متن پرسشنامه درباره ی وضع سلامت عمومی افراد با تاکید بر مسائل روانشناختی در زمان حال است . در تمامی سئوال ها ، آزمودنی باید گزینه هایی را که با اوضاع و احوال بیشتر مطابقت دارد مشخص نمایند . پاسخ آزمودنی به هریک از پرسش ها در یک طیف چهار درجه ای خیلی کمتر از همیشه ، کمتر از همیشه ، مثل همیشه و بیشتر از همیشه مشخص می شود . در همه ی گزینه ها درجات پایین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی در فرد است . پرسشنامه سلامت عمومی چهار مقیاس فردی را در برمی گیرد که بدین شرح است :

الف) نشانه های جسمانی : ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد و سردرد ، احساس ضعف وسستی ، احساس نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می دهد .

ب) علائم اضطراب : ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد . اضطراب ، بی خوابی ، تحت فشار بودن و عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می دهد .

ج) اختلال در کنش اجتماعی : ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد و توانایی فرد در انجام کارهای روزمره ، احساس رضایت در انجام وظایف ، احساس مفید بودن ، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت های روزمره زندگی را بررسی می کند .

1 -Henderson

2 - Goldberg

3 - Chiong

4 - Spuese



د) علائم افسردگی: ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد و احساس بی ارزشی، ناامیدی، افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را بررسی می کند (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹).

پرسشنامه ی بهزیستی روانشناختی

این پرسشنامه توسط زنجانی طبسی (۱۳۸۳) به منظور سنجش بهزیستی روانشناختی ابداع شده است. مقیاس اندازه گیری بهزیستی روانشناختی دارای ۷۷ سؤال (گویه) است که بر اساس روش و اصول روان سنجی تهیه شده است. این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۹ سؤال است، خرده مقیاس معنویت که دارای ۱۳ بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است، خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده مقیاس خود پیروی که ۱۰ سؤال را شامل می شود. نمره گذاری از نوع لیکرتی بوده ۵ گزینه ای است که به هر گزینه یک کد از ۱ تا ۵ تعلق می گیرد و هر گزینه نشان دهنده ی نظر آزمودنی درباره ی خودش است. برای نمره گذاری، در کل تعداد ۲۲ سؤال به صورت منفی در مقیاس تدوین شده بهزیستی روانشناختی وجود دارد.



یافته های توصیفی

۱. وضعیت مادران در جدول شماره ۱-۴ برای متغیر وضعیت مادران فراوانی، درصد فراوانی محاسبه شده است.

جدول شماره ۱-۴

فراوانی و درصد وضعیت مادران آزمودنی

| شاخص های آماری | فراوانی | درصد فراوانی |
|--------------------------------|---------|--------------|
| مادران دارای کودکان تربیت پذیر | ۵۰ | ۵۰ |
| مادران دارای کودکان عادی | ۵۰ | ۵۰ |
| جمع کل | ۱۰۰ | ۱۰۰ |

طبق جدول شماره ۱-۴، ۵۰ درصد از مادران دارای کودکان تربیت پذیر و ۵۰ درصد دیگر دارای کودکان عادی بودند.

جدول شماره ۲-۴

فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی مادران کودکان تربیت پذیر

| شاخص های آماری | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------|-------|---------|--------------|
| بهبودی روانشناختی | ۱۰۰ | ۳/۵۳ | ۰/۱۸ |
| سلامت روانی | ۱۰۰ | ۱/۲۲ | ۰/۳۶ |



طبق جدول شماره ۲-۴ میانگین بهزیستی روانشناختی در مادران کودکان تربیت پذیر ۳/۵۳ با انحراف معیار ۰/۱۸ است . میانگین سلامت روان در این مادران نیز ۱/۲۲ با انحراف معیار ۰/۳۶ است .

جدول شماره ۳-۴

آمار توصیفی برای متغیرهای اصلی در والدین کودکان عادی

| شاخص های آماری | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|--------------------|-------|---------|--------------|
| بهزیستی روانشناختی | ۱۰۰ | ۳/۴۹ | ۰/۲۴ |
| سلامت روانی | ۱۰۰ | ۰/۹۷ | ۰/۴۲ |

طبق جدول ۳-۴ ، میانگین بهزیستی روانشناختی در والدین کودکان عادی ۳/۴۹ با انحراف معیار ۰/۲۴ است . میانگین سلامت روان در این والدین نیز ۰/۹۷ با انحراف معیار ۰/۴۲ است .

جدول شماره ۴-۴

میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی برای والدین کودکان تربیت پذیر

| شاخص های آماری | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------------|-----------------------|---------|--------------|
| خرده مقیاس های پرسشنامه | رضایت از زندگی | ۳/۴۵ | ۰/۴۱ |
| | معنویت | ۳/۵۸ | ۰/۴۱ |
| بهزیستی روانشناختی | شادی | ۳/۵۶ | ۰/۳۱ |
| | رشد و بالندگی فردی | ۳/۴۰ | ۰/۴۹ |
| | خودپیروی | ۳/۵۳ | ۰/۵۹ |
| | ارتباط مثبت با دیگران | ۳/۷۲ | ۰/۵۸ |



براساس نتایج جدول شماره ۴-۴ مشاهده می شود که از بین خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان تربیت پذیر ، ارتباط مثبت با دیگران با میانگین $3/72$ بیشترین و کمترین مورد به رشد و بالندگی با میانگین $3/40$ مربوط می باشد .

خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی برای والدین کودکان عادی : در این قسمت میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های آزمون بهزیستی روان شناختی برای والدین دارای کودکان عادی ارائه شده است .

جدول شماره ۴-۵

میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی برای والدین کودکان عادی

| شاخص های آماری | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------------------|-------|---------|--------------|
| خرده مقیاس های رضایت از زندگی | ۱۰۰ | $3/43$ | $0/40$ |
| پرسشنامه معنویت | ۱۰۰ | $3/60$ | $0/49$ |
| بهزیستی شادی | ۱۰۰ | $3/40$ | $0/41$ |
| روانشناختی رشد و بالندگی فردی | ۱۰۰ | $3/48$ | $0/46$ |
| والدین کودکان عادی خود پیروی | ۱۰۰ | $3/40$ | $0/48$ |
| ارتباط مثبت با دیگران | ۱۰۰ | $3/80$ | $0/63$ |

همانطور که در جدول ۴-۵ مشاهده می شود که از بین خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی، بیشترین میانگین مربوط به ارتباط مثبت با دیگران $3/80$ بوده است و کمترین مورد به رشد و بالندگی با میانگین $3/22$ مربوط می باشد .



ب) یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

در این بخش فرضیه های پژوهش ارائه می گردد و سپس یافته های آماری بدست آمده در جهت تایید یا رد آن ها مورد بحث قرار می گیرد. آزمون مورد استفاده آزمون T و ضریب همبستگی پیرسون است.

فرضیه ۱ - بین سلامت روان و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر رابطه وجود دارد.

این فرضیه رابطه بین دو متغیر را (سلامت روان و بهزیستی روانشناختی) در دو گروه مختلف (مادران کودکان عادی و تربیت پذیر) می خواهد بسنجد. برای سنجش معنی داری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده کردیم. نتایج در جدول زیر خلاصه شده اند.

جدول شماره ۶-۴

ضریب همبستگی بین سلامت روانی با بهزیستی روان شناختی والدین کودکان عادی و تربیت پذیر.

| بهبودی روانشناختی | همبستگی پیرسون (r) | سطح معنی داری (sig) |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|
| مادران دانش آموزان تربیت پذیر | ۰/۱۹ | ۰/۰۸ |
| مادران دانش آموزان عادی | ۰/۰۰ | ۰/۴۹ |

همانطور که در جدول ۴-۶ مشاهده می شود بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی در بین مادران کودکان تربیت پذیر و عادی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. بطوری که سطح معنی داری در بین والدین دانش آموزان تربیت پذیر $r=195$ و $sig=0/087$ بیشتر از $0/05$ است و بین والدین دانش آموزان عادی نیز همبستگی وجود ندارد $r=000/0$ و $sig=0/499$ بسیار از $0/05$ بیشتر است. بدین معنی که بین سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر رابطه معنی داری



مشاهده نشده است. البته رابطه همبستگی در بین والدین کودکان تربیت پذیر مشاهده شد، اما معنی دار نبود. پس فرض صفر تایید می شود.

فرضیه ۲- بین بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد.

در جدول شماره ۷-۴ نتایج آزمون t برای مقایسه میزان بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر ارائه شده است.

جدول شماره ۷-۴

بهزیستی روانشناختی در بین مادران کودکان عادی و تربیت پذیر

| ضریب فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪ | احتمال انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | سطح معنی داری sig | درجه آزادی | ارزش t | سطح معنی داری sig | ضریب f | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|------------|--------|-------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | | | | | | | | بیشترین | کمترین |
| ۰/۱۳۰۳ | -۰/۰۴۲۷ | -۰/۰۴۳۷ | ۰/۰۴۳۹۰ | ۰/۳۱۶ | ۹۸ | ۱/۰۰۷ | ۲/۹۲۶ | برای برابری واریانس ها | |
| ۰/۱۳۰۴ | -۰/۰۴۲۶ | -۰/۰۴۳۷ | ۰/۰۴۳۹۰ | ۰/۳۱۶ | ۹۲/۱۰۲ | ۱/۰۰۷ | | برای نابرابری واریانس ها | |

همانطور که در جدول شماره ۷-۴ مشاهده می شود بین مادران کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری از لحاظ بهزیستی روانشناختی مشاهده نشده است. ($sig=0/316$). نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی داری که از ۰/۰۵ بیشتر است و قرار داشتن در بین دو فاصله اطمینان -۰/۰۴۲۷ و ۰/۱۳۰۳ نشان میدهد که نمرات بهزیستی روانشناختی در بین مادران کودکان تربیت پذیر و عادی تفاوت چندانی با هم ندارند. پس فرض صفر تایید می شود.

جدول شماره ۸-۴

مقایسه میانگین بهزیستی روانشناختی در مادران کودکان تربیت پذیر و عادی

| انحراف معیار | میانگین | تعداد | بهزیستی روانشناختی |
|--------------|---------|-------|--------------------------|
| ۰/۱۸۸ | ۳/۵۳۸ | ۵۰ | والدین کودکان تربیت پذیر |
| ۰/۲۴۳ | ۳/۴۹۴ | ۵۰ | والدین کودکان عادی |

فرضیه ۳- بین سلامتی روان مادران کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد .

در جدول زیر نتایج آزمون t برای مقایسه میزان سلامت روانی بین مادران کودکان عادی و تربیت پذیر ارائه شده است .

جدول شماره ۹-۴

مقایسه سلامت روانی در بین مادران کودکان عادی و تربیت پذیر

| ضریب فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪ | احتمال انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | سطح معنی داری sig | درجه آزادی | ارزش t | سطح معنی داری sig | ضریب f | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|------------|--------|-------------------------|--------|-------|-----------------------------|
| | | | | | | | | | بیشترین |
| ۰/۰۴۰۶۸۴ | ۰/۰۹۴۵۹ | ۰/۷۸۶۸ | ۰/۲۵۰۷۱ | ۰/۰۰۲ | ۹۸ | ۳/۱۸۷ | ۰/۲۶۰ | ۱/۲۸۶ | برای برابری واریانس ها |
| ۰/۰۴۰۶۸۴ | ۰/۰۹۴۵۵ | ۰/۷۸۶۸ | ۰/۲۵۰۷۱ | ۰/۰۰۲ | ۹۶/۰۲۴ | ۳/۱۸۷ | | | برای نابرابری واریانس ها |

نتایج جدول شماره ۹-۴ با توجه به $sig=0/002$ که از $0/05$ کمتر است و قرار نداشتن در بین دو فاصله اطمینان $0/09459$ و

$0/040684$ نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ بهزیستی روان شناختی در بین مادران دانش آموزان عادی و تربیت پذیر

مشاهده شده است. به این معنی که مادران کودکان تربیت پذیر مشکلات بیشتری در زمینه سلامت روانی دارند. پس فرض صفر رد می شود و فرضیه پژوهش تایید می شود.

جدول شماره ۱۰-۴

مقایسه میانگین بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان تربیت پذیر و عادی

| انحراف معیار | میانگین | تعداد | سلامت روانی |
|--------------|---------|-------|--------------------------|
| ۰/۵۱۴ | ۱/۲۲۷ | ۵۰ | مادران کودکان تربیت پذیر |
| ۰/۵۹۴ | ۰/۹۷۷ | ۵۰ | مادران کودکان عادی |

نتایج بدست آمده در جدول شماره ۱۰-۴ نشان می دهد بین بهزیستی روانشناختی در مادران کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما بین سلامت روانی این دو گروه مادران تفاوت معنی دار وجود دارد. مادران کودکان تربیت پذیر مشکلاتی بیشتر از مادران کودکان عادی در زمینه سلامت روان دارند. ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان داد بین سلامت روان و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر رابطه معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه ۱- بین سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر رابطه وجود دارد.

رابطه بین این دو متغیر با آزمون آماری پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج با توجه به سطح معنی داری نشان بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری مشاهده شده است، به طوری که سطح معنی داری در بین مادران کودکان عادی ($\text{sig} < 0/05$) و تربیت پذیر ($\text{sig} < 0/05$) است. بدین معنی که بین سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و تربیت پذیر رابطه مستقیم معنی داری مشاهده شده است. این نتایج با



تحقیق احمد پناه (۱۳۸۰)، جاکز (۲۰۰۶)، لاندن (۱۹۸۴)، آریندل و همکاران (۱۹۹۹) و همچنین شات و ریف () و رونی همکاران (۲۰۰۳) همخوانی دارد .

فرضیه ۲. بین بهزیستی روانشناختی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد .

نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی داری ($\text{sig} = 0/000$) نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و تربیت پذیر مشاهده شده است . با بررسی میانگین های جدول زیر مشاهده می شود که نمره بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی بیشتر از والدین کودکان تربیت پذیر می باشد . نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق احمد پناه (۱۳۸۰) و میکائیلی (۱۳۸۸) همخوانی دارد .

فرضیه ۳ - بین سلامت روانی مادران کودکان عادی و تربیت پذیر تفاوت معنی داری وجود دارد .

نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی داری ($\text{sig} = 0/000$) نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت روانی در بین مادران کودکان عادی و تربیت پذیر مشاهده شده است . با بررسی میانگین های جدول مشاهده می شود که نمره سلامت روانی در بین مادران کودکان عادی بیشتر از مادران کودکان تربیت پذیر می باشند. بدین معنی که والدین کودکان عادی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند . این یافته ها با نتایج پژوهش مهرابی زاده و همکاران (۱۳۸۰)، شریعتی و داوورمنش (۱۳۷۰) و نریمانی، محمد و همکاران (۱۳۸۴) مبنی بر وجود تفاوت معنی دار بین سلامت روانی والدین کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی همخوانی دارند . این نتایج با تحقیق لاجوردی (۱۳۷۱) و خواجه پور (۱۳۷۷) همسو نمی باشند .



منابع

- احمدی، زینب (۱۳۷۷). مقایسه عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی ، اهواز .
- اختیاری امیری ، راضیه (۱۳۸۳). مقایسه بهداشت روانی دانشجویان مجرد و متأهل خوابگاهی ، خلاصه مقالات نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران ، دانشگاه شهید بهشتی .
- حنانی، میترا، مطلبی کاشانی، مسعود، موسوی، سید غاتم عباس، بهرامی، عباس (۱۳۸۳) بررسی استرس گرمایی محیط در کارگران نانوائی های کاشان ، دوره ۸ ، شماره ۳
- خواجه پور ، غلام رضا (۱۳۷۷). استرس شغلی . ترجمه غلامرضا ، تهران : انتشارات سازمان مدیریت صنعتی .
- رحیمی نژاد ، عباس، پاک نژاد، محسن (۱۳۸۳) . ارتباط بین سازگتری خانواده با سلامت روانی و سطح ارضاء نیاز های روانشناختی فرزندان و نوجوانان ، خلاصه مقاله کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران ، دانشگاه شهید بهشتی .
- زنجانی طبسی، رضا (۱۳۸۳) . ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روانشناختی ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه تهران .
- شریعی، تقی، داورمنش، عباس (۱۳۷۰). نگرش پدران کودکان عقب مانده ذهنی در مورد عقب ماندگی فرزندانشان و مقایسه آن ها در سطوح مختلف فرهنگی ، پایان نامه کارشناسی ارشد .
- شعاری نژاد ، علی اکبر (۱۳۷۸) . روانشناسی . تهران : اطلاعات .
- کوئن ، درآمدی به جامعه شناسی ، ترجمه محسن ثلاثی ، تهران ، توتیا، ۱۳۷۷



- مشکی و همکاران (۱۳۸۷). بررسی تاثیر برنامه آموزشی با بکارگیری عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان ، فصل نامه علمی پژوهشی فیض، دوره دوازدهم ، شماره ۴ .
- محرابی زاده هنر مند، مهناز، نجاریان، بهمن ، مسعودی، میترا(۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۲، ۱۸۷.
- میکائیلی، فرزانه (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی و عادی ، تعلیم و تربیت استثنایی ، شماره ۹۲، ۸۸ .
- میلانی فر ، بهروز، (۱۳۷۴). روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی ، تهران ، نشر قومس.
- نریمانی ، م . ، آقا محمدیان ، ح . ر . ، و رجبی ، س (۱۳۸۶). مقیاس سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی ، فصلنامه اصول بهداشت روانی ، ۳۴ (۹) ، ۱۵-۲۴.



References

- Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers 'and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95(5), 585-595.
- Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without
- Kaplan, L. (1971). *Education and mental health*. New York: Harper.
- Marks, Nadine F. (1996). "Flying Solo at Midlife: Marital Status, and Psychological Well-Being." *Journal of Marriage and the Family* 58(4):917-32.
- Mc Conkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M.Y., Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 65-74.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M., Shomtkin .D. (2002). Optimal well-being : Empirical encounter of two traditional. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62 (6), 1007-1022
- Ryff, C. D. and C. L. Keyes. 1995. "The Structure of Psychological Well-Being Revisited." *J Pers Soc Psychol* 69(4):719-27.
- Singer, G. H. &, Ethridge, B. L. & Aladna, S. A. (2007). Primary and Secondary Parenting and Stress Management Intervention for Parents of Children with Developmental Disabilities: A Metal Analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 357-369.
- Skinner. B. F. (1973). *Beyond Freedom and Dignity* Palific Grov. California U.S.A.
- Strachan, J. W. (2005). *Fathers of children with educational disabilities. The role of stress in life satisfaction*. Doctoral dissertation, The Florida state University.
- Sullivan, G., C.A. Jackson and K.L. Spritzer. 1996. "Characteristics and Service Use of Seriously Mentally Ill Persons Living in Rural Areas". *Psychiatric Services* 47(1): 57-61.