



۱۳۹۴ دی ۲۴

کنفرانس سالانه

رویکردهای نوین پژوهشی
در علوم انسانیAnnual Conference on
new approaches to research
in the Humanities

25 December 2016



رابطه سلامت روانی با بهزیستی روان‌شناختی والدین دانش‌آموزان عادی و والدین دانش‌آموزان آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی

اکبر جسارتی^{۱*}، سالار قنبری اردی^۲، مهدی قنبری^۳

۱ و ۲- نویسنده مسوول: کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

ajesarati@gmail.com

۲- دانشجوی دکتر مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب

ghanbarisalar@gmail.com

۳- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت روانی با بهزیستی روان‌شناختی والدین دانش‌آموزان عادی و والدین دانش‌آموزان دارای هوش مرزی (آموزش‌پذیر) مقطع ابتدایی در شهر تبریز است. جامعه آماری مورد مطالعه را، والدین دانش‌آموزان عادی و والدین دانش‌آموزان آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ و نمونه که با استفاده از جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۳۲۰ نفر به تفکیک، والدین کودکان آموزش‌پذیر ۱۶۴ نفر و والدین کودکان عادی ۱۵۶ نفر انتخاب شده است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. روش پژوهش توصیفی همبستگی می‌باشد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی زنجانی طبسی (۱۳۸۳) و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸ گلدبرگ^۱ (۱۹۷۹) می‌باشد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss استفاده شده و از t مستقل و همبستگی پیرسون و $ANOVA$ استفاده شده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که در بین خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بیشترین میانگین به ارتباط مثبت با دیگران تعلق دارد و بعد از آن رضایت از زندگی آمده است و کمترین میانگین به رشد و بالندگی تعلق دارد. بر اساس مشخصه‌های آماری از بین خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین والدین دانش‌آموزان عادی، ارتباط مثبت با دیگران، بیشترین و کمترین مورد به رشد و بالندگی مربوط می‌باشد. بر اساس نتایج میانگین از بین خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین والدین دانش‌آموزان مرزی، ارتباط مثبت با دیگران بیشترین و رشد و بالندگی کمترین مورد مربوط می‌باشد. بر اساس نتایج بدست آمده والدین دانش‌آموزان آموزش‌پذیر به لحاظ سلامت روانی، نمره بیشتری از والدین دانش‌آموزان عادی کسب کرده‌اند.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، کودکان آموزش‌پذیر، کودکان عادی، هوش مرزی

۱. Goldberg



مقدمه

حضور کودک عقب مانده ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد، کودک بر اثر تعارض‌های شدید میان اعضای خانواده، کل خانواده را درگیر بحران می‌کند. (شاهیوندی و میردریکوند، ۱۳۹۳). ممکن است روابط خانوادگی، افزایش فشارهای ناخواسته جسمی، هیجانی و مالی ضعیف شود کودک عقب مانده ذهنی می‌تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند از جمله ایجاد تشدید اختلافاتی زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، خجالت و خشم^۲ و بسیاری از مسایل دیگر (بردن^۳، ۱۹۸۰). مراقبت مداوم از کودک عقب مانده ذهنی اغلب برای والدین استرس‌زا می‌باشد زیرا این دشواری‌های کودکان به طور اجتناب ناپذیری بر زندگی آنها اثر می‌گذارد (کرنیک^۴ و همکاران، ۱۹۸۳) تحقیقات نشان داده است که والدین کودکان عقب مانده ذهنی عموماً در خطر مشکلات زندگی خانوادگی و دشواری‌های عاطفی قرار دارند (بکمن^۵، ۱۹۹۱، سینگر و اوروین ۱۹۸۹). به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه روست. این مسایل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب بر هم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شوند و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. (ولی زاده و همکاران و ۱۳۸۷). سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه موثر می‌باشد.

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 می‌کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (شاهیوندی و میردریکوند، ۱۳۹۳).

یکی از مفاهیم اصلی مدل سلامت بهزیستی است. مدل سلامت سه نوع بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را با هم ترکیب کرده و مفهوم جامع و کامل از بهزیستی را هم که جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه کاربردی (بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی) سلامت روانی را در بر می‌گیرد به وجود آورده اند. سلامت روانی دارای ۱۳ نشانه است که ۲ نشانه مرتبط با بهزیستی هیجانی ۵ نشانه مرتبط با بهزیستی اجتماعی و ۶ نشانه مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است. و دارای مولفه‌های ۱- خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...)- ۲- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...)- ۳- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...)- ۴- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی)- ۵- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...)- ۶- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و...) می‌باشد. همچنین والدینی که دارای عزت نفس بالایی می‌باشند سلامت روانی بهتر بهزیستی روان‌شناختی بهتری نسبت به والدینی دارند که دارای عزت نفس پایینی می‌باشد. با توجه به مطالعات در ایران و این که در استان سیستان و بلوچستان مشابه این تحقیق انجام نگرفته لذا لزوم انجام چنین تحقیقی در استان ضروری به نظر می‌رسد و خصوصاً در آینده نیز می‌توان از نتایج این تحقیق نیز در مراکز مشاوره، آموزشگاه‌های استثنایی و مدارس عادی، سازمان بهزیستی، کلینیک‌های سلامت روان جهت خدمت‌رسانی استفاده کرد. با توجه به موضوع تحقیق، سؤال اصلی تحقیق را چنین طرح می‌کنیم: آیا بین بهزیستی روان‌شناختی با عزت نفس و سلامت روانی در والدین کودکان عادی و مرزی رابطه‌ای وجود دارد؟

تحقیقات متعددی در خصوص سلامت روانی انجام گرفته است که برخی از این تحقیقات رابط بین سلامت روانی و خانواده و همچنین ازدواج مجدد را مورد بررسی قرار داده اند، پس لازم است تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته است مورد بررسی قرار گیرند.

در مطالعه‌ای که توسط شاهیوندی و میردریکوند تحت عنوان بررسی رابطه عزت نفس با سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی در شهرستان نورآباد دلفان در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت نتایج نشان داد که نمره سلامت روانی در والدین دانش‌آموزان مرزی

۲. Anger
۳. Burden

۴. Crnic
۵. Beckman

۱. World Health Organization



بیشتر از دانش آموزان عادی است بدین معنی که والدین کودکان مرزی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و همچنین از لحاظ عزت نفس بین والدین دانش آموزان عادی و مرزی مشاهده نشد و مشخص شد که نمره بهزیستی روانشناختی در بینوالدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان مرزی می باشد بدین معنی بهزیستی روانشناختی بیشتری دارند. در مطالعه ای که تحت عنوان مقایسه ی بهداشت روانی بین دانشجویان مجرد و متاهل خوابگاهی انجام گرفت به شرح زیر می باشد. نمونه تحقیق مذکور ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر مجرد و ۶۰ نفر متاهل) می باشد که به صورت تصادفی انتخاب شده اند و نتایج نشان داد که بین دانشجویان مجرد و متاهل نمره کل سلامت روانی (یعنی از نظر اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی) تفاوت معنی داری وجود ندارد. محقق علت معنی ندار بودن دو گروه از لحاظ سلامت روان را به علت وجود عوامل مزاحم مانند نمونه های انتخاب شده هر دو گروه خوابگاه دانشجویی زندگی می کنند و چون هر دو گروه از خانواده همسرشان دور هستند و همچنین مشکلات مربوط به خوابگاه ها و مشکلات خاص خود دانشجویان می داند (اختیاری امیری، ۱۳۸۳).

در پژوهشی که در شهر اهواز تحت عنوان: مقایسه ی سلامت روان زنان در خانواده های تک همسر با زنان در خانواده های چند همسری انجام گرفت. نتایج نشان داد که احتمالاً فشار روانی ناشی از چند همسر داشتن یک مرد، بتدریج تعادل روانی زنان چنین خانواده هایی را بر هم زده و آنها را مستعد ابتلاء به بیماریهای روانی می کند. آشتفگی ناشی از بر هم خوردن شکل طبیعی خانواده منجر به عقاید ضد سازشی و کاهش رضایت از زندگی، عصانیت، عدم کنترل رفتار و ... خواهد شد (شاهپوندی و میردریکوند، ۱۳۹۳).

امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان شناختی بهزیستی است (ریف و سینگر، ۱۹۹۸، آنتونوفسکی، ۱۹۸۷، استرامپفر ۱۹۹۰).

بهزیستی روان شناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روان شناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید دارد به عنوان مثال دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران. جمع گسترده ای از ادبیات تحقیقی در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی به تجزیه و تحلیل چالشهای و مشکلات اساسی زندگی پرداخته است (ریف^۱ و کیس^۲، ۲۰۰۲).

نظریه پردازان «گستره ی زندگی» نظیر اریکسون (۱۹۵۹) و نوگارتن^۵ (۱۹۷۳) التزامهای دوره های مختلف سنی و راه هایی را که فرد بطور موفقیت آمیزی می تواند بر آنها غلبه کند را تبیین کرده اند. روانشناسان علاقمند به رشد و پیشرفت کامل انسان سازه هایی از قبیل خودشکوفایی (ابراهام مزلو، ۱۹۶۸) کمال رشد^۶ (گوردون آلپورت، ۱۹۶۸) و تفرد (کارل یونگ، ۱۹۳۲) را پیشنهاد و ارائه کرده اند.

عمران نسب (۱۳۷۸) در پژوهش با عنوان بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان در دانشجویان سال آخر کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران سال ۱۳۷۷ موضوع را بررسی کرده است. نتایج نشان داده است که ۱۲/۲۳ درصد واحد های مورد پژوهش از اعتقادات دینی قوی برخوردار بودند و ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن و میزان درآمد ماهیانه با اعتقادات دینی وجود داشته است. همچنین اکثریت واحد های مورد پژوهش (۶۰/۵۵ درصد) دارای به طور کلی نتایج این مطالعه، نشان دهنده ارتباط معنی داری بین متغیرهای اعتقادات دینی و سلامت روانی بوده است.

نتایج پژوهش مهربابی زاده و همکاران (۱۳۸۰) نشان داده است که بین سلامت روانی والدین کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معنا داری وجود دارد.

حقیقی و همکاران (۱۳۸۴) با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داده است که آموزش مهارتهای زندگی با توجه به میانگین تفاضل نمره های دانش آموزان گروه آزمایشی نسبت به میانگین تفاضل نمره های دانش آموزان گروه گواه موجب افزایش عزت نفس گروه آزمایشی شده است.

۱. Strumpfer
۲. Ryff
۳. Keyes
۴. Life-span
۵. Neugarten
۶. Maturity



میکائیلی و شهینی (۱۳۸۶) بررسی شیوع کودک آزاری و پیش بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش آموز و متغیرهای جمعیت شناختی در دانش آموزان دختر آزار دیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز انجام دادند. نتایج نشان داده است که حدود ۱۸ درصد آزمودنی ها در معرض کودک آزاری بالاتر از متوسط قرار گرفته اند همچنین، کودک آزاری را می توان از روی متغیرهای سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش آموز و متغیرهای جمعیت شناختی پیش بینی نمود.

احمد علی نرو بالا و همکاران (۱۳۸۷) پژوهشی را به عنوان، تعیین بررسی وضعیت روان افراد و بالاتر ساکن منطقه شهری و روستایی استانهای کشوری در سال ۱۳۷۸ روی جمعیت ۳۵۰۱۴ نفر و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ۲۸) به عنوان ابزار بررسی سلامت روانی و غربالگری اختلالات روانی بر روی آنها و تکمیل گردید که نتایج این تحقیق نشان داده که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان است (۲۵/۹ درصد مقابل ۱۴/۹ درصد) که با نتایج پژوهش کلی انجام گرفته در جهان و ایران هم خوانی دارد.

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

نتایج پژوهش اولشانسکی^۲ (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 توان ذهنی عمیق باشد.

فینستین^۳، دونالد^۴، جوردان^۵ (۱۹۸۲) در ارتباط با رابطه عزت نفس و افسردگی با رضایت شغلی و ارتباط کانونهای کنترل با افسردگی بر روی نمونه ای از ۳۲ نفر از معلمان دبیرستان و ۱۷ نفر از معلمان دانش آموزان دارای اختلالات عاطفی تحقیقی به عمل آوردند نتایج پژوهش دلالت بر همبستگی منفی بین رضایت شغلی و افسردگی و همبستگی مثبت بین عزت نفس و رضایت شغلی داشت. کانونهای کنترل (درونی و بیرونی) اثر قابل ملاحظه ای بر افسردگی نداشتند و ارتباط هر دو افسردگی به یک اندازه بود.

مایر^۶ (۲۰۰۰) روی ۲۱۷ پدر و مادر کودک ناشنوای آلمانی که کودکان آنان در سنین ۱۲ تا ۶ سال بودند مطالعه ای را با شاخص استرس والدین (اپیدمن^۷، ۱۹۹۰) انجام داد و به این نتیجه رسید که هر چه آسیب شنوایی کودکان بیشتر باشد والدین مشکلات بیشتری را هم در ارتباط خود با دیگران و تعدادی از آنان با افراد ناشنوای بزرگسالان ارتباط داشتند افسردگی کمتری را گزارش کردند.

رونی و همکاران^۸ (۲۰۰۳) دریافته اند که بین ابعاد بهزیستی روان شناختی و اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه منفی و معناداری وجود دارد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۶).

پژوهش جونز و پسی^۹ (۲۰۰۴) نشان داده است که سبک مقاله در کتاب منبع کنترل مهمترین پیش بینی کننده تنش در والدین بود.

نتایج پژوهش جاکز (۲۰۰۶) که پژوهش هایی درباره 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 روان شناختی انجام شده اند خانواده ها و مادرانی که بیشتر از سبک مسئله محور بهره می گیرند سطوح پایین تری از فشارهای روانی را تجربه می کنند.

روش شناسی پژوهش

از نظر روش گردآوری داده ها : روش توصیفی- همبستگی می باشد. از نظر هدف تحقیق کاربردی است. از نظر قلمرو زمانی : مقطعی و در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ و از نظر قلمرو مکانی شهر تبریز است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل والدین دانش آموزان دارای هوش مرزی و والدین دانش آموزان عادی مقطع ابتدایی می باشد. روش نمونه گیری طبق جدول کرجسی و مورگان مورگان از جامعه مورد نظر به تعداد ۳۲۰ نفر می باشد و با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای صورت

۱. Haldi and hanerlik
۲. Ulshanski
۳. Feinstein
۴. Donald
۵. Jordan
۶. Mayer
۷. Epidman
۸. Ronny et all
۹. Jones and Upsilon

گرفت. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی زنجانی طبسی (۱۳۸۳) و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸-GHQ (۱۹۷۹) می‌باشد. برای بررسی روایی محتوایی و صوری پرسشنامه از نظرات اساتید و صاحب نظران، روانشناسان و متخصصان علوم تربیتی استفاده گردید و بعد از اصلاحات لازم روایی پرسشنامه قبل از جمع‌آوری اطلاعات مورد تأیید ایشان قرار گرفت.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی:

این پرسشنامه توسط زنجانی طبسی (۱۳۸۳) به منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی ابداع شده است. مقیاس اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی دارای ۷۷ سؤال (گویه) است، که بر اساس روش و اصول روانسنجی تهیه شده است. این آزمون از ۶ خرده‌مقیاس تشکیل شده است: خرده‌مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۹ سؤال است، خرده‌مقیاس معنویت که دارای ۱۳ سؤال است، خرده‌مقیاس شادی و خوش‌بینی که ۱۹ سؤال از پرسشنامه را به خود اختصاص داده است، خرده‌مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است. خرده‌مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده‌مقیاس خود، پیروی از ۱۰ سؤال را شامل می‌شود (شاهیوند و میردکوند، ۱۳۹۳).

نمره‌گذاری و تفسیر: مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی، مقیاس پنج‌گزینه‌ای است که هر گزینه نشان‌دهنده نوع نظر آزمودنی درباره خودش است. برای نمره‌گذاری، به هر گزینه یک کد از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. در کل تعداد ۲۲ سؤال به صورت منفی در مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. قابلیت اعتماد: قابلیت اعتماد مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی از طریق دو روش همسانی دورنی و باز آزمایی مورد سنجش قرار گرفته است. به منظور برآورد همسانی دورنی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردیده است، ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس ۰/۹۴ است. این ضریب در آزمونهای فرعی بین ۰/۹۰ و ۰/۶۲ بدست آمده است. مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی در دو نوبت به فاصله زمانی دو هفته بر روی گروه واحدی از آزمودنیها اجرا گردیده است. ضریب همبستگی بدست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۶، برای خرده‌آزمونهای بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح $(a < 0.01)$ معنی‌دار است.

روایی: روایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به دو طریق بررسی گردید، که یکی روایی محتوا و دیگری روایی سازه بوده است. شواهد وابسته به محتوا: مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد و مولفه‌های آن در اختیار اساتید، کارشناسان و محققان مربوطه قرار گرفته و باتوجه به چارچوب نظری معتبر و روا شناخته شده است. شواهدی مربوط به روایی سازه: روایی سازه آزمون به دو روش بررسی گردیده: محاسبه ضریب همبستگی کل آزمون با خرده‌آزمون‌ها و تحلیل عاملی.

الف) محاسبه ضریب همبستگی کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها: آزمون بهزیستی روان‌شناختی با شش خرده‌آزمون خود همبستگی بالایی دارد و تنها خرده‌آزمونهای رشد و بالندگی فردی همبستگی دارند، که نشان از روایی نسبتاً مطلوب این مقیاس است.

ب) تحلیل عاملی: طبق نتایج تحلیل عاملی که به روش PC چرخش متمایل (اولمین) بدست آمده است مقیاس بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل اصلی اشباع شده است که بر اساس چارچوب نظری تحت عنوان‌های رضایت از زندگی، شادی و خوش‌بینی، معنویت، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خود پیروی شده است (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳).

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸-GHQ:

شناخته‌ترین آزمون غربالگری است که تاکنون در روانپزشکی تأثیر بسیار زیادی بر پیشرفت پژوهشهای داشته است (هندرسون ۱۱۹۹۰). این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته است امروزه این پرسشنامه به منظور استفاده به ۳۶ زبان ترجمه شده است. بسیاری از محققین (چیونگ و اسپیرز، ۱۹۹۴) تصریح کرده‌اند که این پرسشنامه هم استفاده بالینی داشته و هم در جامعه کاربرد دارد (یعقوبی، ۱۳۷۴) لازم به ذکر است که نمره برش در این پرسشنامه نیز نمره ۲۳ در نظر گرفته می‌شود.

پایایی:

فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال بوده است. به تناسب شرایط، فرمهای کوتاه تری از پرسشنامه سلامت عمومی مشتمل بر ۱۲، ۲۸، ۳۰، ۳۰، ۳۰ ماده نیز تهیه شد. فرم میزان ۱ شده یا ۲۸ سوالی در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس ساخته شده و براساس تحویل عاملی فرم کامل GHQ معنی نسخه ۶۰ سوالی آن می‌باشد. نتایج چندین مطالعه بنجامین و

۱. Henderson

۲. Goldberg

۳. Chiong & Spirese



همکاران (۱۹۸۲) دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از پرسشنامه ۲۸ و ۶۰ ماده ای سلامت عمومی و تشخیص اختلالات روان شناختی دارد (یعقوبی، ۱۳۷۴).

راپیتزا^۴ و پراکس (۱۹۸۱) بر این باورند که آزمون سلامتی عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روان شناختی برخوردار است و پیشنهاد می کنند که به منظور صرفه جویی در وقت و هزینه، فرم کوتاه ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شود. متن پرسشنامه درباره وضع سلامت عمومی افراد با تأکید بر مسائل روان شناختی در زمان حال است. در تمامی سئوالها، آزمودنی باید گزینه هایی را که با اوضاع و احوال بیشتر مطابقت دارد مشخص نماید. پاسخ آزمودنی به هر یک از پرسشها در یک طیف چهار درجه ای خیلی کمتر از همیشه، کمتر از همیشه، مثل همیشه و بیشتر از همیشه، مشخص می شود در همه گزینه ها درجات پائین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی در فرد است. (شاهپوند و میردکوند، ۱۳۹۳).

۲۸ GHQ چهار مقیاس فرعی را در برمی گیرد که بدین شرح است:

الف) نشان های جسمانی: ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد سردرد، احساس ضعف و سستی، 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. توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیتهای روزمره زندگی را بررسی می کند.

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

یافته های تحقیق

بررسی متغیرهای اصلی و فرضیات تحقیق:

در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه بهزیستی روان شناختی و خرده مقیاس های پرسشنامه

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۴۳	۳,۸۱	۳۱۶	رضایت از زندگی	خرده مقیاسهای پرسشنامه بهزیستی روان شناختی
۰,۴۲	۳,۸۰	۳۱۷	معنویت	
۰,۳۸	۳,۶۷	۳۱۵	خوشی	
۰,۴۰	۳,۲۹	۳۱۱	رشد و بالندگی	
۰,۴۹	۴,۱۹	۳۱۱	ارتباط مثبت با دیگران	
۰,۴۵	۳,۶۵	۳۱۱	خود پیروی	

برای پاسخگویان (والدین) ارایه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی

بر اساس نتایج جدول فوق، مشاهده می شود که بیشترین میانگین به ارتباط مثبت با دیگران (۴/۱۹) تعلق دارد و بعد از آن رضایت از زندگی با میانگین (۳,۸۱) و رشد و بالندگی با کمترین میانگین (۳,۲۹) بدست آمده است.

در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه بهزیستی روان شناختی برای والدین دانش آموزان عادی ارایه شده است.

۴. Ropitza



انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۳۸	۳,۹۲	۱۵۳	رضایت از زندگی	خرده مقیاسهای پرسشنامه بهزیستی روان شناختی
۰,۴۰	۳,۸۸	۱۵۴	معنویت	
۰,۳۵	۳,۸۰	۱۵۳	خوشی	
۰,۳۷	۳,۳۵	۱۵۰	رشد و بالندگی	
۰,۴۳	۴,۲۹	۱۵۰	ارتباط مثبت با دیگران	
۰,۴۵	۳,۷۱	۱۵۰	خود پیروی	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی

بر اساس نتایج جدول فوق مشاهده می شود که از بین خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی، ارتباط مثبت با دیگران با میانگین ۴/۲۹ بیشترین و کمترین مورد به رشد و بالندگی با میانگین ۳/۳۵ مربوط می باشد.

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۴۵	۳,۶۹	۱۶۳	رضایت از زندگی	خرده مقیاسهای پرسشنامه بهزیستی روان شناختی
۰,۴۲	۳,۷۲	۱۶۳	معنویت	
۰,۳۸	۳,۵۶	۱۶۲	خوشی	
۰,۴۲	۳,۲۲	۱۶۱	رشد و بالندگی	
۰,۵۳	۴,۰۹	۱۶۱	ارتباط مثبت با دیگران	
۰,۴۵	۳,۶۰	۱۶۱	خود پیروی	

در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه مقیاسهای بهزیستی روان شناختی برای والدین دانش آموزان مرزی ارایه شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان مرزی بر اساس نتایج جدول فوق مشاهده می شود که از بین خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان مرزی، ارتباط مثبت با دیگران با میانگین ۴/۰۹ بیشترین بوده است و کمترین مورد به رشد و بالندگی با میانگین ۳/۲۲ مربوط می باشد.

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۴۰	۱,۸۰	۱۵۴	والدین دانش آموزان عادی	مقیاس پرسشنامه سلامت روان
۰,۴۷	۲,۰۰	۱۶۳	والدین دانش آموزان مرزی	

در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه سلامت روان به تفکیک والدین دانش آموزان عادی و مرزی ارایه شده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار در مقیاس سلامت روان به تفکیک والدین دانش آموزان عادی و مرزی بر اساس نتایج جدول فوق، مشاهده می شود که والدین دانش آموزان مرزی به لحاظ سلامت روان نمره بیشتری از والدین دانش آموزان عادی کسب کرده اند. بطوریکه این نمره برای والدین دانش آموزان مرزی ۲,۰۰ و برای والدین دانش آموزان عادی ۱,۸۰ می باشد.



بهبودی روان‌شناختی	همبستگی پیرسون (r)	سطح معنی‌داری (sig)
والدین دانش آموزان عادی	۰/۴۰	۰/۰۰۰
والدین دانش آموزان مرزی	۰/۳۷	۰/۰۰۱

جدول ۵- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روانی با بهبودی روان‌شناختی در بین والدین کودکان عادی و مرزی

رابطه این دو متغیر با آزمون آماری پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج با توجه به سطح معنی‌داری نشان می‌دهد بین سلامت روانی با بهبودی روان‌شناختی در بین والدین کودکان عادی و مرزی تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است بطوریکه که سطح معنی‌داری در بین والدین دانش آموزان عادی (sig=۰/۰۰۰) و مرزی (sig=۰/۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است. بدین معنی که بین سلامت روانی و بهبودی روان‌شناختی والدین کودکان عادی و مرزی رابطه مستقیم معنی‌داری مشاهده شده است. در جدول زیر نتایج آزمون t برای مقایسه میزان بهبودی روان‌شناختی والدین کودکان عادی و مرزی ارائه شده است. جدول ۶- بهبودی روان‌شناختی در بین والدین کودکان عادی و مرزی

ضریب فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪	احتمال انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	سطح معناداری Sig	df	ارزش t	سطح معنی‌داری Sig	ضریب f	
۰/۲۵۱۴	۰/۱۰۳۴۳	۰/۰۳۷	۰/۰۰۰	۳۱۵	۴/۷۱	۰/۳۷	۰/۷۸۰	برای برابری واریانس‌ها
۰/۲۵۱	-۴/۳۸۵۹	۰/۰۳۷	۰/۰۰۰	۳۱۴/۹۸۰	۴/۷۲			برای نابرابری واریانس‌ها

نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی‌داری (sig = ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری از لحاظ بهبودی روان‌شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی و مرزی مشاهده شده است. با بررسی میانگین‌های جدول زیر مشاهده می‌شود که نمره بهبودی روان‌شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان مرزی است. بدین معنی بهبودی روان‌شناختی بیشتری دارند.

خطای معیار میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها
۰/۰۲۶	۰/۳۲	۳/۸۲	۱۵۴	والدین دانش آموزان عادی
۰/۰۲۷	۰/۳۴	۳/۶۵	۱۶۳	والدین دانش آموزان مرزی

در جدول زیر نتایج آزمون t برای مقایسه میزان سلامت روانی بین والدین کودکان عادی و مرزی ارائه شده است.



جدول ۷- سلامت روانی در بین والدین کودکان عادی و مرزی

ضریب فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪	احتمال انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	سطح معناداری Sig	درجه آزادی	ارزش t	سطح معنی داری Sig	ضریب f	
-۰/۱۰۹۶	۰/۰۴۹۴	-۰/۲۰۶	۰/۰۰۰	۳۱۵	-۴/۱۸۷	۰/۰۲۳	۵/۲۰۶	برای برابری واریانس‌ها
-۰/۱۱۰۱	۰/۰۴۹۱	-۰/۲۰۶	۰/۰۰۰	۳۱۱/۳۶۵	-۴/۲۰۶			برای نابرابری واریانس‌ها

نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی داری (sig = ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت روانی در بین والدین دانش آموزان عادی و مرزی مشاهده شده است. با بررسی میانگین‌های جدول زیر مشاهده می‌شود که نمره سلامت روانی در بین والدین دانش آموزان مرزی بیشتر از والدین دانش آموزان عادی هست. بدین معنی که والدین کودکان مرزی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

خطای معیار میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه‌ها
۰/۰۳۲	۰/۴۰	۱/۸۰۴	۱۵۴	والدین دانش آموزان عادی
۰/۰۳۷	۰/۴۷	۲/۰۰۳	۱۶۳	والدین دانش آموزان مرزی

در جدول زیر نتایج آزمون پیرسون برای سنجش میزان رابطه بین سن پاسخگویان و بهزیستی روان‌شناختی آنان ارائه شده است.

جدول ۸- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر سن و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	همبستگی پیرسون (r)	سطح معنی داری (sig)
بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۹	۰/۱۰
سن		

رابطه این دو متغیر با آزمون آماری پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج با توجه به سطح معنی داری نشان می‌دهد بین سن با بهزیستی روان‌شناختی در بین والدین کودکان دانش آموزان رابطه معنی داری مشاهده نشده است بطوریکه که سطح معنی داری بالاتر از ۰,۰۵ هست. بدین معنی که بین سن پاسخگویان و بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان رابطه معنی داری مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج تحقیق، تعداد پاسخگویان را ۵۸ درصد والدین پدر و ۴۲ درصد مادر تشکیل داده‌اند. به لحاظ سن، ۲,۵ درصد از پاسخگویان کمتر از ۲۰ سال سن داشته‌اند، ۵,۴ درصد بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۷ درصد بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۳۹ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۴,۴ درصد بین ۴۰ تا ۶۰ سال و ۱,۶ درصد بیشتر از ۶۰ سال را تشکیل داده‌اند. بررسی میزان تحصیلات در بین پاسخگویان نشان داده است که: ۳۶ درصد از پاسخگویان ابتدایی، ۲۱,۱ درصد سیکل، ۲۴,۴ درصد دیپلم، ۷,۲ درصد فوق دیپلم، ۱۰,۸ درصد لیسانس و ۰,۴ درصد فوق لیسانس بوده‌اند. متغیر میزان درآمد ماهیانه نیز نشان می‌دهد که: ۱۶,۴ درصد از پاسخگویان کمتر از ۱۰۰ هزار تومان درآمد دارند، ۲۰,۸ درصد بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان، ۲۰,۲



درصد بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان، ۱۸ درصد بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان، ۲۲٫۴ درصد بین ۴۰۰ تا ۶۰۰ هزار تومان و ۲٫۲ درصد بیشتر از ۶۰۰ هزار تومان درآمد دارند.

نتایج نشان داد که در بین خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بیشترین میانگین به ارتباط مثبت با دیگران تعلق دارد و بعدازآن رضایت از زندگی آمده است و کمترین میانگین به رشد و بالندگی تعلق دارد. بر اساس مشخصه‌های آماری از بین خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی، ارتباط مثبت با دیگران، بیشترین و کمترین مورد به رشد و بالندگی مربوط است. بر اساس نتایج میانگین از بین خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین والدین دانش آموزان مرزی، ارتباط مثبت با دیگران بیشترین و رشد و بالندگی کمترین مورد مربوط است. بر اساس نتایج والدین دانش آموزان آموزش پذیر به لحاظ سلامت روانی نمره بیشتری از والدین دانش آموزان عادی کسب کرده‌اند.

منابع:

- [۱] زنجانی طبسی، رضا (۱۳۸۳)، ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- [۲] شاهپوندی، هوشیار و میر دریگوند، فضل‌الله (۱۳۹۳)، بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان عادی و کودکان مرزی ۷-۱۲ ساله در شهرستان نورآباد دلفان، کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی و مطالعات رفتاری،
- [۳] ولی زاده، شیرین (۱۳۸۷)، روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، *تعلیم تربیت استثنایی*، شماره ۸۵ و ۸۴ ص ۷۰.
- [۴] میلانی فر، بهروز (۱۳۷۴)، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، تهران، نشر قومس.
- [۵] میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲)، *بهداشت روانی*، چاپ هشتم، تهران، نشر قومس.
- [۶] اختیاری امیری راضیه، (۱۳۸۳)، مقایسه بهداشت روانی دانشجویان مجرد و متأهل خوابگاهی، *خلاصه مقالات نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران*، دانشگاه شهید بهشتی.
- [۷] عمران نسب عمران، (۱۳۸۷)، *بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان در دانشجویان سال آخر کارشناسی علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- [۸] مهرابی زاده هنرمند، نجاریان بهمن، مسعودی میترا (۱۳۸۰)، مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۷-۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، شماره ۲ ص ۱۸۷.
- [۹] میکائیلی فرزانه، (۱۳۸۸)، مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی و عادی، *تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره ۹۲ ص ۸۸.
- [۱۰] احمدی، زینب (۱۳۷۷)، مقایسه عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی، شهر اهواز پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، اهواز، ص ۱.
- [۱۱] هالان، دانیل پی، کافمن جیمز (۱۳۷۱)، *کودکان استثنایی* (مقدمه ای بر آموزشهای ویژه)، ترجمه جوادیان مجتبی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- [۱۲] هرشن سن، دیوید پاور، پال دلبلیو (۱۹۸۸)، *مشاوره بهداشت روانی: نظریه و عمل*، ترجمه منشی طوسی محمد تقی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- [۱۳] کلمز هریسف، (۱۳۷۵)، *روشهای تقویت عزت نفس در نوجوانان*، ترجمه علیپور پروین، مشهد، آستان قدس رضوی.
- [۱۴] Ryff. C. D. Keyes. C. I. m Shomtkin .D. (۲۰۰۲). **Optimal well-being : Empirical Encounter of two traditional.** Journal of Personality and social psychology. ۶۲ (۶). ۱۰۰۷-۱۰۲۲.
- [۱۵] Skinner. B. F. (۱۹۷۳). **Beyond Freedom and Dignity** politic Grov. California u.s.a.
- [۱۶] Burden.R.L (۱۹۸۰) **measuring the effects of steers on the mother of handicapped infants: mast depression always follow?**
- [۱۷] Beckman, P.J (۱۹۹۱) **Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without.**



[۱۸] Cmic, k., friedrich, w., Greenberg, m(۱۹۸۳). **Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology.** American journal of mental deficiency , ۸۸, ۱۲۵-۲۳۱.

Archive of SID