

مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اصفهان محمدرضا مرادی¹، شقایق جهاندار²

چکیده:

پژوهش با هدف بررسی و مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اصفهان صورت گرفت. این مطالعه به صورت پس رویدادی (علی-مقایسه ای) انجام شد. بدین منظور 15 نفر از مادران کودکان با معلولیت ذهنی و 15 نفر از مادران کودکان عادی با توجه به ملاک ورود به پژوهش به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ی استاندارد بهزیستی روانشناختی ریف 54سوالی استفاده شد. داده های بدست آمده با به کارگیری امارتوصیفی و ازمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. (MANOVA). یافته ها نشان داد در مولفه های پذیرش خود و زندگی هدفمند و تسلط برمحیط بین مادران کودکان با معلولیت ذهنی ومادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان با معلولیت ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی در مولفه های ازمون به غیر از مولفه خودمختاری دارای میانگین کمتری هستند.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، کودکان، معلولیت ذهنی

مقدمه: مراقبت از معلولین و بیماران در خانواده، چالشهای بزرگی را برای آنها به دنبال دارد (سلامون، 2008). جرال و همکاران (2010) معتقدند سلامت روانشناختی خانواده به عنوان کوچکترین واحد اجتماعی وابسته به سلامت تک تک اعضای خانواده است (فیامنگی و همکاران، 2010). خانواده هایی که کودک معلول دارند با خانواده هایی که با بحران رو به رو

¹ .عضو هیئت علمی گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی دانش پژوهان پیشرو، اصفهان. ایران.
² .دانشجوی کارشناسی روانشناسی موسسه آموزش عالی دانش پژوهان پیشرو، اصفهان. ایران.

میشوند، در مزمن بودن وضعیتی است که مادران کودکان معلول با آن دست به گریبان هستند. (موسوی، 1393).
مشاهدات روزمره روانشناسان و روانپزشکان نشان میدهد که وجود کودک معلول مسائل و مشکلاتی را در

خانواده ها ایجاد میکند (میلانی فر، 2007). واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از کودکان استثنایی بر عهده خانواده میباشد. (نوری خواوی و همکاران، 2011). این خانواده ها باید به صورت شبانه روزی و برای سالیان متمادی از فرزندانشان مراقبت کنند. (موسوی، 1393).
فشار ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل توجه بوده و موجب تهدید سلامت روانی آنها و کاهش بهزیستی روانشناختی و ناسازگاری اجتماعی و رضایتمندی آنان از زندگی میگردد (موسوی 1393). علاوه بر این، ممکن است خانواده با مشکلات مالی رو به رو شود. میزان تنشی که خانواده تجربه میکند، احتمالاً به عواملی مانند تصور خانواده از شرایط موجود، حمایت اعضای خانواده و حمایت های اجتماعی بستگی دارد (سلیگمن، 2002).
اعضای خانواده، قربانیان دوم معلولین هستند. آنها مجبور میشوند احساسات، باورها و ارزشهای خویش را بازبینی کنند و آنچه را قبلاً باعث شرم آنها بوده تغییر دهند که همین موضوع، باعث تحمیل فشار روانی بر خانواده و اطرافیان میگردد. معمولاً فشار ناشی از مراقبت بیمار، به عهده یک یا دو نفر از اعضای خانواده میباشد. آنها اغلب احساس انزوا، ناامیدی و عصبانیت میکنند (احمدی و آل داوود، 2007). همچنین دچار انزوای اجتماعی، کاهش ارتباط خانوادگی، کاهش بهزیستی روانشناختی، حس تنهایی، افسردگی و اضطراب (رومانو و همکاران، 2014)، طلاق، کاهش شرکت در محافل محلی، کاهش یادگیری رفتارهای اجتماعی، ترس اجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و افزایش رفتارهای ضد اجتماعی میشوند (کراتزر و هگرل، 2008).
عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روانی، بهزیستی روانی، پذیرش و سازگاری اجتماعی این خانواده ها، میتواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آنها منجر شود (وایندهام، 2007). با توجه به اهمیت این مسأله هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی و بررسی کیفیت زندگی و نحوه مدیریت این خانواده ها صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند میباشد (لاندا و همکاران، 2009).

بهزیستی روانشناختی یکی از مفاهیم مثبت بهداشت بهزیستی روانی است که به معنای فقدان عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی است (کائو، 2007). بهزیستی روانشناختی ارزیابی شناختی و موثر از زندگی تعریف شده است. ارزیابی علاوه بر قضاوت های شناختی، شامل واکنش های هیجانی به وقایع و رضایت از زندگی نیز می شود. بنابراین، بهزیستی یک مفهوم کلی است که شامل تجربه هیجان های خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت بالا از زندگی است (دینر، اوشی، و لوکاس، 2003).

امروزه از اصطلاح بهزیستی روانشناختی برای مفهوم سلامت استفاده می-شود. زیرا این واژه، بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر میکند (ریف و همکاران

1998). بهزیستی روانشناختی مقوله وسیعی از پدیده هایی است که پاسخ های هیجانی افراد و قلمروی رضایت ها و ارزیابی های کلی از زندگی را شامل می- شود و دارای چندین مولفه عاطفی وشناختی است (فیست و همکاران، 1995). افراد با احساس بهزیستی بالا ، هیجانات مثبت را تجربه میکنند و از حوادث و وقایع زندگیشان ارزیابی مثبتی دارند، درحالیکه افراد با بهزیستی روانی پایین ، حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی نموده و بیشتر هیجانات منفی، نظیر اضطراب و افسردگی و خشم را تجربه میکنند (کائو، 2007).

رویکرد بهزیستی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی میکند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید دارد (سوری، 1395). عوامل متعددی بر بهزیستی روانشناختی تأثیرگذار هستند که شامل: درآمد، سن، خانواده، ارتباط اجتماعی، رویدادهای زندگی و ویژگیهای شخصیت است (اید و الرسن، 2008). همچنین بین معنویت با بهزیستی روانشناختی ارتباط وجود دارد و معنویت به عنوان عامل محافظتی در سازگاری روانی با تجربیات منفی زندگی عمل میکند (کوئین، 2010، پارگامنت، کرک پاتریک، 2004، نلسون، 2009).

ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه فرد میدانند (ریف، 1995). طبق آنچه ریف و همکاران از الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت ارائه کرده اند، بهزیستی روانشناختی از شش عامل تشکیل میشود که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند و تسلط بر محیط میباشد (ریف، و سینگر، 2004).

از آنجا که نقش عمده و اصلی مراقبت از کودکان استثنایی بر عهده خانواده و بویژه مادر میباشد، لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه بهزیستی روانشناختی، مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اصفهان انجام شد.

روش :

از نظر روش شناسی، پژوهش فوق از نوع توصیفی است و از بین طرحهای توصیفی روش علی- مقایسه ای مورد استفاده قرار گرفته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه ی پژوهش را کلیه ی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اصفهان تشکیل میدهند و از بین مادران کودکان عادی شهر اصفهان 15 نفر و از بین مادران کودکان با معلولیت ذهنی نیز 15 نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش برای مادران کودکان معلولیت ذهنی و عادی عبارت بود از :

1) گروه سنی کودکانشان بین 7 تا 13 سال باشد. 2) شدت معلولیت در حد خفیف یا متوسط باشد.

برای جمع آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است :

1) پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف :

این پرسشنامه به منظور سنجش بهزیستی روانشناختی افراد طراحی و تدوین شده است و از آزمون های خودگزارش دهی و بسته پاسخ است . این پرسشنامه دارای ۵۴ سوال و شامل ۶ مولفه خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می باشد که هر مولفه دارای 9 پرسش است.

بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت (کاملاً مخالفم 1 – مخالفم – تاحدی مخالفم – تاحدی موافقم – موافقم – کاملاً موافقم 6) و با سوالاتی مانند (من راه های تازه ای برای انجام دادن کارهایم نمی خواهم، زندگی من به همین روش فعلی مطلوب است.) به سنجش بهزیستی روانشناختی افراد می پردازد. مجموع نمرات این 6 مولفه به عنوان نمره کلی بهزیستی روانی محاسبه میشود و نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است.

نتایج نشان داد ضریب پایایی درونی این آزمون برای تمام مولفه ها بیش از 0.70 است که بر این اساس ابزار مناسبی است

نتایج :

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. با توجه به طرح تحقیق و نوع فرضیه ها روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شده است که با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فرضیه پژوهش بیان می دارد که بین مولفه های بهزیستی روانشناختی این دوگروه تفاوت معناداری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه و بررسی دقیق تفاوت نمره های مولفه های بهزیستی روانشناختی بین این دوگروه از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده کردند که نتایج آن در جدول 3 گزارش شده است.

جدول 1 : شاخصهای آماری مولفه های بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی

تعداد	انحراف معیار	میانگین	متغیر
-------	--------------	---------	-------

پذیرش خود			
مادران کودکان معلولیت ذهنی	32.6667	6.76827	15
مادران کودکان عادی	38.6667	4.18614	15
روابط مثبت بادیگران			
مادران کودکان معلولیت ذهنی	34.6000	6.68474	15
مادران کودکان عادی	35.7333	4.38287	15
زندگی هدفمند			
مادران کودکان معلولیت ذهنی	32.2000	8.84146	15
مادران کودکان عادی	40.3333	5.06623	15
تسلط محیطی			
مادران کودکان معلولیت ذهنی	36.4000	5.92573	15
مادران کودکان عادی	41.6667	4.22013	15
خود مختاری			
مادران کودکان معلولیت ذهنی	36.7333	5.96977	15
مادران کودکان عادی	35.0000	5.63154	15
رشد فردی			
مادران کودکان معلولیت ذهنی	34.7333	5.07749	15
مادران کودکان عادی	37.7333	4.44758	15

جدول 1 شاخص های آماری 6 مولفه بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی را نشان میدهد و میانگین نمره مولفه های بهزیستی روانشناختی به جز خود مختاری مادران کودکان با معلولیت ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین تر است.

جدول 2 : تحلیل لامبدا ویلکز خرده آزمون های بهزیستی روانشناختی

متغیر	ارزش	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
-------	------	---	--------------	----------	------------

0.891	0.491	0.010	3.691	0.509	بهزیستی روانشناختی
-------	-------	-------	-------	-------	-----------------------

یافته های جدول 2 بیان می دارد که بین بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی در کل در سطح $P < 0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به مجذور اتا میتوان گفت که 49 درصد تفاوت دو گروه مربوط به بهزیستی روانشناختی است و توان آزمون (00.891) نیز نشان دهنده کفایت حجم نمونه است.

جدول 3 : نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (Manova) مولفه های بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی

متغیر	میانگین مجذورات	درج ه ازادی	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پذیرش خود	270.00 0	1	8.526	0.007	0.233	0.805
روابط مثبت با دیگران	9.633	1	0.302	0.587	0.11	0.083
زندگی هدفمند	496.13 3	1	9.556	0.004	0.254	0.847
تسلط محیطی	208.03 3	1	7.862	0.009	0.219	0.772
خود مختاری	22.533	1	0.669	0.420	0.023	0.124
رشد فرد ی	67.500	1	2.963	0.096	0.096	0.383

بر اساس یافته ها ی جدول 3 که نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (Manova) بر روی نمره های مولفه های بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی را نشان میدهد بین پذیرش خود و زندگی هدفمند و تسلط بر محیط این دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بین 21 تا 23 درصد تفاوت ها با توجه به مجذور اتا قابل تبیین است. همچنین توان آزمون نشان دهنده کفایت حجم نمونه می باشد. اما تفاوت دو گروه در مولفه های روابط مثبت با دیگران و خودمختاری و رشد فردی در سطح های به ترتیب 0.587 و 0.42 و 0.096 معنادار نمیباشد.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش با هدف بررسی و مقایسه ی بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی صورت گرفت. بین مولفه های پذیرش

خود و زندگی هدفمند و تسلط بر محیط بهزیستی روانشناختی مادران کودکان با معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد اما بین روابط مثبت با دیگران و خودمختاری و رشد فردی دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

افرادی که از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری آنها بامشکلات بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که مادران کودکان با معلولیت ذهنی نسبت به مادران دارای فرزند عادی باید زمان بیشتری را جهت مراقبت و آموزش کودک خود مصرف کنند، در نتیجه، این مادران برای انجام فعالیتهای خود ناتوان هستند و زندگی اجتماعی آنها محدود میگردد که این امر بر بهزیستی روانشناختی تأثیرات منفی میگذارد.

همچنین مادرانی که سطح تاب آوری بالاتری دارند با مشکلات زندگی بهتر میتوانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. این مادران در روابط خانوادگی احساس امنیت میکنند و از پیشرفت کمی که فرزند معلول ذهنی آنها دارند راضی هستند و کودکانشان سازگار تر شده و کیفیت زندگی مطلوب تری را خواهند داشت.

در ایران در زمینه بهزیستی روانی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور (علوی، 2012) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که حضور کودک با نیازهای ویژه در خانواده، بهزیستی روانشناختی خانواده را به گونهای منفی تحت تأثیر قرار میدهد. همچنین نتایج پژوهش شریعتی و داور منش نشان داده است که وجود یک فرزند دارای معلولیت به شدت بر سازگاری اجتماعی، سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی مادران تأثیر میگذارد (شریعتی و داور منش، 1991).

بهزیستی روان شناختی، احساسات مثبت، شناخت مثبت (برخورداری از زندگی قابل درک و کنترل)، علاقه به کار و فعالیت، خودپنداره مثبت توانایی اثبات خویشتن و روابط بین فردی سازنده را به دنبال دارد.

تولد و حضور کودک استثنایی در هر خانواده‌ای میتواند رویدادی نامطلوب و چالش را تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را برای اعضای خانواده به دنبال خواهد داشت.

مطالعات نشان داده است که فشار ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل توجه بوده و موجب تهدید سلامت روانی آنها و کاهش بهزیستی روانشناختی توجه به نتایج پژوهش حاضر میتوان دریافت که مادران دارای و ناسازگاری اجتماعی و رضایتمندی آنان از زندگی میگردد.

لازم به ذکر است که ابزار گردآوری این پژوهش، پرسشنامه بود و این به نوبه خود یک محدودیت به حساب می‌آید؛ چونکه ممکن است آزمودنی در پاسخگویی به برخی سؤالات سوگیری داشته باشد.

منابع

Soloman P. Interventions for families of individuals with schizophrenia: Maximizing Outcomes for their Relatives. *Disease Management and Health Outcomes*. 2008;8(4):211-221.

Fiamenghi GA, Vedovato AG, Meirelles M, Himado ME. Mothers interaction with disabled infants: two case studies *Report infant Psychol*. 2010; 28:191-9.

Milanifar B. *Mental health*. Tehran, Ghomes publication. 2007. [Persian].

Nouri Khajavi M, Ardeshirzadeh M, Dolatshahi B, Afegh S. Comparison of psychological stress among caregivers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 14(1):84-80. [Persian].

Seligman ME. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press; 2002

Ahmadi AR, AL-Dawood SA. *Family participation in treatment and rehabilitation of chronic mental patients*. Welfare Organization. Tehran publication Campus. 2007. [Persian].

Romano M, Truzoli R, Osborne LA, Reed P. The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014;8(11):1521-6.

Kratzer S, Hegerl U. Is "Internet Addiction" a disorder of its own?--a study on subjects with excessive internet use. *Psychiatrische Praxis*. 2008;35(2):80-3.

Windham RC. The changing landscape of adolescent Internet communication and its relationship to psychosocial adjustment and academic performance: ProQuest; 2007.

Cao F, Su L, Liu T, Gao X. The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*. 2007;22(7):466-71

Landau R, Amiel-Laviad R, Berger A, Atzaba-Poria N, Auerbach JG. Parenting of 7-month-old infants at familial risk for ADHD during infant's free play, with restrictions on interaction. *Infant Behavior and Development*. 2009;32(2):173-82.

Feist G, Bonder TE, Jacobs JF, Miles M, Tan V. integrating top down and bottom- up structural models of subjective well-being: a longitudinal investigation, *Journal personality and social psychology*. 1995; 68: 138-150.

Ryff, C.D., & Singer B. (1998). The contours of positive human health. *Psych. Inqu*. 9: 1–28

Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Direct Psychology Science*. 4: 99–104

Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting wellbeing with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B: Bio Sci*, 359, 24-94

Alavi A. Comparison of quality of life in children with thalassemia major and attunes of their parents in the city. 2012; 8(3):39- 41.[Persian]

Shariati MT, Davarmanesh A. Attitudes of parents of mentally retarded children and compare them in different cultural levels. Master's thesis. Shiraz University. 1991. [Persian].

- طاهری، مهدی،، یاریاری، فریدون،، صرامی، غالمرضا، و ادیب منش،
مرزبان (1392). رابطه بین سبک های هویت، شادکامی و بهزیستی روان

شناختی در دانشجویان دانشگاه. نشریه دانش و پژوهش در روانشناسی، کاربردی

- موسوی، سمیه (1395) بررسی رابطه هوش هیجانی، ویژگی های شخصیتی و سبک هوای مقابله ای بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشوته روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران.