

مقایسه بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی و مادران آنها

سیده مریم هاشمی نسب^۱، دکتر علیرضا آقا یوسفی^{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 رابطه بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی و مادران آنها اجرا شده است. **روش** برای رسیدن به اهداف و آزمون فرضیه های مربوطه، از میان کودکان کم توان ذهنی در شمال شهر تهران در جایگاه حوای جغرافیایی با امکانات اقتصادی نسبتاً سترده تر و شهر همدان به مابینه شهری متوسط و دورتر از مرکز کشور، یک نمونه 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 نمونه گیری تصادفی در شمال تهران و همه اعضای جامعه در همدان انتخاب شدند و داده ها از طریق پرسشنامه های نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان (WI-A) و نشانگر بهزیستی شخص - مقیاس نارسا های شناختی (WI-ID) جمع آوری شدند. **یافته ها:** نتایج دست آمده برحسب توزیع نشان داده است که بین بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر، تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما بین نمرات بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان به گونه ای 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، 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 کم توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت. این یافته با آنچه در پژوهش های مشابه در دیگر کشورها به دست آمده یکسان است. **نتیجه گیری** بهزیستی شخصی مادران با بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی ارتباط دارد. اما بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی پسر و دختر متفاوت نیست.

واژه های کلیدی: بهزیستی شخصی، کودکان کم توان ذهنی، مادران کودکان کم توان ذهنی

۱. انشگاه پیام نور تهران

۲. دانشگاه پیام نور قم

* نویسنده رابط: ق - دانشگاه پیام نور

(Email: arayeh1100@gmail.com)

۲۵۱ ۷۸۸۵۸۶

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، از بکار بردن تحولات روان‌شناختی و پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان، شامل ابعاد مختلف فیزیکی، اجتماعی، جسمانی و معنوی می‌شود (سینتیا و پاملا، ۱۹۹۸).

زندگی، دارای الگوهای متغیری است که بر اساس تجارب و تعامل انسان با جهان برون 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 عدم هماهنگی بین موقعیتهای فعلی و موقعیتهای مورد انتظار و مطلوب است (کلایتون، ۱۹۹۴). باید تصریح کرد که کیفیت زندگی، همان زندگی تجربه شده نیست، بلکه ادراک فاعلی زندگی تجربه شده از سوی فرد در طول زمان است. کیفیت زندگی، تنها به احساس خوشایند یا ناخوشایند فرد از زندگی بر نمی‌گردد، بلکه دیدگاه و داوری فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموعی از حوادث و یا زندگی جاری فرد در دین جامعه، در طی یک دوره زمانی است و فرایندی منطقی و مفهومی استوار بر پایه فرهنگ و خلاصه‌ای از ارزشها، باورها و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ است و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می‌کند؛ بنابراین، کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در زمینه روان‌شناسی، نگه‌داری و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگهای مختلف است (مارسیا تستا^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 (سخایه، ۳۶۵ و جمالیان، ۳۷۴). در طی چند دهه گذشته، جنبشی نو به وجود آمده است که تندرستی را به

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

کیفیت زندگی، یکی از نشانگرهایی است که برای اندازه‌گیری سلامت مطرح شده است (مارسیا تستا و سیمونسون ۹۹۶). این مفهوم خود مدله اخلاقی پیچیده‌ای است که تعریف روشن 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 خودش به کار گیرند. کیفیت زندگی، معیار و اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد برای سازش یافتگی 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 مؤلف‌های کیفیت زندگی را شامل خشنودی - ناخشنودی، شرایط زندگی، شادکامی - ناشادکامی، تجربه زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملی، وضعیت اجتماع - اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی می‌دانند (پراپر، ۹۹۷). استانیس زوسکا (۹۹۸) کیفیت زندگی را 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 (۲۰۰۵)، بهزیستی شخصی جنبه روانشناختی کیفیت زندگی و حالت مثبت از رفاه جسمانی، شناختی و اجتماعی است و فقدان آسیب یا بیماری در طول زمان. بهزیستی شخصی صورت پیوسته‌ای است که در یک سوی آن بیماری و در دیگر سو بهزیستی فراگیر است (میرایو ۱۳۸۰). بهزیستی شخصی، واژه‌ای است که اغلب برای توصیف احساسی که مردم در مورد زندگی خود دارند، به کار گرفته می‌شود و شامل پاسخی هیجانی مردم، خشنودی از زندگی و داوری درباره کیفیت زندگی است (کینگ ۲۰۰۱). امروزه اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در کودکان که توان ذهنی مورد توجه روز افزونی قرار گرفته است. از آنجا که کمیت و کیفیت زندگی، دو مقوله متفاوت هستند، تقاضای روزافزونی ارزیابی

دقیق کیفیت زندگی احساس می‌شود (رویسکی ۱۹۹۸). کودکان و نوجوانان که توار ذهنی همانند دیگر همسالان خود، نیازمند محبت و توجه عاطفی و خانودی روانی هستند. به نظر می‌رسد که شرایط عاطفی و انگیزشی کودکان در برانگیختگی روانی، دادن پاسخهای مناسب به محرکهای محیطی، توان یادگیری، سازش یافتگی فردی و مهارتهای اجتماعی آنان، بیشترین تأثیر را داشته باشد. زمانی که کودکان و نوجوانان از نگرش مثبت و خشنودی نسبت به پدیده‌های گوناگون، الگوهای رفتاری و محیط خانه و مدرسه برخوردار باشند، با بالاترین نیروی انگیزشی، بیشترین و ثمربخش‌ترین تلاش را از خود نشان می‌دهند. این مسئله درباره کودکان و نوجوانان که توان ذهنی، اهمیت بیشتری دارد؛ به بیان روش‌تر، معقول‌ترین شرایط برای ارزیابی رفتارهای هوشمندانه کودکان، همان می‌است که آنها از برانگیختگی روانی چشم‌پوشی برخوردارند و آماده‌اند که با بالاترین توان به سؤالات و محرکهای ارائه شده پاسخ دهند (افروز ۱۳۸۴).

فقدان نگرش مثبت، بارآور و خوشایند به پدیده‌های گوناگون، تعامل بین فردی، مشارکت گروهی و مسئولیت‌پذیریهای 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 تشویق والدین و افراد خانواده و مریبان واقع شده، به تدریج احساس کم‌ارزشی و کم‌مقداری در وجود آنها جوانه می‌زند و با کاهش انگیزش‌های تلاش، احساس بی‌تفاوتی نسبت به فعالیتها در وجود آنها چیره می‌شود و احساس رضایت و تندرستی و رفاه کمتری می‌کنند و فقدان احساس خودارزشمندی، احتمال آسیب‌پذیری‌ها و کژرویه‌های 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، ۲۰۰۵). بهزیستی شخصی، ساختاردهی می‌است 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 می‌شود و سرانجام، به کاهش سلامت روانی

و جسمانی منجر خواهد شد (کینگ ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات دیوی نشان می‌دهد که کاهش بهزیستی شخصی و نشانه‌های افسردگی شدید، ارتباط نزدیکی باهم دارند. بهزیستی شخصی، نشانه‌های افسردگی شدید را کاهش می‌دهد، و به طور معناداری پیش‌بین‌کننده نشانه‌های افسردگی است و افزایش آن به کاهش نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود. این تحقیقات نشان می‌دهند که نمره پایین بهزیستی شخصی با نشانه‌های افسردگی شدید ارتباط دارد (دیوی ۲۰۰۴). علاوه بر این، بعضی از مردم دچار بیماری‌های روانی می‌شوند و برخی دیگر دچار بیماری‌های پزشکی مزمن می‌شوند؛ بنابراین احتمالاً نشانه‌های افسردگی شدید و بهزیستی شخصی پایین‌ترین حالت‌های روانی را نشان می‌دهند. همچنین شواهد نشان می‌دهند که ناهماهنگی در به کارگیری سازوکارهای روانی باعث کاهش بهزیستی شخصی و افزایش نشانه‌های افسردگی می‌شود (کامینز ۲۰۰۳).

برای 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 ۱۹۹۹). با این حال، بورد ویک دافی و ایمان (۱۹۹۷) یک دلیل آن را وجود گرایش بیشتر در راد دارای دو تشخیص برای جسد جوی کمک می‌داند. دلاور، محمدی و محمدخانی (۳۷۹) نشان دادند که نمره کل کیفیت زندگی والدین دانش‌آموان آزار دیده به طور معناداری پایین‌تر از نمره کلی کیفیت زندگی والدین دانش‌آموانی است که مورد آزار قرار نگرفته بودند. تحقیقات دیگر نشان دادند که وجود یک فرزند دارای اختلال روانی یا معلولیت جدی می‌تواند کنش‌وری خانواده را از نظر یافتگی نخستین آن خارج کند و با استرسها و مشکلات گوناگون روانی سازد (مثلاً: پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱؛ پژوه و رضانی ۳۸۳؛ خسروی ۳۸۱؛ بکمن، ۱۹۸۳؛ مک لفلین و همکاران ۱۹۷۷؛ برن و کانینگهام ۱۹۸۵؛ حدادیان ۱۹۹۴؛ مالو و بکتل، ۱۹۹۹؛ گرن، هاگینز، کونور و استریسگوت، ۲۰۰۵). فیرات، سومر دیرل و همکاران (۲۰۰۲). را بیان می‌کنند که والدین کودکان دارای معلولیت، بیش از والدین که توار ذهنی دچار مشکلات تندرستی می‌شوند و تأثیر مشکل کودک بیمار بر والدین تا حدی است که تحقیق بر روی این کودکان، نمی‌تواند جدا از تحقیق بر روی والدین آنها باشد. پژوهش‌های دیگر، شواهدی حاکی از وجود رابطه مستقیم بین میزان معلولیت،

جنس کودک و رتبه تولد با میزان استرس ادراک شده از سوی والدین 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؛ بپژوه و رضایی، ۳۸۳). اما برخی پژوهشها حاکی از وجود تفاوت میان درجه سازش یافتگی والدین به ویژه مادران دختران و پسران که توان ذهنی و ناتوان هستند (پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱). خمیس (۲۰۰۶) معتقد است والدین بلندپرواز و ج طلب کودکان که توان ذهنی بیش از سایرین دچار مشکلات روانی می شوند. او در پژوهش خود بر روی والدین اماراتی این کودکان و نیز کاترین (۱۹۹۹) در تحقیق خود در استرالیا، بر نقش عوامل اقتصادی در بهبود کیفیت زندگی این خانواده ها، تأکید کرد. با این حال، پژوهشهای دیگر نشان دادند که شیوه مقابله والدین با استرس ناشی از تولد کودک که توان ذهنی نیز نقش مهمی دارد که قابل چشم پوشی نیست. کینگ، کینگ و روزنباوم (۱۹۹۶) معتقدند جستجوی شبکه حمایتی اجتماعی می تواند به خوبی به والدین کمک کند تا با این استرس کنار آیند و سازش یابند (مانند ناچشن، گارسین و ماینز ۲۰۰۵).

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

- بهزیستی شخصی پسران که توان ذهنی، بیش از دختران که توان ذهنی است.
- بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در شهر همدان، بیش از کودکان این گروه در شمال تهران است.
- بهزیستی شخصی مادران کودکان که 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 می‌خواهیم با تحلیل روابط میان متغیرها پاسخ سؤالات خود را پیدا کنیم، از طرح پژوهشی مبتنی بر برآورد همبستگی^۱ استفاده می‌کنیم.

در این تحقیق جامعه مورد پژوهش کودکان از آنجا 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 همبسته‌های بهزیستی روانی در تحقیقات گوناگون هستند، فقط از مراکزی که در شمال شهر تهران هستند (مناطق ۱ تا ۵ شهرداری تهران) نمونه‌گیری تصادفی به عمل آمد و از هر منطقه ۲ مرکز انتخاب شد و سپس از هر مرکز بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی نظامی 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 پژوهشگر مطمئن شود که آزمودنی تدرج و احساسات را به خوبی درک می‌کند و می‌تواند 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 را تشکیل دادند و ۳۸۸ نفر در شمال شهر تهران که ۵۶ درصد از نمونه را تشکیل می‌داد. تعداد کل جامعه آماری در شهر تهران ۶۰۴ دانش‌آموز 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 آزمون، نمی‌توانستند 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 نمونه‌ها

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

برای سنجش فرضیه های پژوهش، آزمون t برای مقایسه بهزیستی شخصی در گروه های 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 ویراست ۱۴ نرم افزار SPSS استفاده شده است.

ابزار

۱- نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان: ابزاری برای برآورد بهزیستی روانی در بزرگسالان است. این پرسشنامه شامل دو بخش است: بخش اول م پرسد که روی هم رفته چقدر از زندگیتان راضی هستید و بخش دوم شامل ۷ ماده از شاخص بهزیستی فردی و در برگیرنده حوزه های خاص رضایت فرد در زندگی است (کامینز، ۲۰۰۵). بخش دوم در بر گیرنده 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، دستیابی به زندگی مناسب، ایمنی، روابط اجتماعی و امنیت در آینده. بهزیستی روانی بخش روار شناختی کیفیت زندگی است. این هفت حوزه از لحاظ نظری با هم ارتباط دارند، به گونه ای که هر یک ممکن است بخشی از پراکنش تک ماده بخش اول را تبیین کنند.

روایی و پایایی نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان ۱۲ پژوهش درایز باره روی جمعیت استرالیایی و تحقیقات دیگری نیز روی مردم سایر کشورهای جهان انجام شده است که در زمینه برآورد پایایی، آلفای کرونباخ بین ۰،۷۰ و ۰،۸۵ در استرالیا و نقاط دیگر جهان به دست آمده است. روابط حوزه ها اغلب در حدود ۰،۲۰ و ۰،۱۵ 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 وسیله آقاییوسفی بر روی همسران ایثارگر 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 همدا، ۰،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 آقاییوسفی (۳۸۵) همبستگی منفی ۰/۱۲ با مقیاس افکار خودکار به دست داد. در پژوهش حاضر نیز نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به روایی نشان داد که ۷ ماده مقیاس مجذور R معادل ۰/۲۱ نشان داد. اند.

۶- 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 همه آنچه با آن مطرح می شود می پردازد و از ۵ گام تشکیل شده است ۳ گام نخست برای برآورد توانایی آزمودنی برای کمیندهای 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 گامهای 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 وفق نشود از آزمون حذف می شود (کامینز و لائو ۲۰۰۴).

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

یافته‌ها

الف: تحلیل توصیفی:

در این بخش مطابق با جدول ذیل توصیف و طبق بندی داده های . دست آمده از پژوهش ارائه می شود.

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

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

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

شهر		تعداد	میانگین	انحراف 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	انحراف معیار
نمره کودکان	دختر	۱۵۶	۷۳، ۱۴۳۳	۱۸، ۸۶۴
	پسر	۲۰۰	۶۹، ۱۹۳۴	۲۱، ۷۱۵۸

بر اساس داده‌های ارائه شده در جدول ۱، 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، ۱۴۳۳ 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	انحراف معیار
نمره مادران	همدان	۱۵۶	۶۶، ۷۱۴	۱۹، ۱۶۰۴۳
	تهران	۲۰۰	۶۷، ۵۰۰	۲۳، ۴۳۸۷

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

است. میانگین نمره ۵ ی مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران ۵۰۰ ± ۶۷ است و در شهر همدان ۶۶۰ ± ۷۱۴ است (جدو ۴).

ب: تحلیل استنباطی

در این پژوهش رابطه بهزیستی شخصی کودکان و مادران آنها و نیز مقایسه آن در افراد که توان ذهنی دو جنس دختر و پسر و در دو شهر، همدان 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 کم توان ذهنی

معناداری دو دامنه	درجه آزادی	t	مقایسه نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر
۰/۰۹	۳۵۲	۱۱۷۵	

بر اساس داده‌های جدول ۴، فرضیه نخست تأیید می‌شود. محاسبه شده برای دو گروه برابر است به ۱۱۷۵ و در سطح ۰/۰۵ کوچک‌تر از جدول است و خطای نوع اول برابر است به ۰/۰۹ و بزرگ‌تر از ۰/۰۵ به 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.

چنان که جدول ۵ نشان می‌دهد، فرضیه دوم رد نمی‌شود و محاسبه شده برای دو گروه مستقل برابر است به ۰/۳۰ و احتمال خطای ۰/۰۲ که کوچک‌تر از بیشینه خطای قابل قبول (سطح ۰/۰۵) است. با مراجعه به جدول ۵، می‌توان دریافت 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	
۰.۰۲۰	۳۵۴	۲.۳۰	مقایسه نمرات بهزیستی شخصی کودکان در دو شهر همدان و شمال تهران

فرضیه سوم: بهزیستی شخصی مادران کودکان کم 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	
۰.۰۵	۳۵۴	-۰.۹۸	مقایسه نمرات مادران در بهزیستی شخصی در دو شهر همدان و تهران

جدول ۶ نشان می دهد که سومین فرضیه پژوهش تأیید می شود. t محاسبه شده برای این دو گروه برابر است با ۰.۹۸ - و خطای نوع اول آن ۰.۰۵ (بسیار بیشتر از بیشینه 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.

۰. نشان که جدول ۷ نشان می دهد، فرضیه چهارم پژوهش تأیید می شود. خطای محاسبه شده ۰.۴۴ و کوچکتر از بیشینه خطای قابل قبول ۰.۰۵ 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 کم 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	بهزیستی روانی مادران
معناداری دو دامنه	۰.۴۴	
تعداد	۳۵۶	

بحث و نتیجه گیری

چنان که نتایج نشان دادند، بین میزان بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده می شود. اما بهزیستی شخصی کودکان کم 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 کم توان ذهنی و مادران آنها رابطی مستقیم و ضعیف اما معنادار وجود دارد.

فرضیه اول: بهزیستی شخصی پسران کم توان ذهنی، بیش از دختران کم توان ذهنی است. در تجزیه و تحلیل داده بین بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر (میانگین نمره ها در دختران: ۷۳.۱۴۳۳، میانگین نمره های پسران: ۹۳.۴۱ و انحراف معیار نمره ها در دختران: ۱۸.۸۶۴، انحراف معیار نمره های پسران: ۲۱.۸۱۵۸) تفاوتی وجود ندارد.

در پژوهش‌هایی که آمار (۹۸۸)، مک‌هال و گمبل (۱۹۸۹)، لوباتو و همکاران (۹۸۷) (سالت ۲۰۰۲) و نیز مک‌فلین و همکاران (۹۷۷) انجام داده‌اند، نیز تفاوت معناداری بین این دو گروه مشاهده نشده است. حسینی شهیدی (۱۳۷۹) نیز تفاوتی بین مشکلات روانی در دو جنس کودکان کم 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 ر ی 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 وسواس بسیار و طی ۳ گام پیش از آزمون اصلی می‌کوشد از فهم مواد آزمون به ود لئه 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 نمر ه در همدان ۶۷۴/۷۴، در تهران ۱۰۷۱/۶۹ و انحراف معیار نمرها در همدان ۲۷۷۳/۲۱، در تهران ۱۰۲۰۸/۲۰) 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 تینول و ترنبول (۲۰۰۲) روابط میان فقر و بهزیستی روانی را نشان داده‌اند، 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، خانواد های 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 ننگ داری کنند و ارتباط نزدیک و صمیمی بین کودک با خانواده اش ایجاد می‌شود. نتایج پژوهش‌های همینگ، لاوندر و پیل (۱۹۸۱) نیز از همین یافته حمایت می‌کنند. در پژوهش آنها انتقال این کودکان و نوجوانان به مراکز کوچک‌تر تا ۹ ماه بعد، توانست بهبود آنها را نسبت به گروه کنترل نشان دهد. مالونی و تاپلین (۱۹۸۸)، لگاولت (۱۹۹۲) و میدور، آیزورن، اون و همکاران (۱۹۹۱) نیز یافته‌های مشابهی را ارائه کرده‌اند؛ دوم، والدین همدانی به دلیل زندگی سنتی، در مقابله با استرس ناشی از تولد یک کودک که توان ذهنی در خانواده به جای دور و جوی « و فاصله گرفتن از آن، احساس گناه بیشتری کرده‌اند و خود را در برابر تولد و نیز ننگ داری او بیشتر مسئول می‌دانند. والندر و همکاران (۱۹۸۹) نیز چنین می‌اندیشند و به وضوح به نقش راههای مقابل ای مادران در برابر تولد کودک که توار ذهنی می‌پردازند. کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد (۱۹۹۱) نیز نشان داده‌اند که

والدین کودکان 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 می‌توانند درک کنند، اما دربارهٔ خانواد های نسبتاً توانمند (اقتصادی) شمال شهر تهران، این کودکان خیلی زود ممکن است دریابند که خانواد ه ی آنها از وجود آنها زیاد راضی و خشنود نیستند که می‌تواند منجر به کاهش بهزیستی روانی در آنها شود. کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین (۹۹۹) از این نتیجه حمایت می‌کنند که درگیر شدن خانواده با نگر داری و آموزش کودکان که توان ذهنی به سلامت بیشتر و بهزیستی روانی این کودکان و مادرانشان منجر می‌شود. استرادا، آرسنیو، هس و هالووی (۹۸۷) نیز به نتایج مشابهی در خصوص نقش مثبت روابط صمیمانهٔ ماد کودک در بهبود سلامت و کنش وری شناختی کودکان دست یافتند. به این ترتیب می‌توان برآورد کرد که کاستیهای اقتصادی خانواد های کودکان که توان ذهنی همدان، با حمایت بیشتر پوشش داده می‌شود.

فرضیه سوم: بهزیستی شخصی مادران کودکان که توان ذهنی در شهر همدان بیش از شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داد ه، بین بهزیستی شخصی مادران کودکان کودکان که توان ذهنی در دو شهر، مدان و شمال تهران (میانگین نمر ه ی مادران در همدان ۱۷۴/۶، در تهران ۵۰۰/۶۷ و انحراف معیار نمر ه ی مادران در همدان ۱۶۰/۴۳، در تهران ۴۳۸۷/۲۳) تفاوتی وجود ندارد.

چنان که در تعدادی از تحقیقاتی که کایننگهام (۹۹۶)، سیمر ودا و همکاران (۲۰۰۲) و کاترین (۹۹۹)، انجام دادند، بین خشنودی مادران کودکان که توان ذهنی دو گروه محروم و توانمند رابطهٔ 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 ابزارهای متفاوت سنجش برمی‌گردد. علت احتمالی دیگر می‌تواند حفظ تعادل حیاتی «مادران دو گروه باشد که به دلیل وجود مدارس آموزشی برای این کودکان به آنها کمک کرد اند تا حدودی بر استرس ناشی از تولد کودک که توان ذهنی چیره شوند و تعادل حیاتی خود را حفظ کنند دیسان (۹۹۷)، ون ریپر (۲۰۰۰)، کامینز (۲۰۰۵) و دیوی (۲۰۰۴) از این مدل پیروی می‌کنند. پژوهشهای

دیگری نشان داد اند که والدین کودکان که توان به احتمال بیشتری افسردگی و آزرده‌گی را تجربه می‌کنند ولی بهزیستی روانی در تحقیقات آنها بسیار متفاوت است (کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد، ۹۹۱؛ کرونینرگر 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 دادها بین 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 سوی مؤلفین مختلف تأیید شد است (مثلاً گاتموندسون و توماسون، ۲۰۰۲؛ هانفلد و همکاران، ۲۰۰۱؛ لامبرنوز، ویندلگ و همکاران، ۱۹۹۶). کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین (۹۹۹) از این نتیجه حمایت می‌کنند که درگیر شدن خانواده با نگهداری و آموزش کودکان که توان ذهنی به سلامت 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 زمینه می‌تواند مهم باشد. همچنین هر چه اعضای خانواده این واقعیت را در مورد کودک خود بپذیرند و با آن کنار بیایند و هر چه خانوادها 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 به خانواده‌ها این واقعیت را بپذیرند 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 دارند 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 خانواده‌ها با این واقعیت کنار نیامدند و به طور معذاری نمره افسردگی، اضطراب شدید و پرخاشگری بالایی دارند و همچنین درک پایینی از شایستگی فرزندپروری نسبت به خود دارند. آرمسترانگ و همکاران (۲۰۰۵) به تفصیل در این باره پرداخته‌اند.

یادداشتها

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

منابع

- آقا یوسفی ، علیرضا (۱۳۸۵) مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده های شاهد و ایشارگر استان قم. طرح پژوهشی. کارفرما: بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم.
- افروز ، غلامعلی (۱۳۸۳) مقدماتی بر روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی ، چاپ بیست و دوم. انتشارات دانشگاه تهران. ص ۳ - ۴۳.
- افروز ، غلامعلی (۱۳۸۴). کودکان و نوجوانان آهسته گام در نگاه والدین و معلمان ، چاپ اول. انتشارات دانشگاه تهران ، ص ۷ - ۷۹.
- ب پژوه، احمد و رضانی، فریده (۱۳۸۳) بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان که توان ذهنی و عادی. مقاله ارایه شده در نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران. پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.
- بیابانگرد ، اسماعیل (۱۳۸۴) روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. انتشارات دوران ، ص ۱۱۳
- پهلوانی، هاجر و سجادی، علیرضا (۱۳۸۱). بررسی میزان مشکلات و استرس ناشی از داشتن فرزند ناشنوا. دومین کنگره روان شناسی بالینی ایران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- جمالیان ، رضا (۱۳۷۴). اپیدمیولوژی و اصول پیشگیری از بیماریهای واگیر شایع در ایران ، چاپ سوم. تهران: انتشارات اطلاعات ، ص ۷.
- حسینی شهیدی، هدایت (۱۳۷۹). بررسی تاثیر خدمات پرستاری در منزل بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان که توان ذهنی نپری وروستائی تربت حیدریه در سال ۸۰ - ۱۳۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما: فلاحی خشکناپ، مسعود. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خوشای، کتابیون (۱۳۸۴). مکانیسمهای سازگاری در والدین کودکان اتیستیک. مقاله ارایه شده در پنجمین همایش کودکان که توان ذهنی. کتابخانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خوشای، کتابیون (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. پایان نامه کارشناسی ارشد. استاد راهنما: خوشای، کتابیون. 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 (۳۷۹). کیفیت زندگی والدین کودکان آزار دیده. فصلنامه می و پژوهشی مددکاری اجتماعی. ش. ۳۰. ص ۳۰.
- سخایی، علیرضا (۱۳۶۵). نگرشی بر مسائل تندرستی کشور، انتشارات دانشگاه آزاد اس. 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 که توان ذهنی و مادران آنها، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمده می دانشگاه پیام نور.
- عباسی، پروین (۱۳۷۵). بررسی میزان استرس و شیوه‌های مقابله مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مراجعه کننده به مرکز توان بخشی سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه. سازمان بهزیستی استان کرمانشاه.
- فروغان، مهشید و رضایی، رامین (۱۳۸۴). تعیین عوامل موثر در سپردن افراد که توان ذهنی به مراکز نگهداری شبانه روزی توسط خانواده‌ها در شهر تهران: ۱۳۸۲. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- میربلوک بزرگی، ساس (۱۳۷۳). بررسی و مقایسه ویژگیهای رفتار سازشی پسران که توان ذهنی آموزش پذیر و عادی ۹ تا ۱۲ ساله در آموزشگاههای ابتدایی شهرستان رودسر. پایان نامه کارشناسی ارشد. استاد راهنما: هادی بهرامی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- میرزایی، سعید (۱۳۸۰). جمعیت و کیفیت زندگی، فصلنامه جمعیت، شماره 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: 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-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.

- 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 Rehabilitation 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 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 University.
- 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.

- 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 Disabilities: 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.

- 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 J 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
