

مقایسه بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی و مادران آنها

سیده مریم هاشمی نسب^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 نظرور بررسی رابطه بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی و مادران آنها اجرا شده است. روش برای رسیدن به اهداف و آزمون فرضیه‌های مربوط، از میان کودکان که توان ذهنی در شمال شهر تهران در جایگاه حوای جغرافیایی با امکانات اقتصادی نسبت سترد تر و شهر همدان به مابه شهری متوسط و دورتر از مرکز کشور، یک نمونا ۳۵۶ نفری انتخاب شدند که از این تعداد نمونه ۴۳ درصد نمونه از شهر همدان و ۵۶ درصد نمونه از شمال تهران از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی در شمال تهران و همه اعضای جامعه در همدان انتخاب شدند و داده از طریق پرسنامهای نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان (WI-A^۳) و نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس نارسا. های شناختی (WI-ID^۴) جمی‌آوری شدند. یافته‌ها: نتایج دست آمده بر حسب توزیع نشان داده است که بین بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر، تفاوت معنادار وجود ندارد، اما بین نمرات بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در شهر همدان به گونه‌ای معنادار، بیشتر از همتایان آنها در شمال تهران است. نتایج همچنین نشان داد که بهزیستی شخصی مادران در دو شهر همدان و تهران نیز یکسان هستند. با این حال، محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، حاکی از وجود رابطه ای مستقیم بین بهزیستی شخصی مادران و کودکان آنها بود؛ به این معنا که با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان که توان 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 که توان ذهنی ارتباط دارد. اما بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی پسر و دختر متفاوت نیست.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی شخصی، کودکان که توان ذهنی، مادران کودکان که توان ذهنی

* انشگاه پیام نور تهران

- دانشگاه پیام نور قم

(Email: arayeh1100@gmail.com)

۲۵۱ ۷۸۸۵۸۶

* نویسنده رابه: ق. - دانشگاه پیام نور

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^۱ مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اب ب در تحققات روارش ختی و پژوهشی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان، شامل ابعاد مختلف فیزیکی، اجتماعی، جسمانی و معنوی می‌شود (سینتیا و پامار ۱۹۹۸).

زندگی، دارای الگوهای متغیری است که بر اساس تجارب و تعامل انسان با جهان بروز شکل می‌گیرد. این تجارب منحصر به فرد هستند و در محدوده زندگی شخصی، مطرح می‌شود؛ مانند ازدواج، اشتغال، سلامت و مانند آن. رضایت و یا نداشتن رضایت از تجربیات زندگی، ناشی از وجود اعدام هماهنگی بین موقعیت‌های فعلی و موقعیت‌های مورد انتظار و مطلوب است (کلایتونز ۹۹۴). باید تصریح کرد که کیفیت زندگی، همان زندگی تجربه شده نیست، بلکه ادراک فاعلی زندگی تجربه شده از هر فرد در طول زمان است. کیفیت زندگی، تنها به احساس خوشایند یا ناخوشایند فرد از زندگی برنامه گردد، بلکه دیدگاه و داوری فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموعه ای از حوادث و یا زندگی جاری فرد در دو نجامد، در طی یک دوره زمانی است و فرایندی منطقی و مفهومی استوار بر پایه فرهنگ و خلاصه ای از ارزشها، باورها و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ است و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجربه انسان در زندگی فراهم می‌کند؛ بنابراین، کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در زندگی، هنری، نگاری و پیشبرد سلامت و تقدیرستی در جوامع و فرهنگهای مختلف است (مارسیا تست^۲ و سیمونسون، ۱۹۹۶).

سلامت و شادابی افراد جامعه بزرگ‌ترین پشتوانه هر کشور برای پیشرفت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است و هرگونه سرمایه‌گذاری مادی یا آموزشی در این زمینه را باید نوعی سرمایه‌گذاری 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 دهه گذشته، جنبشی نو به وجود آمده است که تقدیرستی را به

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

کیفیت زندگویی، یکی از نشانگرهایی است که برای اندازه‌گیری سلامت مطرح شده است (مارسیا تستا و سیمونسون ۹۹۶). این مفهوم خود مدل اخلاقی پیچید ای است که تعریف روش آن دشوار است، می‌توان گفت که عبارت است از: کمک به افراد برای اینکه بتوانند تواناییهای نهفته خود را در راه انتخاب بهترین روش برای پیشرفت و بهبودی خواهش به کار گیرند. کیفیت زندگی، معیار و اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد برای سازش یافتنگی پیروزمندانه فرد با چالشهای موجود در دنیای واقعی است. این مفهوم برای همه افراد، بدون توجه به ناخوشی یا ناتوانی، در مورد شغل، در خانه، یا در مورد اوقات فراغت فرد. کار می‌رود. برخی مؤلفه‌های کیفیت زندگی را شامل خشنودی - ناخشنودی، شرایط زندگی، شادکامی - ناشادکامی، تجربه زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی می‌داند (پراپر، ۹۹۷). استانیس زوسکا (۹۹۸) کیفیت زندگی را با ابر با وضعیت سلامت روانی می‌دانند. گوتای (۹۹۲) کیفیت زندگی را حالتی از رفاه می‌داند 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 مرتبط به آن. از دید کامینز (۱۲۰۰۵)، بهزیستی شخصی جنبه روازش ختی کیفیت زندگی و حالت مثبت از رفاه جسمانی، شناختی و اجتماعی است و فقدان آسیب یا بیماری در طول زمان. بهزیستی شخصی . صورت پیوسته ای است که در یک سوی آن بیماری و در دیگر سو بهزیستی فرآیند است (میر ایوی ۱۳۸۰). بهزیستی شخصی، واژه‌ای است که اغلب برای توصیف احساسی که مردم در مورد زندگی خود دارند، به کار گرفته می‌شود و شامل پاسهای هیجانی مردم، خشنودی از زندگی و داوری درباره کیفیت زندگی است (کینگ ۲۰۰۱). امروزه اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در کودکان که توان هنی مورد توجه روز افزونی قرار گرفته است. از آنجا که کمیت و کیفیت زندگی، دو مقوله متفاوت هستند، تقاضای روز افزونی ی ارزیابی

دقیق کیفیت زندگی احساس می‌شود (رویسکو ۱۹۹۸). کودکان و نوجوانان که توار ذهنی همانند دیگر همسالان خود، نیازمند محبت و توجه عاطفی و خنودی روانی هستند. به نظر می‌رسد که شرایط عاطفی و انگیزشی کودکان در برانگیختگی روانی، دادن پاسخهای مناسب به محرکهای محیطی، توان یادگیری، سازش یافتنگی فردی و مهارت‌های اجتماعی آنان، بیشترین تأثیر را داشته باشد. زمانی که کودکان و نوجوانان از نگرش مثبت و خشنودی نسبت به پدیدهای گوناگون، الگوهای رفتاری و محیط خانه و مدرسه برخوردار باشند، با بالاترین نیروی انگیزشی، بیشترین و ثمربخش ترین تلاش را از خود نشان می‌دهند. این ممکن است درباره کودکان و نوجوانان که توان ذهنی، اهمیت بیشتری دارد؛ به بیان روشن تر، معقولاً ترین شریط برای ارزیابی رفتارهای هوشمندانه کودکان، هم‌می‌است که آنها از برانگیختگی روانی چشم‌ی برخوردارند و آماد‌اند که با بالاترین توان به سؤالات و محرکهای ارائه شده، پاسخ دهند (افروز ۱۳۸۴).

فقدان نگرش مثبت، بارآور و خوشایند به پدیدهای گوناگون، تعامل بین فردی، مشارکت گروهی و مدد لیت پذیریهای اجتماعی و نداشتن اعتماد به نفس مطلوب، مانع رشد و شکوفایی احساس خودارزشمندی و حرمت خود در کودکان می‌شود. کودکان و نوجوانانی که همواره شاکله شخصیتی و رفتاری مقبول ایشان در موقعیتهای مختلف، مورد توجه و تکریم و تأیید و تشیق والدین و افراد خانواده و مردمیان واقع شده‌اند، ب تدریج احساس کم ارزشی و کم مقداری در وجود آنها جوانه می‌زند و با کاهش انگیزهای تلاش، احساس بی تفاوتی نسبت به فعالیتها در وجود آنها چیره می‌شود و احساس رضایت و تندرستی و رفاه کمتری می‌کنند و فقدان احساس خود رزشمندی، احتمال آسیه پذیری‌ها و کژروبهای فردی و گروهی را مضاعف می‌کند (افروز، ۱۳۸۳).

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

و جسمانی منجر خواهد شد(کینگ ۲۰۰۱). نتایج تحقات دیوی نشان موده دهد که کاهش بهزیستی شخصی و نشازهای افسردگی شدید، ارتباط نزدیکی با هم دارند. بهزیستی شخصی، نشازهای افسردگی شدید را کاهش موده، و به طور معناداری پیش بینی کننده نشازهای افسردگی است و افزایش آن به کاهش نشازهای افسردگی منجر می‌شود. این تحقات نشان موده دهد که نمره پایین بهزیستی شخصی با نشازهای افسردگی شدید ارتباط دارد (دیوی ۲۰۰۴). علاوه بر این، بعضی از مردم دچار بیماریهای روانی می‌شوند و برخی دیگر دچار بیماریهای پزشکی مزمن می‌شوند؛ نابراین احتمالاً نشازهای افسردگی شدید و بهزیستی شخصی پایین حالت‌های رواش ختی یکسانی را نشان مودهند. همچنین شواهد نشان موده دهد که نا می‌در به کارگیری سازوکاری رواش ختی باعث کاهش بهزیستی شخصی و افزایش نشازهای افسردگی می‌شود (کامینز ۲۰۰۳).

بر ایه پژوهش‌های موجود، کودکان که توان ذهنی: 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، بوره ویک دافی و ایمان (۱۹۹۷) یک دلیل آن را وجود گرایش بیشتر در راد دارای دو تشخیص برای جسم جوی کمک می‌دانند. دلاور، محمدی و محمدخانی (۳۷۹) نشان داد اند که نمره کل کیفیت زندگی والدین دانش آموانی آزار دیده به طور معناداری پایین‌تر از نمره کلی کیفیت زندگی والدین دانش آموانی است که مورد آزار قرار نگرفته بودند. تح. ت دیگر نشان داد اند که وجود یک فرزند دارای اختلال روانی یا معلولیت جدی می‌تواند کنش وری خانواده را از نظر یافتگی نحسین آن خارج کند و با استرسها و مشکلات گوناگون را رو سازد (مثلًا: پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱؛ ب پژوه و رمضانی ۳۸۳؛ خسروی ۳۸۱؛ بکمن، ۹۸۳؛ مک‌لفلین 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. و دین و دین در و دین، بیش از والدین که توار ذهنی دچار مشکلات تدرستی می‌شوند و تأثیر مشکل کودک بیمار بر والدین تا حدی است که تحقیر این کودکان نمی‌تواند جدا از تحقیر برای والدین آنها باشد. پژوهش‌های دیگر، شواهدی حاکی از وجود رابطی مستقیم بین میزان معلولیت،

جنس کودک و رتبه تولد با میزان استرس ادراک شده از α والد ن است (عباسی، ۳۷۵). با این حال، پژوهش‌های دیگر در ایران با این یافته متناقض هستند و سایرین تفاوتی بین دو جنس و رتبه تولد نیافتند (فروغان و رضایی ۳۸۴؛ ب پژوه و رمضانی، ۳۸۳). اما برخی پژوهشها حاکی از وجود تفاوت میان درجه سازش یافتنی والدین به ویژه ما ران دختران و پسران ک توان ذهنی و ناتوان هستند (پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱). خمیس ۰۰۶) معتقد است والدین بلندپرداز و ج طلب کودکان ک توان ذهنی بیش از سایرین دچار مشکلات روا را ختی م شوند. او در پژوهش خود بر روی والدین اماراتی این کودکان و نیز کاترین ۹۹۹) در تحقیق خود در استرالیه، بر نقش عوامل اقتصادی در بهبود کیفیت زندگی این خانواده، تأکید کرد اند. با این حال، پژوهش‌های دیگر نشان داد اند که شیوه مقابله والدین با استرس، ناشی از تولد کودک ک توان ذهنی نیز نقش α دارد که قابل چشم پوشی نیست. کینگ، کینگ و روزنباوم ۱۹۹۶) معتقدند جسم جوی شبکه حمای اجتماعی م تواند به خوبی به والدین کمک کند تا با این استرس کنار ند و سازش یابند (مانند ناچشون، گارسین و ماینز ۱۰۰۵).

فرضیه‌ها بر پایه تحقیقی که مرور شد، α توان شواهدی یافت که حاکی از نقش وجود یک کودک ببتلا به تأخیر ذهنی در سلامت اعضای خانواده و به ویژه مادران آنها باشد. به نظر α رسید سلامت مادر و کودک به گونه ای تفکیک ناپذیر در هم آمیخت اند از یک سو، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی کودکان ک توان ذهنی به ندرت مورد برداشتمانش. به نظر α سلامت اعضا خانواده و کودکان ک توان ذهنی با این قرار گرفته و از دیگرسو، در تحقیقات گوناگون سلامت مادران کودکان ک توان ذهنی با سلامت مادران کودکان عادی، درخواست مانده یا سایر کودکان مقایسه شده است. با این حال، به ندرت α توان تحقیقی را یافت که به بررسی رابطه بهزیستی روانی کودکان ک توان ذهنی با این شاخص در مادرانشان بپردازد؛ ب ویژه ای که در کمتر پژوهشی تفاوت‌های پار فرهنگی مورد برداشتمانش ایجاد شده است. به این ترتیب، چهار فرضیه برای آزمون در این پژوهش صورت بندی شد:

- بهزیستی شخصی پسراز 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

تهران است.

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

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

ز آنجا که هدف در این پژوهش سنجش رابطه بهزیستی شخصی کودکان که توار ذهنی و مادران آنهاست و همچنین مخواهیم با تحلیل روابط میان متغیرها پاسخ سوالات خود را پیدا کنیم، از طرح پژوهشی مبتنی بر برآورد همبستگی «استفاده می کنیم.

در این تحقیق جامعه مورد پژوهش کودا ز که 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 همبسته های بهزیستی روانی در تحقیقات گوناگون هستند، فقط از مراکزی که در شمال شهر تهران هستند (مناطق ۱ تا ۵ شهرداری تهران) نمود گیری تصادفی به عمل آمد و از هر منطقه ۲ مرکز انتخاب شد و سپس از هر مرکز بر اساس روش نمود گیری تصادفی نظا دار تا به دست آمدن نمونه پژوهش، از بین کودکان که 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 همه افرادی که در این مراکز حضور داشتند (سرشماری)، تشکیل شده و تعداد کل کودکان که توان ذهنی در این مراکز شامل ۲۲۰ نفر بودند که ۴۳ درصد نمونه ر تشکیل دادند و ۳۸۸ نفر در شمال شهر تهران که ۵۶ درصد از نمونه را تشکیل می داد. تعداد کل جامعه آماری در شهر تهران ۴۰۴ دانش آموز که توان ذهنی و تعداد کل جامعه 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 پایه دستورالعمل آزموز، نمی توانستند در آزمون شرکت کنند، همراه با مادران آنها از پژوهش حذف شدند. در شمال شهر تهران نمونه پژوهشی شامل ۲۰۰ نفر ۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر) است و در مجموع تعداد نمود ها

شامل ۳۵۶ دانش آموز که توان ذهنی است که سن آنها بین ۹ تا ۲۲ سال و میانگین سنی آنها ۱۴ است.

برای سنجش فرضیه های پژوهش، آزمون t برای مقایسه بهزیستی شخصی در گروههای مختلف جنسی و شهری و از ضریب همبستگی پیرسون به صورت آمار ای برای برآورد رابطه بهزیستی روانی مادران و کودکان استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شده است.

ابزار

۱- نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالاز: ابزاری برای برآورد بهزیستی روانی در بزرگسالان است. این پرسشنامه شامل دو بخش است: بخش اول می‌پرسد که روی هم رفته چقدر از زندگیتان راضی هستید و بخش دوم شامل ۷ ماده از شاخص بهزیستی فردی و در برگیرنده حوزه‌های خاص رضایت فرد در زندگی است (کامین، ۰۰۵). بخش دوم در برگیرنده هفت ماده سنجش رضایتمندی است که هر یک در رابطه با یک قلمرو در حوزه بهزیستی روانی طراحی شده است که عبارتند از: استاندارد زندگی، بهداشت، دست سی به زندگی مناسب، ایمنی، روابط اجتماعی و امنیت در آینده. بهزیستی روانی بخش روابط ختی کیفیت زندگی است. این هفت حوزه از لحاظ نظری با هم ارتباط دارند، به گوند ای که ه ک ممکن است بخشی از پراکنش تک ماده بخش اوا، دا تبین کنند.

روایی و پایایی نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان ۱۲ پژوهش دراین باره روی جمعیت استرالیایی و تحقیقات دیگری نیز روی مردم سایر کشورهای جهان انجام شده است که در زمینه برآوردهای پایایی، آلفای کرونباخ بین ۰.۵ و ۰.۷ در استرالیا و نقاط دیگر جهان به دست آمده است. روابط حوزه ها اغلب در حدود ۰.۰۵ و ۰.۱۵ مجموع روابط مواد مقیاس حداقل ۰.۰۵ گزارش شده است (کامینز ۲۰۰۵).

پایایی نشانگر بهزیستی شخصی در ایران یک بار در سال ۱۳۸۴ به ود مله آ، یوسفی بر روی همسران ایشارگر محاسبه شده و پایایی این مقیاس، از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰،۴۵ بوده است (آقایوسفی، ۱۳۸۵). شریف (۳۸۵) نیز پایایی آن را در باره مادران کودکان که توان ذهنی، در دو شهر تهران و همدان، ۶۶٪ محاسبه کرده است.

روایی آن نیز در هر دو تحقیق به روش تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (به توصیه سازنده مقیاس) محاسبه شد و در پژوهش آقایوسفی ۳۸۵ همبستگی منفی ۰۱۲ با مقیاس افکار خودکار به دست داد. در پژوهش حاده ر نیز نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به روایی نشان داد که ۷ ماده مقیاس مجدور R معادل ۰۲۱ نشان داد. اند.

- 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 خوبشختی در مورد سطح زندگی و همه آنچه با آن مطرح می‌شود موپردازد و از ۵ گام تشکیل شده است ۳ گام نخست برای برآورده توانایی آزمودنی برای کمینه‌های 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 گاهای ۴ و ۵ موپردازد 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 می‌شود (کامینز و لاو ۲۰۰۴).

روایی و پایابی نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس نارساییهای شناختی: پایابی این مقیاس را شریف ۳۸۵ بر روی کودکان که توان ذهنی شمال شهر تهران و شهر همدان انجام داده است. پایابی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شده و برابر ۰۸۹ بوده است (شریف ۳۸۵). نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای برآورده روایی ملاک آن نیز از ۰۱ همین مؤلف ۰۸۱ گزارش شد است.

یافته‌ها

الف: تحلیل توصیفی:

در این بخش مطابق با جدول ذیل توصیف و طبق بندی داده شده است. دست آمده از پژوهش ارائه می‌شود.

در مقایسه میانگین نمرهای کودکان در مقیاس بهزیستی شخصی در دو شهر (شمال تهران و همدان)، که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین نمره ۵ ای بهزیستی شخصی در شهر همدان ظاهراً بیشتر از شمال تهران است. میانگین

بهزیستی شخصی در میان کودکان در شهر همدان ۷۴، ۶۷۴ و در شمال تهران ۰۷۸، ۱۰۷۸ است.

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

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

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

انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنس	
۱۸ ۸۶۴	۷۳ ۵۴۳۳	۱۵۶	دختر	نمره کودکان
۲۱ ۷۱۵۸	۶۹ ۱۹۳۴	۲۰۰	پسر	

بر اساس دادهای ارائه شده در جدول '، در مقایسه ظاهری میانگین نمره‌های کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر، میانگین نمره‌های کودکان دختران بیشتر از پسران است. میانگین نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در میان دختران ۷۳، ۴۳۳ است و در میان پسران ۱۹۳۴، ۶۹ است.

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

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

در مقایسه نمره‌های مادران در مقایسۀ بهزیستی شخصی در شمال تهران و همدان، میانگین نمره‌های مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران بیشتر از شهر همدان

است. میانگین نمره‌ی مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران ۵۰۰: ۶۷ است و در شهر همدار ۷۱۴: ۷۶ است (جدو^۲).

ب: تحلیل استنباطی

در این پژوهش رابطه‌ی بهزیستی شخصی کودکان و مادران آنها و نیز مقایسه‌ی آن در افراد که توان ذهنی دو جنس دختر و پسر و در دو شهر، مدان و شمال تهران را در قالب ۴ فرضیه مورد بررسی قرار می‌دهیم.

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

جدول ۴- نتایج آزمون t مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روانی دختران و پسران که توان ذهنی

معناداری دو دامنه	درجه آزادی	t	
۰:۹	۳۵۲:۷۷	۱:۱۷۵	مقایسه نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر

ر اساس دادهای جدول^۳، فرضیه نخست تأیید می‌شود. ت محاسبه شده برای دو گروه برابر است: ۱:۱۷۵ و در سطح ۵٪ کوچک‌تر از ۱:۱۷۵ است و خطای نوع اول برابر است: ۰:۹ و بزرگ‌تر از ۰:۵ با صورت بیشینه خطای قابل قبول است و از این رو، تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده می‌شود؛ به عبارت دیگر میان بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده می‌شود.

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

چنان‌که جدول ۵ نشان می‌دهد، فرضیه دوم رد نمی‌شود و ت محاسبه شده برای دو گروه مستقل برابر است: ۰:۳۰ و احتمال خطای ۲٪ که کوچک‌تر از بیشینه خطای قابل قبول (سطح ۵٪) است. با مراجعه به جدول^۴، می‌توان دیافت که کودکان که توان ذهنی شهر همدان بهزیستی روانی بالاتری، نسبت به همتایان خود در شمال شهر تهران نشان دادند.

جدول ۵- نتایج آزمون t مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روانی آزمودنیهای کم توان ذهنی همدان و شمال تهران

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

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

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

معناداری دو دامنه	درجه آزادی	t	مقایسه نمرات مادران در بهزیستی شخصی در دو شهر همدان و تهران
۰ . ۱۵	۳۵۴	- ۱۹۸	

جدول ۷ نشان می دهد که سومین فرضیه پژوهش تأیید می شود. t محاسبه شده برای این دو گروه برابر است $- ۱۹۸$ و خطای نوع اول آن ۱۵) بسیار بیشتر از بیشینه خطای قابل قبول است؛ به این ترتیب، بهزیستی روانی در مادران کودکان که توان ذهنی در همدان و شمال شهر تهران تفاوتی با یکدیگر ندارند.

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

نان که جدول ۷ نشان می دهد، فرضیه چهارم پژوهش تأیید می شود. خطای محاسبه شده ۴۴ و کوچکتر از بیشینه خطای قابل قبول ۵) است. این میزان همبستگی $۰ . ۱۰۷$) اگر چه کم اما معنادار است؛ بنابراین، به نظر می رسد با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان که توان ذهنی آنها نیز افزایش می یابد.

جدول ۷- نتایج محاسبه همبستگی میان نمرات بهزیستی روانی کودکان کم توان ذهنی با مادرانشان
به روش پیرسون

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

بحث و نتیجه‌گیری

چنان که نتایج نشان دادند، بین میزان بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده می‌شود. اما بهزیستی شخصی کودکان که توار 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 نمی‌شود. در نهایت، بین بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی و مادران آنها رابط ای مستقیم و ضعیف اما معنادار وجود دارد.

فرضیه اول: بهزیستی شخصی پسران که توان ذهنی، بیش از دختران که توان ذهنی است. در تجزیه و تحلیل داده بین بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر (میانگین نمره‌ها در دختران ۱۴۳۳، ۷۳، میانگین نمره‌ی پسران ۹۳۴، ۹۳۴ و انحراف معیار نمره‌ها در دختران ۸۶۴، ۱۸، انحراف معیار نمره‌ای پسران ۸۱۵۸، ۲۱) تفاوتی وجود ندارد.

در پژوهشی که از ۹۸۸ (مک‌هال و گمبول)، لوباتو و همکاران ۹۸۹ (سالت ۱۰۰۲) و نیز مک‌لفلین و همکاران ۹۷۷ (انجام داده‌اند، نیز تفاوت معناداری بین این دو گروه مشاهده نشده است. حسینی شهیدی (۱۳۷۹) نیز تفاوتی بین مشکلات روازش ختی در دو جنس کودکان که توان ذهنی این مدارس نیافته است. یک دلیل می‌تواند این باشد که دو جنس در شرایط محیطی یکسانی بودند و از لحاظ اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی و محیط آموزشی، تقریباً در شرایط مشابهی بودند.

دلیل دیگر می‌تواند دشواری سنجش بهزیستی روانی ری کودکان که 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 وسوسات بسیار و طی ۳ گام پیش از آزمون اصلی می‌کوشد از فهم مواد آزمون به و ملء آزمودنی مطه ن شود.

فرضیه دوم: بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در شهر همدان بیش از کودکان این گروه در شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داده‌ها بین میزان بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران (میانگین نمره در همدان ۶۷۴، ۷۴ در تهران ۷۱، ۰۷۱ و انحراف معیار نمره‌ها در همدان ۲۷۷۳، ۲۱ در تهران ۲۰۰۸، ۰۲۰) تفاوت وجود دارد.

اگرچه در تعدادی از پژوهش‌های که گاس و گاملی (۱۹۸۷) انجام داده‌اند، تفاوتی میان بهزیستی روانی کودکان شهرهای کوچک و بزرگ به دست نیامده است، اما تحقیقات بسیاری چون پارک و تنبول و تنبول (۲۰۰۲)، روابط میان فقر و بهزیستی روانی را نشان داد اند، در این پژوهش نیز بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در شهر همدان بیشتر از کودکان این گروه در شمال تهران است. این تفاوت می‌تواند دلایل گوناگونی داشته باشد: نخست اینکه، خانواده‌های این کودکان در شهر همدان امکانات اقتصادی گسترده‌ای ندارند و نمی‌توانند برای کودکان خود پرستار انتخاب کنند و به ناچار والدین، خود از کودکان که توان ذهنی خود نگذاری کنند و ارتباط نزدیک و صد می‌بین کودک با خانواده اش ایجاد می‌شود. نتایج پژوهشی همینگ، لاوندر و پیل (۱۹۸۱) نیز از همین یافته حمایت می‌کنند. در پژوهش آنها انتقال این کودکان و نوجوانان به مراکز کوچک تر تا ۹ ماه بعد، توانست بهبود آنها را نسبت به گروه کنترل نشان دهد. مالونی و تاپلین (۱۹۸۸)، لگاویت (۱۹۹۲) و میدور، آزبورن، اون و همکاران (۱۹۹۱) نیز یافت‌های مشابهی را ارائه کردند؛ دوم، والدین همدانی به دلیل زندگی سنتی، در مقابله با استرس ناشی از تولد یک کودک که توان ذهنی در خانواده به جای دوره جویی و فاصله گرفتن از آن، احساس گناه بیشتری کردند؛ اند و خود را در برابر تولد و نیز نگذاری او بیشتر می‌دانند. والدین و همکاران (۱۹۸۹) نیز چنین می‌اندیشند و به وضوح به نقش راههای مقابله ای مادران در برابر تولد کودک که توار ذهنی می‌پردازند. کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد (۱۹۹۱) نیز نشان دادند که

والدین کودکار که توان ذهنی ، افسرد تر از سایر والدین هستند. کینگ، روزنباوم و کینگ ۹۹۵) بر نقش ادراک مادر از ناتوانی کودک تأکید کرد. اند. کودکانی که در گروه که توان ذهنی خفیف هستند، این پرستاری و صمیمیت را می توانند درک کنند، اما درباره خانوادهای نسبتاً توانمند (اقتصادی) شمال شهر تهران، این کودکان خیلی زود ممکن است دریابند که خانواده‌ای آنها از وجود آنها زیاد راضی و خشنود نیستند که می توانند منجر به کاهش بهزیستی روانی در آنها شود. کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین ۹۹۹) از این نتیجه حمایت می کنند که درگیر شدن خانواده با نگ داری و آموزش کودکار که توان ذهنی به سلامت بیشتر و بهزیستی روانی این کودکان و مادرانشان منجر می شود. استرادا، آرسنیو، هس و هالووی ۹۸۷) نیز به نتایج مشابهی در خصوص نقش مثبت روابط صمیمانه ماد کودک در بهبود سلامت و کنش وری شناختی کودکان دست یافتند. به این ترتیب می توان برآورد کرد که کاستیهای اقتصادی خانوادهای کودکار که توان ذهنی همدان، با حمایت بیشتر پوشش داده می شود.

فرضیه سوم : بهزیستی شخصی مادران کودکار که توان ذهنی در شهر همدان بیش از شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داده، بین بهزیستی شخصی مادران کودکان کودکار که توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران (میانگین نمره‌ی مادران در همدان ۱۷۴ .۶ ، در تهران ۵۰۰ : ۶۷ و انحراف معیار نمره‌ی مادران در همدان ۱۹ .۶۰۴۳ ، در تهران ۴۳۸۷ .۲۳) تفاوتی وجود ندارد.

چنان که در تعدادی از تحقیقاتی که کانینگهام ۹۹۶)، سیمودا و همکاران ۰۰۲) و کاترین ۹۹۹)، انجام دادند، بین خشنودی مادران کودکار که توان ذهنی دو گروه محروم و توانمند رابطه مستقیم وجود دارد، اما در این پژوهش تفاوت مع داری بین بهزیستی روانی مادران دو شهر همدان و شمال تهران مشاهده نشد. شاید این فقدان تفاوت به شرایط و ایزارهای متفاوت سنجش برمی گردد. علت احتمالی دیگر می تواند حفظ تعادل حیاتی « مادران دو گروه باشد که به دلیل وجود مدارس آموزشی برای این کودکان به آنها کمک کردند تا حدودی بر استرس ناشی از تولد کودک که توان ذهنی چیره شوند و تعادل حیاتی خود را حفظ کنند دیسان ۹۹۷)، ون ریپر ۰۰۰)، کامینز (۰۰۵) و دیوی (۰۰۴) از این مدل پیروی می کنند. پژوهش‌های

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

فرضیه چهارم: با افزایش بهزیستی شخصی در مادران این شاخص در کودکان که توار ذهنی آنها افزایش خواهد یافت. در تجزیه و تحلیل دادهای میزان بهزیستی شخصی مادران و کودکان که توان ذهنی رابطه وجود دارد. میزان همبستگی ۰.۱۰۷ 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 خانواده آنها از سه مؤلفین مختلف تأیید شد است (مثلاً گاتموندسوون و توماسون ۲۰۰۲؛ هانفلد و همکاران ۲۰۰۱؛ لامبرنو، ویندلبگ و همکاران ۱۹۹۶). کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین (۹۹۹) از این نتیجه حمایت می‌کنند که درگیر شدن خانواده با نگاری و آموزش کودکان که توان ذهنی به ساخت بیشتر و بهزیستی روانی این کودکان و مادرانشان منجر می‌شود. یافته‌های آنان نیز با نتایج این تحقیق همسو است. در تحقیقات ساویر، سپوریر و همکاران (۲۰۰۱) نیز این رابطه نشان داده شد است نقش والدین در این زمیناً می‌تواند مهم باشد. همچنین هر چه اعضای خانواده این واقعیت را در مورد کودک خود پذیرند و با آن کنار بیایند و هر چه خانواده‌ای این اتفاق را بپذیرند و با آن بیشتر سازگار شوند موجب می‌شود 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 می‌شود و همچنان خانواده‌ای این واقعیت را نپذیرند و خود را با آن مشکل سازگار نکنند، می‌وانند با کودک خود ارتباط نزدیک برقرار کنند و احساس رضایت و بهزیستی شخصی کمتری از زندگی درند و این احساس را به کودک خود منتقل می‌کنند 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 خنوارهای با این واقعیت کنار نیامدند و به طور مع داری نمرة افسردگی، اضطراب شدید و پرخاشگری بالایی دارند و همچنین در کمپاین از شایستگی فرزندپروری نسبت به خود دارند. آرمسترانگ و همکاران (۲۰۰۵) به تفصیل در این باره پرداختند.

یادداشتها

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

منابع

- آقا یوسفی ، علیرضا (۱۳۸۵). مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌ی شاهد و ایثارگر استان قم. طرح پژوهشی. کارفرما بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ق.
- افروز ، غلامعلی (۱۳۸۳). مقدماتی بر روازش سی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی ، چاپ بیست و دو. انتشارات دانشگاه تهران ص ۴۳.
- افروز ، غلامعلی (۱۳۸۴). کودکان و نوجوانان آهسته گام در نگاه والدین و معلماء، چاپ اول. انتشارات دانشگاه تهران ، ص ۷۹ - ۱۷.
- ب پژوه ، احمد و رمضانی ، فریده (۱۳۸۳) بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان که توان ذهنی و عادی.
- مقاله ارایه شده در نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران. پژوهشکه خانواده دانشگاه شهید بهشتی .
- بیابانگرد ، اسماعیل (۱۳۸۴) روش تحقیق در روازش سی و علوم تربیتی. انتشارات دوران ، ص ۱۱۳
- پهلوانی ، هاجر و سجادی ، علیرضا (۱۳۸۱). بررسی میزان مشکلات و استرس ناشی از داشتن فرزند ناشنو. دومین کنگره روانشناسی ایران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
- جمالیان ، رضا (۱۳۷۴). پیدمیولوژی و اصول پیشگیری از بیماریهای واگیر شایع در ایران ، چاپ سده. تهران: انتشارات اطلاعات ، ص ۷.
- حسینی شهیدی ، هدایت (۱۳۷۹). بررسی تاثیر خدمات پرستاری در منزل بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان که توان ذهنی ظهری و رسوستانی تربت حیدریه در سال ۱۰ - ۱۳۷۹. پایار نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنمای فلاحی خشکناب، مسعود. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
- خوشابی ، کتایون (۱۳۸۴). مکانیسمهای سازگاری در والدین کودکان اتیستیک. مقاله ارایه شده در پنجمین همایش کودکان که توان ذهنی. کتابخانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
- خوشابی ، کتایون (۱۳۷۸). اختلالات رفتاری - روانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی.
- مقاله ارایه شده در همایش بین المللی کودکان با ناتوانی هوشی. کتابخانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
- خسروی ، غفارملک (۱۳۸۱). کارکرد خانواده بر کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه. پایار نامه کارشناسی ارشد. استاد راهنمای خوشابی ، کتایون. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

- دلاور، علی (۱۳۸۰). روش تحقیق شناسی در روان‌شناسی و علوم تربیتی. انتشارات دانشگاه تهران.
- لاور، علی؛ محمدی، محمدرضا و محمدخانی، پروانه (۱۳۷۹). کیفیت زندگی والدین کودکان آزار دیده. فصلنامه می و پژوهشی مددکاری اجتماعی. شر. ۳۰. ص ۶.
- سخایی، علیرضا (۱۳۶۵). نگرشی بر مسائل تندرستی کشور، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی ایران، ص ۶.
- شریف، نسیم (۱۳۸۵). برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس نارساییهای شناختی و نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان در کودکان که توان ذهنی و مادران آنها، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی می دانشگاه پیام نور.
- عباسی، پروین (۱۳۷۵). بررسی میزان استرس و شیوه‌های مقابله مادران کودکان مبتلا به فلچ مغزی مراجعه کننده به مرکز توان بخشی سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه. سازمان بهزیستی استان کرمانشاه.
- فروغان، مهشید و رضایی، رامین (۱۳۸۴). تعیین عوامل مؤثر در سپردن افراد که توان ذهنی به مراکز نگهداری شبانه روزی توسط خانوادهای در شهر تهران (۱۳۸۲). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- میربلوک بزرگ، دا ماس (۱۳۷۳). بررسی و مقایسه ویژگیهای رفتار سازشی پسران که توان ذهنی موزش پذیر و عادی ۹ تا ۱۲ ساله در موزشگاههای ابتدائی شهرستان رودسر. پایار نامه کارشناسی ارشد. استاد راهنمای هادی بهرامی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- میرزایی، سعید (۱۳۸۰). جمعیت و کیفیت زندگی، فصلنامه جمعیت، شماره ۲۱، ۲۲، ص ۱.

- Armstrong, M. I., Birnie-Leftcovich, S. & Ungar, M. T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We 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-Duffy, 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.

- 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 Department Of Rehabilitation 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 Empirical 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.

- 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-Giving 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 Disabilituties: 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. Ontario. *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.

- 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.

- 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 Obstet 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), Family 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

