پژوهش در حیطه کودکان استثنایی / سال هفتم، شماره ۴، ۱۳۸۶، ۳۸۵-۴۰۶
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.7, No.4, 385-406

مقایسهٔ بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی و مادران آنها

سیده مریم هاشمی‌نسب[۱]، دکتر علیرضا آقایوسفی[۲]* و دکتر احمد علی پور[۱]

تاریخ دریافت: ۸۶/۵/۲۷ **تجدید نظر: ۸۶/۷/۸** **پذیرش نهایی ۸۶/۱۰/۳**

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی رابطهٔ بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی و مادران آنها اجرا شده است. **روش** برای رسیدن به اهداف و آزمون فرضیه‌های مربوط، از میان کودکان کم‌توان ذهنی در شمال شهر تهران در جایگاه‌های جغرافیایی با امکانات اقتصادی نسبتاً مرتفع‌تر و شهر همدان به منابهٔ شهری متوسط و دورتر از مرکز کشور، یک نمونهٔ ۳۵۶ نفری انتخاب شدند که از این تعداد نمونه‌ها، ۴۳ درصد نمونه از شهر همدان و ۵۶/۷ درصد نمونه از شمال تهران از طریق روش نمونه گیری تصادفی در شمال تهران و همهٔ اعضای جامعه در همدان انتخاب شدند و داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان (WI-A[۳]) و نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس نارسایی‌های شناختی (WI-ID[۴]) جمع‌آوری شدند. **یافته‌ها:** نتایج آزمون دست آمده برحسب توزیع t نشان داده است که بین بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر، تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین نمرات بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی در شهر همدان به گونه‌ای معنادار، بیشتر از همتایان آنها در شمال تهران است. نتایج همچنین نشان دادند که بهزیستی شخصی مادران در دو شهر همدان و تهران نیز یکسان هستند. با این حال، محاسبهٔ ضریب همبستگی پیرسون، حاکی از وجود رابطه‌ای مستقیم بین بهزیستی شخصی مادران و کودکان آنها بود؛ به این معنا که با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان کم‌توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت. این یافته با آنچه در پژوهش‌های مشابه در دیگر کشورها به دست آمده، یکسان است. **نتیجه‌گیری** بهزیستی شخصی مادران با بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی ارتباط دارد، اما بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی پسر و دختر متفاوت نیست.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی شخصی، کودکان کم‌توان ذهنی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی*

---

۱. دانشگاه پیام نور تهران
۲. دانشگاه پیام نور قم
* **نویسنده رابط:** قم - دانشگاه پیام نور، ۷۸۸۵۸۶، ۲۵۱ (Email: arayeh1100@gmail.com)

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

مقدمه

داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است و در طول سالیان دراز، یافتن زندگی خوب، چگونگی دستیابی به آن، افکار و تحقیقات فلاسفه و دانشمندان را به خود معطوف داشته است. کیفیت زندگی[1] مفهوم وسیعی است که همهٔ ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی گیرد. این اصطلاح که در زمین های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می شود، ا ب در تح قات روان ش ختی و پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان ، شامل ابعاد مختلف فیزیکی، اجتماعی، جسمانی و معنوی می شود(سینتیا و پاملا ۱۹۹۸).

زندگی ، دارای الگوهای متغیری است که بر اساس تجارب و تعامل انسان با جهان برون شکل می گیرد. این تجارب منحصر به فرد هستند و در محدودهٔ زندگی شخصی ، مطرح می شود؛ مانند ازدواج، اشتغال، سلامت و مانند آن. رضایت و یا نداشتن رضایت از تجربیات زندگی، ناشی از وجود ا عدم هماهنگی بین موقعیتهای فعلی و موقعیتهای مورد انتظار و مطلوب است (کلایتون ۹۹۴). باید تصریح کرد که کیفیت زن گی، همان زندگی تجربه شده نیست ، بلکه ادراک فاعلی زندگی تجربه شده از س ی فرد در طول زمان است. کیفیت زندگی ، تنها به احساس خوشایند یا ناخوشایند فرد از زندگی برنمی گردد، بلکه دیدگاه و داوری فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموع ای از حوادث و یا زندگی جاری فرد در د ون جامعه ، در طی یک دورهٔ زمانی است و فرایندی منطقی و مفه می استوار بر پایهٔ فرهنگ و خلاص ای از ارزشها، باورها و تجارب شکل گرفتهٔ آن فرهنگ است و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می کند؛ بنابراین، کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در ز نهٔ ر هنمایی، نگ داری و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگهای مختلف است (مارسیا تست[3] و سیمونسون ، ۱۹۹۶).

سلامت و شادابی افراد جامعه بزرگ ترین پشتوانه هر کشور برای پیشرفتهای اجتماعی ، اقتصادی و فرهنگی است و هرگونه سرمایه گذاری مادی یا آموزشی در این زمی ه را باید نوعی سرمایه گذاری بنیادی ، تلقی کرد. به خصوص اینکه زندگی مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزشهای دینی ما مسلمانان دارد (سخایی ۳۶۵ و جمالیان، ۳۷۴). در طی چند دههٔ گذشته، جنبشی نو به وجود آمده است که تندرستی را به

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

صورت حق بشری و ه ی اجتماعی شناخته است؛ عنی سلامت برای ارضاء نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید در دسترس همهٔ انسانها قرار بگیرد. اخیراً مفهوم وسیع تری از سلامت . وجود آمده که شامل بهبود کیفیت زندگی است (پارک و پارک ۱۹۹۵).

کیفیت زندگی، یکی از نشانگرهایی است که برای انداز ٔ ری سلامت مطرح شده است (مارسیا تستا و سیمونسون ۹۹۶). این مفهوم خود مـ لهٔ اخلاقی پیچید ای است که تعریف روشن آن دشوار است، مع توان گفت که عبارت است از: کمک به افراد برای اینکه بتوانند تواناییهای نهفته خود را در راه انتخاب بهترین روش برای پیشرفت و بهبودی خو ش به کار گیرند. کیفیت زندگی، معیار و انداز گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد برای سازش یافتگی پیروزمندانهٔ فرد با چالشهای موجود در دنیای واقعی است. این مفهوم برای همهٔ افراد، بدون توجه به ناخوشی یا ناتوانی، در مورد شغل، در خانه، یا در مورد اوقات فراغت فـ د . کار مع رود. برخی مؤلف های کیفیت زندگی را شامل خشنودی - ناخشنودی، شرایط زندگی، شادکامی - ناشادکامی، تجربهٔ زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملی، وضعیت اجتماعی – اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی مع داند(پراپر، ۹۹۷). استانیس زوسکا ۹۹۸) کیفیت زندگی را ب ابر با وضعیت سلامت روانی مع دانند. گوتای ۹۹۲) کیفیت زندگی را حالتی از رفاه مع داند که از دو پاره تشکیل شده است - توانایی انجام دادن کارهای روزانه که بازتاب آن رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است. - خشنودی بیمار از سطوح عملکردی و کنترل بیماری و علائم مر ط به آن. از دید کامینز ۲۰۰۵)، بهزیستی شخصی جنبهٔ روا ش ختی کیفیت زندگی و حالت مثبت از رفاه جسمانی ، شناختی و اجتماعی است و فقدان آسیب یا بیماری در طول زمان. بهزیستی شخصی . صورت پیوسـ ی است که در یک سوی آن بیماری و در دیگر سو بهزیستی فراگیر است (میر ایی ۱۳۸۰). بهزیستی شخصی، واژ ای است که اغلب برای توصیف احساسی که مردم در مورد زندگی خود دارند، ب کار گرفته مع شود و شامل پاسـ ای هیجانی مردم، خشنودی از زندگی و داوری دربارهٔ کیفیت زندگی است (کینگ ۲۰۰۱). امروزه اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در کودکان ک توان ذهنی مورد توجه روز افزونی قرار گرفته است. از آنجا که کمیت و کیفیت زندگی، دو مقوله متفاوت هستند، تقاضای روزافزونی ی ارزیابی

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دقیق کیفیت زندگی احساس م شود (رویسکی ۱۹۹۸). کودکان و نوجوانان ک توا ذهنی همانند دیگر همسالان خود، نیازمند محبت و توجه عاطفی و خ نودی روانی هستند. به نظر م رسد که شرایط عاطفی و انگیزشی کودکان در برانگیختگی روانی، دادن پاسخهای مناسب به محرکهای محیطی، توان یادگیری، سازش یافتگی فردی و مهارتهای اجتماعی آنا ، بیشترین تأثیر را داشته باشد. زمانی که کودکان و نوجوانان از نگرش مثبت و خشنودی نسبت به پدید های گوناگون، الگوهای رفتاری و محیط خانه و مدرسه برخوردار باشند، با بالاترین نیروی انگیزشی، بیشترین و ثمربخش ترین تلاش را از خود نشان م دهند. این م له دربار ۀ کودکان و نوجوانان ک توان ذهنی ، اهمیت بیشتری دارد؛ به بیان روشن تر، معقول ترین شر یط برای ارزیابی رفتارهای هوشمندانۀ کودکان، هن می است که آنها از برانگیختگی روانی چشم ی برخوردارند و آماد اند که با بالاترین توان به سؤا ت و محرکهای ارائه شد، پاسخ دهند (افروز ۱۳۸۴).

فقدان نگرش مثبت، بارآور و خوشایند به پدید های گوناگون، تعامل بین فردی، مشارکت گروهی و م ئ لیت پذیریهای اجتماعی و نداشتن اعتماد به نفس مطلوب، مانع رشد و شکوفایی احساس خودارزشمندی و حرمت خود در کودکان م شود. کودکان و نوجوانانی که همواره شاکلۀ شخصیتی و رفتاری مقبول ایشان در موقعیتهای مختلف ، مورد توجه و تکریم و تأیید و تش یق والدین و افراد خانواده و مربیان واقع ش د، ب تدریج احساس کم ارزشی و کم مقداری در وجود آنها جوانه م زند و با کاهش انگیز های تلاش، احساس بی تفاوتی نسبت به فعالیتها در وجود آنها چیره م شود و احساس رضایت و تندرستی و رفاه کمتری م کنند و فقدان احساس خو رزشمندی ، احتمال آسی پذیر ها و کژرویهای فردی و گروهی را مضاعف م کند (افرو ۱۳۸۳).

رویدادهایی از قبیل درآمد پایین، غیبت والدین به ویژه مادر و ضعف تعادل زیستی باعث پایین آمدن سطح منابع شخصی م شود. اگر چالشهایی از قبیل استرس و درد شدید بر اشخاص پیروز شود، بهزیستی شخصی کاهش م یابد و به زیر حد بهنجار م رسد (کامینز، ۰۰۵). بهزیستی شخصی ، ساختار د می است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی و باعث فقدان احساس خشنودی و اعتماد به خویشتن و احساس اراده یا هدف در زندگی م شود و سرانجام، به کاهش سلامت روانی

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

و جسمانی منجر خواهد شد(کینگ ۲۰۰۱). نتایج تح قات دیوی نشان مي دهد که کاهش بهزیستی شخصی و نشان های افسردگی شدید، ارتباط نزدیکی باهم دارند. بهزیستی شخصي، نشان ه ی افسردگی شدید را کاهش مي دهد، و به طور معناداری پیش بیني کنندۀ نشان های افسردگی است و افزایش آن به کاهش نشان های افسردگی منجر مي شود. این تح قات نشان مي دهند که نمرۀ پایین بهزیستی شخصی با نشان های افسردگی شدید ارتباط دارد (دیوی ۲۰۰۴). علاوه بر این، بعضی از مردم دچار بیماریهای روانی مي شوند و برخی دیگر دچار بیماریهای پزشکی مزمن مي شوند؛ نابراین احتمالاً نشان های افسردگی شدید و بهزیستی شخصی پایین حالتهای روان شـ ختی یکسانی را نشان مي دهند. همچنین شواهد نشان مي دهند که نا می در به کارگیری سازوکار ی روان شـ ختی باعث کاهش بهزیستی شخصی و افزایش نشان های افسردگی مي شود (کامینز ۲۰۰۳).

بر ایۀ پژوهشهای موجود، کودکان ک توان ذهني، بیش از کودکان عادی در معرض ابتلاء به اختلالات روانی هستند (خوشابی، ۱۳۷۸ و ۳۸۴ ؛ میربلوک بزرگی، ۱۳۷۳؛ کینگ، کینگ ، روزنباوم و گافین ۹۹۹). با این حال، بورد ویک دافی و ایمان ۱۹۹۷) یک دلیل آن را وجود گرایش بیشتر در راد دارای دو تشخیص برای جستـ جوی کمک مي د د. دلاور، محمدی و محمدخانی ۳۷۹) نشان داد اند که نمره کل کیفیت زندگی والدین دانش آمو ان آزار دیده به طور معناداری پایین تر از نمره کلی کیفیت زندگی والدین دانش آمو انی اسـ که مورد آزار قرار نگرفته بودند. تح ت دیگر نشان داد اند که وجود یک فرزند دارای اختلال روانی یا معلولیت جدی مي تواند کنش وری خانواده را از نظ یافتگی نخستین آن خارج د و با استرسها و مشکلات گوناگون را رو سازد (مثلاً: پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱؛ ب پژوه و رمضانی ۳۸۳ ؛ خسروی ۳۸۱ ؛ بکمن، ۱۹۸۳ مک لفلین و همکاران ۹۷۷ ؛ برن و کانینگهام ۱۹۸۵؛ حدادیان ۱۹۹۴؛ مالو و بکتل، ۹۹۹ ؛ گرنت، هاگینز،کونور و استریسگوت، ۲۰۰۵). فیرات، سومر دیرل و همکاران ۲۰۰۲) . را ن اورند ه و دین ود ان در ود اند، بیش از والدین ک توان ذهنی دچار مشکلات تندرستی مي شوند و تأثیر مشکل کودک بیمار بر والدین تا حدی است که تح ق بر ی این کودکان نمي تواند جدا از تح ق بر ی والدین آنها باشد. پژوهشهای دیگر، شواهدی حاکی از وجود راب ی مستقیم بین میزان معلولیت،

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

جنس کودک و رتبهٔ تولد با میزان استرس ادراک شده از ه ی والد ن است (عباسی، ۳۷۵). با این حال، پژوهشهای دیگر در ایران با این یافته متناقض هستند و سایرین تفاوتی بین دو جنس و رتبهٔ تولد نیافت اند (فروغان و رضایی ۳۸۴ ؛ ب پژوه و رمضانی، ۳۸۳). اما برخی پژوهشها حاکی از وجود تفاوت میان درجهٔ سازش یافتگی والدین به ویژه ما ران دختران و پسران ک توان ذهنی و ناتوان هستند (پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱).

خمیس ۰۰۶) معتقد است والدین بلندپرواز و ج طلب کودکان ک توان ذهنی بیش از سایرین دچار مشکلات روا ش ختی می شوند. او در پژوهش خود بر روی والدین اماراتی این کودکان و نیز کاترین ۹۹۹) در تح ق خود در استرالی ، بر نقش عوامل اقتصادی در بهبود کیفیت زندگی این خانواد ه ، تأکید کرد اند. با این حال، پژوهشهای دیگر نشان داد اند که شیوهٔ مقابلهٔ والدین با استرس ، ناشی از تولد کودک ک توان ذهنی نیز نقش ه می دارد که قابل چش پوشی نیست. کینگ، کینگ و روزنباوم ۱۹۹۶) معتقدند جست جوی شبکهٔ حما ی اجتماعی می تواند به خوبی به والدین کمک کند تا با این استرس کنار . ند و سازش یابند (مانند ناچشن، گارسین و ماینز ۲۰۰۵).

فرضیه‌ها بر پایهٔ تحقیق ی که مرور شد، می توان شواهدی یافت که حاکی از نقش وجود یک کودک بتلا به تأخیر ذهنی در سلامت اعضای خانواده و به ویژه مادران آنها اش . به نظر می رسد سلامت مادر و کودک به گون ای تفکیک ناپذ ر درهم آمیخت اند از یک سو، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی کودکان ک توان ذهنی به ندرت مورد برر ی قرار گرفته و از دیگرسو، در تحقیقات گوناگون سلامت مادران کودکان ک توان ذهنی با سلامت مادران کودکان عادی، درخو مانده یا سایر کودکان مقایسه شده است. با این حال، به ندرت می توان تحقی ی را یافت که به بررسی رابطهٔ بهزیستی روانی کودکان ک توان ذهنی با این شاخص در مادرانشان بپردازد؛ ب ویژه ا که در کمتر پژوه ی تفاوتهای پار فرهنگی مورد برر ی قرار گرفته است. به این ترتیب، چهار فرضیه برای آزمون در این پژوهش صورت بندی شد:

- بهزیستی شخصی پسران ک توان ذهنی ، بیش از دختران ک توان ذهنی است.
- بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در شهر همدان ، بیش ز کودکان این گروه در شمال تهران است.
- بهزیستی شخصی مادران کودکان ک توان ذهنی در شهر همدان ، بیش از شمال

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

تهران است.

- با افزایش بهزیستی شخصی در مادران ، این شاخص در کودکان ک توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

ز آنجا که هدف در این پژوهش سنجش رابطهٔ بهزیستی شخصی کودکان ک توا ذهنی و مادران آنهاست و همچنین می خواهیم با تحلیل روابط میان متغیرها پاسخ سؤالات خود را پیدا کنیم، از طرح پژوهشی مبتنی بر برآورد همبستگی » استفاد می کنیم.

در این تحقیق جامعه مورد پژوهش کود ان ک توان ذهنی در شهر همدان و شمال شهر تهران هستند و نمونه مورد پژوهش از میان آنها انتخاب شده است. از آنجا که عوامل اقتصادی و فرهنگی از همبست های بهزیستی روانی در تحقیقات گوناگون هستند، فقط از مراکزی که در شمال شهر تهران هستند (مناطق ۱ تا ۵ شهرداری تهر ن) نمون گیری تصادفی به عمل آمد و از هر منطقه ۲ مرکز انتخاب شد و سپس از هر مرکز بر اساس روش نمون گیری تصادفی نظا دار تا به دست آمدن نمونهٔ پژوهش، از بین کودکان ک توان ذهنی آموزش پذیر (خفیف) گامهای نخستین مقیاس اجرا شد (این مقیاس گامهای نخستینی دارد تا ژوهشگر مطمئن شود که آزمودنی تدرج و احساسات را به خوبی درک می کند و می تواند نشان دهد). نمونه در شهر همدان از همهٔ افرادی که در این مراکز حضور داشتند (سرشماری)، تشکیل شده و تعداد کل کودکان ک توان ذهنی در این مراکز شامل ۲۲۰ نفر بودند ک ۱ ۴۳ درصد نمونه ر تشکیل دادند و ۳۸۸ نفردر در شمال شهر تهران ک ۲ ۵۶ درصد از نمونه را تشکیل می داد. تعداد کل جامعهٔ آماری در شهر تهران ۶۰۴ دانش آموز ک توان ذهنی و تعداد کل جامعهٔ مورد تحقیق ۱۵۶ نفر در شهر همدان که شامل ۷۸ پسر و ۷۸ دختر بود که همگی برای تحقیق انتخاب شدند. کو کانی که بر پایهٔ دستورالعمل آزمون نمی توانستند در آزمون شرکت کنند، همراه با مادران آنها از پژوهش حذف شدند. در شمال شهر تهران نمونهٔ پژوهشی شامل ۲۰۰ نفر ۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر) است و در مجموع تعداد نمون ها

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

شامل ۳۵۶ دانش آموز ک توان ذهنی است که سن آنها بین ۹ ت ۲۲ سال و میانگین سنی آنه ۱۵ ۱۴ است.

برای سنجش فرضی های پژوهش، آزمون t برای مقایسۀ بهزیستی شخصی در گروههای مختلف جنسی و شهری و از ضریب همبستگی پیرسون به صورت آمار ای برای برآورد رابطۀ بهزیستی روانی مادران و کودکان استفاد ش . برای تجزیه و تحلیل داد ها از ویراست ۱۴ نرم افزار SPSS استفاده شد است.

ابزار

۱ - *نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس بزرگسالان:* ابزاری برای برآورد بهزیستی روانی در بزرگسالان است. این پرسشنامه شامل دو بخش است: بخش اول می پرسد که روی هم رفته چقدر از زندگیتان راضی هستید و بخش دوم شامل ۷ ماده از شاخص بهزیستی فردی و در برگیرندۀ حوز ه ی خاص رضایت فرد در زندگی است (کامینز، ۲۰۰۵). بخش دوم در بر گیرندۀ هفت مادۀ سنجش رضایتمندی است که هر یک در رابطه با یک قلمرو در حوزۀ بهزیستی روانی طراحی شد است که عبارت ند از: استاندارد زندگی، بهداشت، دست سی به زندگی مناسب، ایمنی، روابط اجتماعی و امنیت در آینده. بهزیستی روانی بخش روار شا ختی کیفیت زندگی است. این هفت حوزه از لحاظ نظری با هم ارتباط دارند، به گون ای که ه ک ممکن است بخشی از پراکنش تک مادۀ بخش اول را تبیین کنند.

روایی و پایایی نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس بزرگسالان ۱۲ پژوهش درباره روی جمعیت استرالیایی و تحقیقات دیگری نیز روی مردم سایر کشورهای جهان انجام شده است که در زمینۀ برآورد پایایی، آلفای کرونباخ بین ۷۰ و ۰/۸۵ در استرالیا و نقاط د گر جهان به دست آمده است. روابط حوز ها اغلب در ح ود ۰/۵۰ و ۰/۸۵ و مجموع روابط مواد مقیاس حداقل ۰/۱۰ گزارش شده است (کامینز ۲۰۰۵).

پایایی نشانگر بهزیستی شخصی در ایران یک بار در سال ۱۳۸۴ به وس لۀ آق یوسفی بر روی همسران ایثارگر محاسبه شده و پایایی این مقیاس، از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۴۵ بوده ا ت (آقایوسفی، ۱۳۸۵). شریف ۳۸۵) نیز پایایی آن را در بارۀ مادران کودکان ک توان ذهنی، در دو شهر تهران و همدا ۰/۶۶ محاسبه کرده است.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

روایی آن نیز در هر دو تحقیق به روش تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (به توصیهٔ سازندهٔ مقیاس) محاسبه شد و در پژوهش آقایوسفی (۳۸۵) همبستگی منفی ۰/۲۱ با مقیاس افکار خودکار به دست داد. در پژوهش حاضر نیز نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به روایی نشان داد که ۷ مادهٔ مقیاس مجذور R معادل ۰/۲۱ نشان دادند.

۲- *نشانگر بهزیستی شخصی مقیاس نارساییهای شناختی:* مقیاسی برای سنجش بهزیستی شخصی افراد دارای نارساییهای شناختی، اعم از کودکان و بزرگسالان است. این مقیاس به سنجش احساس فاعلی خوشبختی در مورد سطح زندگی و همهٔ آنچه با آن مطرح می شود می پردازد و از ۵ گام تشکیل شده است ۳ گام نخست برای برآورد توانایی آزمودنی برای کمینه های شناختی لازم در جهت فهم تدرج (مقیاس لیکرت ابزار) و درک تفاوت میان هیجانات مورد پرسش در مقیاس، طراحی شده است. اگر آزمودنی در ۳ گام اول موفق شود به گام های ۴ و ۵ می رود که ساخت آن همانند نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان از دو بخش تشکیل شده است، اما اگر در هر یک از گامهای ۱ تا ۳ موفق نشود از آزمون حذف می شود(کامینز و لاو ۲۰۰۴).

روایی و پایایی نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس نارساییهای شناختی: پایایی این مقیاس را شریف (۳۸۵) بر روی کودکان کم توان ذهنی شمال شهر تهران و شهر همدان انجام داده است. پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شده و برابر با ۰/۸۹ بوده است(شریف ۳۸۵). نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای برآورد روایی ملاک آن نیز از دیگر همین مؤلف ۰/۸۱ گزارش شد است.

یافته‌ها

الف: تحلیل توصیفی:

در این بخش مطابق با جدول ذیل توصیف و طبقه بندی داده های پژوهش ارائه می شود.

در مقایسهٔ میانگین نمره های کودکان در مقیاس بهزیستی شخصی در دو شهر (شمال تهران و همدان)، که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین نمره های بهزیستی شخصی در شهر همدان ظاهراً بیشتر از شمال تهران است. میانگین

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

بهزیستی شخصی در میان کودکان در شهر همدان ۶۷۴، ۷۴ و درشمال تهران ۱۰۷۸، ۶۹ است.

جدول ۱ - شاخصهای آماری مربوط به نمره‌های کودکان در بهزیستی شخصی دردو شهر همدان و شمال تهران

شهر		تعداد	میانگین	انحرف معیار
نمره کودکان	همدان	۱۵۶	۷۴ ،۶۷۴	۲۱ ،۲۷۷۳
	تهران	۲۰۰	۶۹ ،۱۰۷۱	۲۰ ،۱۰۲۰۸

جدول ۲- شاخصهای آماری مربوط به نمره‌های کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر

جنس		تعداد	میانگین	انحرف معیار
نمره کودکان	دختر	۱۵۶	۷۳ ،۴۳۳	۱۸ ،۸۶۴
	پسر	۲۰۰	۶۹ ،۱۹۳۴	۲۱ ،۷۱۵۸

بر اساس داد های ارائه شده در جدول ۲، در مقایسهٔ ظاهری میانگین نمره‌ های کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر، میانگین نمره‌ های کودکان دختران بیشتر از پسران است. میانگین نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در میان دختران ۷۳ ،۴۳۳ است و در میان پسران ۶۹ ،۱۹۳۴ است.

جدول ۳- شاخصهای آماری مربوط به نمره‌های مادران در بهزیستی شخصی در دو شهر تهران و همدان

شهر		تعداد	میانگین	انحرف معیار
نمره مادران	همدان	۱۵۶	۶۶ ،۷۱۴	۱۹ ،۶۰۴۳
	تهران	۲۰۰	۶۷ ،۵۰۰	۲۳ ،۴۳۸۷

در مقایسه نمره ‌های مادران در مقیاس بهزیستی شخصی در شمال تهران و همدان، میانگین نمره ‌های مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران بیشتر از شهر همدان

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

است. میانگین نمر ه ی مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران ۶۷ ۵۰۰ است و در شهر همدان ۶۶ ۷۱۴ است (جدو ۲).

ب :تحلیل استنباطی

در این پژوهش رابطهٔ بهزیستی شخصی کودکان و مادران آنها و نیز مقایسهٔ آن در افراد ک توان ذهنی دو جنس دختر و پسر و در دو شهر همدان وشمال تهران را در قالب ۴ فرضیه مورد بررسی قرار می دهیم.

فرضیه اول: بهزیستی شخصی پسران ک توان ذهنی بیش از دختران ک توان ذهنی است.

جدول ۴- نتایج آزمون t مقایسهٔ میانگین نمرات بهزیستی روانی دختران و پسران کم‌توان ذهنی

	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه
مقایسهٔ نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر	۱ ۱۷۵	۳۵۲ ۷۷	۰ ۶۹

ر اساس داد های جدول ۴ ، فرضیهٔ نخست تأیید می شود. t محاسبه شده برای دو گروه برابر است با ۱ ۱۷۵ و در سطح ۰ ۵ کوچک تر از t جدول است و خطای نوع اول برابر است با ۰ ۶۹ و بزرگ تر از ۰ ۵ به صورت بیشینهٔ خطای قابل قبول است و از این رو، تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده می شود؛ به عبارت دیگر میان بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده می شود.

فرضیه دوم : بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در شهر همدان بیش از کودکان این گروه در شمال تهران است.

چنان که جدول ۵ نشان می دهد، فرضیهٔ دوم رد نمی شود و t محاسبه شده برای دو گروه مستقل برابر است با ۲ ۳۰ و احتمال خطای ۰ ۲ که کوچک تر از بیشینهٔ خطای قابل قبول (سطح ۰ ۵) است. با مراجعه به جدول ۴ ، می توان د یافت که کودکان ک توان ذهنی شهر همدان بهزیستی روانی بالاتری ، نسبت به همتایان خود در شمال شهر تهران نشان داد اند.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

جدول ۵- نتایج آزمون t مقایسۀ میانگین نمرات بهزیستی روانی آزمودنیهای کم‌توان ذهنی همدان و شمال تهران

	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه
مقایسۀ نمرات بهزیستی شخصی کودکان در در دو شهر همدان و شمال تهران	۲ ۳۰	۳۵۴	۰ ۲۰

فرضیه سوم : بهزیستی شخصی مادران کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان بیش از شمال تهران است.

جدول ۶- نتایج آزمون t مقایسۀ میانگین نمرات بهزیستی روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران

	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه
مقایسۀ نمرات مادران در بهزیستی شخصی در دو شهر همدان و تهران	۱۹۸ -	۳۵۴	۰ ۵

جدول ۶ نشان می دهد که سومین فرضیۀ پژوهش تأیید می شود. t محاسبه شده برای این دو گروه برابر است با ۱۹۸ ۰ - و خطای نوع اول آن ۵) بسیار بیشتر از بیشینۀ خطای قابل قبول است؛ به این ترتیب، بهزیستی روانی در مادران کودکان کم توان ذهنی در همدان و شمال شهر تهران تفاوتی با یکدیگر ندارند.

فرضیه چهارم : با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان کم توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت.

همان که جدول ۷ نشان می دهد، فرضیۀ چهارم پژوهش تأیید می شود. خطای محاسبه شده ۴۴ ۰ و کوچکتر از بیشینۀ خطای قابل قبول ۵) است. این میزان همبستگی ۰۷) اگر چه کم اما معنادار است؛ بنابراین، به نظر می رسد با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان کم توان ذهنی آنها نیز افزایش می یابد.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

جدول ۷- نتایج محاسبهٔ همبستگی میان نمرات بهزیستی روانی کودکان کم‌توان ذهنی با مادرانشان به روش پیرسون

	بهزیستی روانی کودکان	
بهزیستی روانی مادران	همبستگی پیرسون	۰ ۰۷
	معناداری دو دامنه	۰ ۴۴
	تعداد	۳۵۶

بحث و نتیجه‌گیری

چنان که نتایج نشان دادند، بین میزان بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده می شود. اما بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در شهر همدان بیش از همتایان آنها در شمال شهر است. در حالی که میان بهزیستی شخصی مادران آنها در دو شهر همدان و شمال تهران، تفاوتی مشاهده نمی شود. در نهایت، بین بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی و مادران آنها رابطه ای مستقیم و ضعیف اما معنادار وجود دارد.

فرضیه اول: بهزیستی شخصی پسران ک توان ذهنی، بیش از دختران ک توان ذهنی است. در تجزیه و تحلیل داده بین بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر (میانگین نمرها دردختران ۴۳۳ ۷۳، میانگین نمرهای پسران ۹۳۴ ۶۹ و انحراف معیار نمرها در دختران ۸۶۴ ۱۸، انحراف معیار نمرهای پسران ۸۱۵۸ ۲۱) تفاوتی وجود ندارد.

در پژوهشی که آمار ۹۸۸)، مک هال و گمبل ۱۹۸۹)، لوباتو و همکاران ۹۸۷) سالت ۲۰۰۲) و نیز مک لفلین و همکاران ۹۷۷) انجام دادند، نیز تفاوت معناداری بین این دو گروه مشاهده نشده است. حسینی شهیدی ۱۳۷۹) نیز تفاوتی بین مشکلات روان شناختی در دو جنس کودکان ک توان ذهنی این مدارس نیافته است. یک دلیل می تواند این باشد که دو جنس در شرایط محیطی یکسانی بود اند و از لحاظ اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی و محیط آموزشی، تقریباً در شرایط مشابهی بودند.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دلیل دیگر می تواند دشواری سنجش بهزیستی روانی ر ی کودکان ک توان ذهنی باشد. لویتاس و سیلکا ۲۰۰۱) و نیز لویتاس، هارلی و پاری ۲۰۰۱) به حق ، این دشواری را مورد تأکید قرار داد اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش ، با وسواس بسیار و طی ۳ گام پیش از آزمون اصلی می کوشد از فهم مواد آزمون به و لهٔ آزمودنی مطم ن شود.

فرضیه دوم : بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در شهر همدان بیش ازکودکان این گروه در شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داد ها بین میزان بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران (میانگین نمر ه در همداز ۶۷۴ ۷۴ ، در تهراز ۱۰۷۱ ۶۹ و انحراف معیار نمر ها در همدان ۲۷۷۳ ۲۱ ، در تهراز ۱۰۲۰۸ ۲۰) تفاوت وجود دارد.

اگرچه در تعدادی از پژوهش ی که گاس و گاملی ۱۹۸۷) انجام داد اند ، تفاوتی میان بهزیستی روانی کودکان شهرهای کوچک و بزرگ به دست نیامده است ، اما تحقیقات بسیاری چون پارک و ت نبول و ترنبول ۲۰۰۲) روابط میان فقر و بهزیستی روانی را نشان داد اند، در این پژوهش نیز بهزیستی شخصی کودکان ک توان ذهنی در شهر همدان بیشتر ازکودکان این گروه در شمال تهراز است . این تفاوت می تواند دلایل گوناگونی داشت باشد: نخست اینکه، خانواد های این کودکان در شهر همدان امکانات اقتصادی گسترد ای ند رند و نمی توانند برای کودکان خود پرستار انتخاب کنند و به ناچار والدین، خود از کودکان ک توان ذهنی خود نگ داری ی کنند و ارتباط نزدیک و صم می بین کودک با خانواد اش ایجاد می شود. نتایج پژوهش ی همینگ، لاوندر و پیل ۱۹۸۱) نیز از همین یافته حمایت می کنند. در پژوهش آنها انتقال این کودکان و نوجوانان به مراکز کوچک تر ت ۹ ماه بعد، توانست بهبود آنها را نسبت به گروه کنترل نشان دهد. مالونی و تاپلین ۱۹۸۸)، لگاولت ۱۹۹۲) و میدور، آزبورن، اون و همکاران ۱۹۹۱) نیز یافت ه ی مشابهی را ارائه کرد اند؛ دوم، والدین همدانی به دلیل زندگی سنتی، در مقابله با استرس ناشی از تولد یک کودک ک توان ذهنی در خانواده به جای دورۀ جویی » و فاصله گرفتن از آن، احساس گناه بیشتری کرد اند و خود را در برابر تولد و نیز نگ داری او بیشتر مس ئ ل می دانند. والندر و همکاران ۱۹۸۹) نیز چنین می اندیشند و به وضوح به نقش راههای مقابل ای مادران در برابر تولد کودک ک توان ذهنی می پردازند. کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد ۱۹۹۱) نیز نشان داد اند که

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

والدین کودکان کـ توان ذهنی، افسرد تـر از سـایر والـدین هسـتند. ٔ ینـگ، روزنبـاوم و کینگ ۹۹۵) بر نقش ادراک مادر از ناتوانی کودک تأکید کـرد اند. کودکـانی کـه در گرو کـ توان ذهنی خفیف هستند، این پرستاری و صمیمیت را مـی تواننـد درک کننـد، اما دربارۀ خانواد های نسبتاً توانمند (اقتصادی) شمال شهر تهران، ایـن کودکـان خیلـی زود ممکن است دریابند که خانواد ه ی آنها از وجود آنها زیاد راضی و خشـنود نیسـتند که مـی تواند منجر به کاهش بهزیستی روانی در آنهـا شـود. کینـگ، کینـگ، روزنبـاوم و گافین ۹۹۹) از این نتیجه حمایت مـی کنند که درگیـر شـدن خـانواده بـا نگـ داری و آموزش کودکان کـ توان ذهنـی بـه سـلامت بیشـتر و بهزیسـتی روانـی ایـن کودکـان و مادرانشان منجر مـی شود. استرادا، آرسنیو، هس و هالووی ۹۸۷) نیز به نتایج مشـابهی در خصوص نقش مثبت روابط صـمیمانۀ مـاد کـودک در بهبـود سـلامت و کـنش وری شناختی کودکان دست یافتـ اند. به این ترتیـب مـی تـوان بـرآورد کـرد کـه کاسـتیهای اق صادی خانواد های کودکان کـ توان ذهنـی همـدان، بـا حمایـت بیشـتر پوشـش داده مـی شود.

فرضیه سوم : بهزیستی شخصی مادران کودکان کـ توان ذهنی در شهر همدان بـیش از شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داد ه، بین بهزیستی شخصی مـادران کودکـان کودکان کـ توان ذهنی در دو شهر ، مدان و شمال تهران (میانگین نمر ه ی مـادران در همدان ۱۷۴ ۶ ، در تهران ۵۰۰ ۶۷ و انحراف معیار نمر ه ی مـادران در همـدان ۶۰۴۳ ۱۹ ، در تهران ۴۳۸۷ ۲۳) تفاوتی وجود ندارد.

چنان که در تعـدادی از تحقیقـ ی کـه کانینگهـام ۹۹۶)، سـیمو وا و همکـاران ۲۰۰۲) و کاترین ۹۹۹)، انجام دا اند، بین خشنودی مادران کودکان کـ توان ذهنـی دو گروه محروم و توانمند رابطۀ مستقیم وجود دارد، اما در این پژوهش تفاوت مع داری بین بهزیستی روانی مادران دو شهر ه دان و شـمال تهـران مشـاهده نشـد. شـاید ایـن فقدان تفاوت به شرایط و ابزارهای متفاوت س نجش برمـی گـردد. علـت احتمـالی دیگـر مـی تواند حفظ تعادل حیاتی » مادران دو گروه باشد که به دلیل وجود مدارس آموزشـی برای این کودکان به آنها کمک کرد اند تا حـدودی بـر اسـترس ناشـی از تولـد کـودک کـ توان ذهنی چیره شوند و تعادل حیاتی خود را حفظ کنند دیسان ۹۹۷)، ون ریپ ر ۲۰۰۰)، کامینز (۲۰۰۵) و دیوی ۲۰۰۴) از این مدل پیـروی مـی کـ ند. پژوهشـهای

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دیگری نشان داد اند که والدین کودکان ک توان به احتمال بیشتری افسردگی و آزردگی را تجربه می کنند ولی بهزیستی روانی در تحقیقات آنها بسیار متفاوت است (کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد ۹۹۱ ؛ کروننبرگر و تامپسون ۱۹۹۲).

فرضیه چهارم : با افزایش بهزیستی شخصی در مادران این شاخص در کودکان ک توار ذهنی آنها افزایش خواهد یافت. در تجزیه و تحلیل داد ها بین میزان بهزیستی شخصی مادران و کودکان ک توان ذهنی رابطه وجود دارد. میزان همبستگی ۰۷ ۰ است که همبستگی زیاد بالایی نیست ، اما معنادار است.

روابط میان کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلالات روانی با بهداشت جسمانی، روانی و کیفیت زندگی خانوادۀ آنها از س ی مؤلفین مختلف تأیید شد است (مثلاً گاتموندسون و توماسون ۲۰۰۲ ؛ هانفلد و همکاران ۲۰۰۱ ؛ لامبرنوز، ویندل گ و همکاران ۱۹۹۶). کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین ۹۹۹) از این نتیجه حمایت می کنند که درگیر شدن خانواده با نگ داری و آموزش کودکان ک توان ذهنی به سا ت بیشتر و بهزیستی روانی این کودکان و مادرانشان منجر می شود. یافت های آنان نیز با نتایج این تحقیق همسو ست. در تحقیقات ساویر، سپوریر و همکاران ۲۰۰۱) نیز این رابطه نشان داده شد است نقش والدین در این زمینا می تواند مهم باشد. همچنین هر چه اعضای خانواده این واقعیت را در مورد کودک خود پذیر ند و با آن کنار بیایند و هر چه خانواد ها این اتفاق را بپذیرند و با آن بیشتر سازگار شوند موجب می شود که با کودکان خود ارتباط نزدیک تری برقرار کنند و احساس بهزیستی شخصی و رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند و همین احساس به کودک آنها هم منتقل می شود و ه ه خانواد ها این واقعیت را نپذیرند و خود را با آن مشکل سازگار نکنند، می وانند با کودک خود ارتباط نزدیک برقرار کنند و احساس رضایت و بهزیستی شخصی کمتری از زندگی د رند و این احساس را به کودک خود منتقل می کنند و کودک آنها هم احساس رضایت و بهزیستی شخصی کمتری از زندگی خواهد داشت، اما در پژوهشهای قبلی موارد ذکر شده دیده نشده است و خ نواد ها با این واقعیت کنار نیامد اند و به طور مع داری نمرۀ افسردگی ، اضطراب شدید و پرخاشگری بالایی دارند و همچنین درک پای ی از شایستگی فرزندپروری نسبت به خود دارند. آرمسترانگ و همکاران ۲۰۰۵) به تفصیل در این باره پرداخت اند.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

یادداشتها

1) Quality of life
2) Pamela
3) Marcia Testa
4) Simonson

منابع

آقا یوسفی ، علیرضا ۱۳۸۵) *مقایسهٔ فشار روانی و پیامدهای آن در خانواد ه ی شاهد و ایثـارگر اسـتان قم*. طرح پژوهشی. کارفرما: بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم.

افروز ، غلامعلی ۱۳۸۳) *مقدمه‌ای بر روان شنا سی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی* ، چاپ بیست و دوم. انتشارات دانشگاه تهران ص ۳۳ ۴۳ .

افروز ، غلامعلی ۱۳۸۴). *کودکان و نوجوانان آهسته گام در نگاه والدین و معلمان* ، چـاپ اول . انتشـارات دانشگاه تهران ، ص ۷۱ - ۷۹ .

پژوه، احمد و رمضانی، فریده ۱۳۸۳) *بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان ک توان ذهنی و عادی* . مقالهٔ ارایه شده در نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خـانواده در ایـران. پژوهشـک ۀ خـانوا ۀ دانشگاه شهید بهشتی .

بیابانگرد ، اسماعیل ۱۳۸۴) *روش تحقیق در روان شنا سی و علوم تربیتی* . انتشارات دوران ، ص ۱۱۳

پهلوانی، هاجر و سجادی، علیرضا ۱۳۸۱). *بررسی میـزان مشـکلات و اسـترس ناشـی از داشـتن فرزنـد ناشنوا*. دومین کنگره روان شنا سی بالینی ایران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

جمالیان ، رضا ۱۳۷۴). *اپیدمیولوژی و اصول پیشگیری از بیماریهای واگیر شایع در ایران* ، چاپ سـوم. تهران: انتشارات اطلاعات ، ص ۷ .

حسینی شهیدی، هدایت ۱۳۷۹). *بررسی تاثیر خدمات پرستاری درمنزل بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ک توان ذهنی ۀ هری وروستائی تربت حیدریه در سال ۸۰ ـ ۱۳۷۹*. پایـان نامـۀ کارشناسـی ارشد، استاد راهنما: فلاحی خشکناب، مسعود. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

خوشابی، کتایون ۱۳۸۴). *مکانیسمهای سازگاری در والـدین کودکـان اتیسـتیک*. مقالـۀ ارایـه شـده در پنجمین همایش کودکان ک توان ذهنی. کتابخانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

خوشابی، کتایون ۱۳۷۸) *اختلالات رفتاری - روانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی*. مقالهٔ ارایه شده در همایش بین المللی کودکان با ناتوانی هوشی . کتابخانه دانشـگاه علـوم بهزیسـتی و توانبخشی .

خسروی، غفارملک ۱۳۸۱). *کارکرد خانواده بر کودکـان مبـتلا بـه اخـتلال بـیش فعـالی/کمبود توجـه*. پایار نامهٔ کارشناسی ارشد. استاد راهنما: خوشابی، کتایون. دانشگاه علوم بهزیستی و توا بخشی .

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دلاور ، علی ۱۳۸۰) *روش تحقیق شناسی در روان شنا سی و علوم تربیتی*. انتشارات دانشگاه تهران .
لاور، علی؛ محمدی، محمدرضا و محمدخانی، پروانه ۳۷۹). *کیفیت زندگی والدین کودکان آزار دید* . فصلنامه می و پژوهشی مددکاری اجتماع . ش . ص ۳۰.
سخایی، علیرضا ۱۳۶۵) *نگرشی بر مسائل تندرستی کشور*، انتشارات دانشگاه آزاد اسـ می ایران، ص ۶ .
شریف ، نسیم ۱۳۸۵). *برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس نارساییهای شناختی و نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس بزرگسالان در کودکان ک توان ذهنی و مادران آنها* ، پایـان نامـهٔ کارشناسی ارشد رشتهٔ روان شـ سی عه می دانشگاه پیام نور.
عباسی، پروین ۱۳۷۵). *بررسی میزان استرس و شیو ه ی مقابله مادران کودکان مبـتلا بـه فلـج مغـزی مراجعه کننده به مرکز توان بخشـی سـازمان بهزیسـتی شـهر کرمانشـاه*. سـازمان بهزیسـتی اسـتان کرمانشا .
فروغان، مهشید و رضایی، رامین ۱۳۸۴). *تعیین عوامل موثر در سپردن افراد ک توان ذهنـی بـه مراکـز نگهداری شبانه روزی توسط خانواد ها در شهر تهران ۱۳۸۲*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
میربلوک بزرگی ، ـ اس ۱۳۷۳). *بررسی و مقایسه ویژگیهای رفتار سازشی پسران ک توان ذهنی موزش پذیر و عادی ۹ تا ۱۲ ساله در موزشگاههای ابتدائی شهرستان رودسر*. پایـان نامـهٔ کارشناسـی ارشـد. استاد راهنما: هادی بهرامی. دانشگاه علامه طباطبایی .
میرزایی ، سعید ۱۳۸۰) جمعیت و *کیفیت زندگی* ، فصلنامهٔ جمعیت ، شمار ۲۱ ، ۲۲ ، ص ۱ .

Armstrong, M. I., Birnie-Leftcovitch, S. & Ungar, M. T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: WhatWe Know**.** *Journal of Child and Family Studies, 14,* 269–281.

Beckman, P. B. (1983). Characteristics of handicapped infants: A study of the relationship between child characteristics and stress as reported by mothers. *American Journal of Mental Deficiency,* 88, 150-156.

Borthwick-Duff, S. A., Eyman, R. K. (1990). Who are the dually diagnosed? *Am J Ment Retard*.94, 586-595.

Byrne, E. and Cunningham, C. (1985). The effects of mentally handicapped children on families. A conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 26, 847-864.

Cadman, D., Rosenbaum, P., Boyle, M. & Offord, D. (1991). Children with chronic illness: Reliability and validity of General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Processes. 27,* 97-104.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Carr, J. (1988). Six Weeks to twenty-one Years Old: A Longitudinal Study of Children With Down's Syndrome and Their Families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 29, 407-431.

Clayton D, (1994). *Correlate of Quality Of Life in Pations with ms Rehabilition Nursing,* 19, 634 – 637.

Cummins, R .A.(2003). Normative Life Satisfaction : *Measurment Issue and Ahomestatic Model Social Indicator Research* , 64 , 225 – 256.

Cummins, R.A , Lau AL (2004). Personal Well – being Index – intellectual Disability , Cummins , 2 th ed, School Of Psychology , Deakin University , and Lau Departmant Of Rehabiliation Science , The Hong Kong Poly Tecnic University.

Cummins, R.A (2005a). Personal Well – being Index – Adult (PWI – A) , The Internatinal Well being . Deakin University .

Cummins, R.A (2005b). The Well – being Of Australins Personal Relation. School Of Psychology , Deakin Uiversity.

Cunningham, C. (1996). Families of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, *4*, 87-95.

Cynthia R.K , Pamela SH (1998). Quality Of Life From Nursing and Patient Personality : Theory , Research , Practice. Canada : Tenesand Bartlett .

Davey , Belinda (2004). Failure Of Homestatic Subjective Well – Being as a model For Depression : An Emprical Study. School Of Psychology , Deakin University.

Dyson, L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, *102*, 267-279.

Estrada, P., Arsenio, W. F.; Hess, R. D.; Holloway, S. D. (1987). Affective Quality of the Mother-Child Relationship: Longitudinal Consequences for Children's School-Relevant Cognitive Functioning. *Developmental Psychology*. 23. 2, 210-215.

Firat, S., Somer D., Rasim; A., A & S., G. (2002). Comparison of Psychopathology in the Mothers of Autistic and Mentally Retarded Children. *Journal of Corean Medical Science*, 7, 679-685.

Gath, A.,&Gumley, D. (1987). Retarded children and their siblings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *28*, 715-730.

Gotay G. et, al. (1992). Quality Of Life Assessment In Cancer Treatment Protocols , Research Issue In protocol Development , J nation Cancins , 86 , 575.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Grant,Therese, Huggins,Janet, Connor,Paul & Streissguth, Ann (2005). Quality of Life and Psychosocial Profile Among Young Women With Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, Ment Health Aspects of Developmental Disability. 8, 33-39*.

Guethmundsson OO, Tomasson K. (2002). Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nordic Journal of Psychiatry*. 56, 6. 413-7.

Hadadian, A. (1994). Stress and social support on fathers and mothers of young children with and without disabilities. *Early Education and Development,* 5, 226-235.

Hemming, H., Lavender, T. & Pill, R. (1981). Quality of life of mentally retarded adults transferred from large institutions to new small units. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 2, 157-169.

Hunfeld JA,Perquin CW,Duivenvoorden HJ,Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*. 26,145-53.

Khamis, V. (2006). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Journal of Social Science and Medicine.* 10. 22.

King G , K (2001). The Subjective Quality Of Life People With MS and Their Parthners . Deakin University

King, G., King,S & Rosenbaum, P. (1996). Interpersonal Aspects of Care-Gieving and Client Outcomes: A Review of the Literature. *Ambulatory Child Health. 2.* 151-160.

King, G., King, S., Rosenbaum, P. & Goffin, R. (1999), Family-Centered Caregiving and well-being of Parents of Children With Disabilitues: Linking Process With Outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 1, 41-53.

King, G., Rosenbaum, P. & King, S. (1995), The Measure of Processes of Care (MPOC). Hamylton. Ontaria. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 1, 41-53.

Kronenberger, W. G. & Thompson, R. J. (1992), Psychological adaptation of mothers with spina bifida: Association with dimensions of social relationship. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 1-14.

Lambrenos K, Weindling AM, Calam R, Cox AD. (1996). The effect of a child's disability on mother's mental health. *Arch Disorders of Children.* 74. 2. 115-20.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Legault, J.R. (1992). A study of the relationship of community living situation to independence and satisfaction in the lives of mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 129-141.

Levitas, A., S, Hurley, A. DesNoyers. & Pary, R. (2001). The Mental Status Examination in Patients With Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Ment Health Aspects of Developmental Disability.4. 1. 2-16*.

Levitas,Andrew S, Silka, Van. R. (2001). Mental Health Clinical Assessment of Persons With Mental Retardation and Developmental Disabilities: History. *Ment Health Aspects of Developmental Disability.4,31-42*.

Lobato, D., Barbour, L., Hall, L. J., & Miller, C. T. (1987). Psychosocial characteristics of preschool siblings of handicapped and nonhandicapped children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*, 329-338.

Testa, M. A., and Simonson, D. C. (1996). Assessment Of Quality Of Life Outcomes , 334, 71 – 73.

Mallow, G. E. and Bechtel, G. A. (1999). Chronic sorrow: the experience of parents with children who are developmentally disabled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 37, 31-35.

McHale, S. M., & Gamble,W. C. (1989). Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brother and sisters. *Developmental Psychology*, *25*, 421-429.

McLaughlin J.F, Bennett F.C, Sells C.J. (1977). Immunization status of mentally retarded school age children. *Ment Retard*. 15, 41-42.

Meador, M.A., Osborn, R.G., Owens, M.H., Smith, E.C. & Taylor, T.L. (1991). Evaluation of environmental support in group homes for persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 29, 3, 159-164.

Molony, H. & Taplin, J. (1988). Deinstitutionalization of people with developmental disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 14, 2, 109-122.

Nachshen, J. S.; Garcin, N. & Minnes, P. (2005). Problem Behavior in Children With Intellectual Disabilities: Parenting Stress, Empowerment and School Services. *Ment Health Aspects Dev Disabil. 8, 4. 105-114*.

Park, J., Turnbull, A. & Turnbull III, H., R. (2002). Impacts of Poverty of Life in Families of Children With Disabilities. *Council of Exceptional Children.* 68, 2, 151-170.

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Park, K.& Park, S. (1995). Textbook Of Prevent and Social Medicine , 14 th ed. India

Parper, P (1997). Nursing Perspective on Quality of Life. U.K , Reuthledge Co, 166

Revicki D. A. (1998). Health – Related Quality Of Life In The Evaluation Of Medical Therapy For Chornic Illness J.Fam , Pract , 29 , 377 – 80

Salt , A.(2002) , An Investigation in to community Well – Being inurban and rural population. B.A.Dissertation , School of psychology , Deakin University , p : 6.

Sawyer, M. G.; Spurrier, N.; Kennedy, D. & Martin, J. (2001). The relationship between the quality of life of children with asthma and family functioning. *Journal of Asthma.* 38, 279-84

Simmenovaz , M. I , Kullendorf A , Molanderu & Bengtsson G. (2002).The Prevalens Of Urinary In Continece and Its Influence On The Quality Of Life In Woer From Urban Swedish Population , *Acta Obstat Cynecol Scand ,* 78 – 385

Staniszewska S , (1998). Measurig Quality Of Life In The Evaluation Of Health Care , Nurs Stand , 12, 36 – 39

Testa M. A., Simonson D. C. (1996). Assessment Of Quality Of Life Outcomes, NEng 1 med, 334, 833 – 840

Van, R., Marcia.,(2000), Familly Variables associated with Well – Being in Sibling of children with Down Syndrome , Ph.D. Dissertation , Ohio state University, 267 – 272.

Wood L. G.; Haber J (1990). Nursing Research Methods. Mosboy Company

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

[Downloaded from joec.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]