

واژگان کلیدی

کیفیت زندگی

سرمایه روانشناختی

مددجویان مراکز
توانبخشی

مقایسه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توانبخشی با والدین کودکان بهنجار

نوع مقاله: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۲۵

نویسندگان

منصور بیرامی

دانشیار، استاد گروه روانشناسی، دانشگاه
تبریز، تبریز، ایران

یزدان موحدی*

دانشجوی دکتری علوم اعصاب شناختی،
دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
Yazdan.movahedi@gmail.com

فاطمه خدایاری

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی،
دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی والدین مددجویان مراکز توانبخشی با والدین کودکان بهنجار انجام شده است.

روش: جامعه آماری این پژوهش شامل والدین مددجویان بهزیستی شهرستان اهر می باشد. نمونه آماری این پژوهش را

۶۰ نفر از والدین مددجویان سازمان بهزیستی اهر که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند تشکیل می دهند. گروه بهنجار نیز ۶۰ نفر بود که از جمعیت عادی و از طریق نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. البته از لحاظ سن، تحصیلات و طبقه اقتصادی با نمونه بهزیستی هم‌تاسازی شدند. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. پس از انتخاب افراد پرسشنامه سرمایه روانشناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی بر روی آنان اجرا گردید. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد بین سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توانبخشی با والدین کودکان بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: می توان گفت والدین مددجویان توانبخشی از کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی پایین تری نسبت به والدین بهنجار برخوردارند.

یزدان موحدی، منصور بیرامی، فاطمه خدایاری. مقایسه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توانبخشی با والدین کودکان بهنجار. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۳؛ ۳ (۲): ۳۳-۴۰

نحوه استناد به مقاله:

The Compersion of Psychological Capital and Parental Quality of Life Between Clients' Parents in a Rehabilitation Center and Normal Children's Parents

Study Type: Original
Received: 03 Oct 2014
Accepted: 19 Nov 2014

Keywords

Quality of Life
Psychological Capital
Clients of Rehabilitation Centers

Abstract

Introduction: The current study is aimed to determine the difference in quality of life and psychological capital between clients' parents in a rehabilitation center and normal children's parents.

Methodology: A descriptive and causative comparative method used to assess the study aim. The study population were clients' parents from a rehabilitation center in Ahar. A simple accidental random sampling was used to recruit 60 parents from the rehabilitation center in this study. In addition, we selected 60 parents from normal population through an accidental sampling. Participants in 2 groups were homogeneous regarding age, education and economical status by patient sample. We used the psychological capital and quality of life questionnaires. Data were analysed by multivariate-analysis of variance and independent two-group uni-variate variance analysis test.

Results: The results showed that there was a significant difference in quality of life and psychological capital between clients' parents in the rehabilitation center and normal children's parents.

Conclusions: We can concluded that rehabilitation clients' parents compared with normal children's parents have lower psychological capital and quality of life.

Authors

Mansour Bayrami
Associate Professor in
University of Tabriz

Yazdan Movahedi*
Ph.D student of Cognitive
neuroscience in University
of Tabriz
Yazdan.movahedi@gmail.com

Fatema Kodayari
MA in General Psychology,
Tabriz Branch, Islamic
Azad University

*Corresponding Author

Please cite this
article as follows:

Movahedi Y, Bayrami M, Kodayari F. The Compersion of psychological capital and parental quality of life between clients' parents in a rehabilitation center and normal children's parents. *Quarterly journal of social work*. 2014; 3 (2); 33-40

مقدمه

نقش مراقبت از معلولین و بیماران در خانواده، چالش‌هایی بزرگی را برای خانواده‌ها به دنبال دارد، آن‌ها از منابع موجود در مدیریت رفتارهای دشوار و پیچیده‌ی بیمار و چگونگی روبرو شدن با احساس گناه، سردرگمی، اندوه و برانگیختگی احساس، آگاهی کافی ندارند و در نتیجه با فرسودگی و اختلالات روان پزشکی مواجه می‌شوند (۱). مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از بستگان افراد مبتلا به اختلال‌های روانی، نشانه‌هایی از بیماری‌های روان شناختی و جسمی (۲) و فرسودگی (۳) را دارا هستند.

تولد کودک معلول در خانواده، مشکلاتی را برای اعضای خانواده رقم می‌زند و باعث استرس در اعضای خانواده و به خصوص والدین می‌شود (۴ و ۵ و ۶).

ناتوانی کودک در خانواده بحران ایجاد می‌کند. با وجود این تفاوت اساسی خانواده‌هایی که کودک معلول دارند با خانواده‌هایی که با بحران روبرو می‌شوند، در مزمین بودن وضعیتی است که والدین کودکان معلول با آن دست به گریبان هستند. این خانواده‌ها باید به صورت شبانه روزی و برای سالیان متمادی از فرزندانشان مراقبت کنند. فشارها و استرس‌های ناشی از مراقبت دائم می‌تواند کشنده باشد و سبب فرسودگی جسمی و روانی والدین شود. علاوه بر این ممکن است خانواده با مشکلات مالی روبرو شود. میزان استرسی که خانواده تجربه می‌کند احتمالاً به این عوامل بستگی دارد: الف) تصور خانواده از شرایط موجود. ب) حمایت اعضای خانواده. ج) حمایت‌های اجتماعی (۷).

توجه کامل به کودکان یک جامعه و تاثیر این کودکان در نظام واکنشی خانواده به ویژه والدین از مهم‌ترین مسائل و بهترین

سرمایه‌گذاری‌ها برای آینده آن جامعه محسوب می‌شود. امروزه در تمام جوامع بشری کودکان معلول مورد توجه قرار دارند. توجه جدی به کودکان معلول جسمی و ذهنی و والدین آن‌ها متضمن سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه از سوی دولت‌ها به ویژه در زمینه توانبخشی، تعلیم و تربیت و آموزش‌های شغلی و حرفه‌ای است.

به طور کلی حضور این کودکان تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی والدین آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روانی این خانواده‌ها می‌تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آن‌ها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسئله هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی و بررسی کیفیت زندگی و نحوه مدیریت این خانواده‌ها صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند می‌باشد.

مشکلات رفتاری کودکان تاثیر زیان باری بر خانواده‌ها، مدارس و سلامت روانی خود کودکان می‌گذارد. به منظور مداخله‌های درمانی و پیش‌گیری از مشکلات رفتاری کودکان، شناسایی عوامل خطر آفرین مشکلات رفتاری ضروری است (۸).

مشاهدات روزمره روان‌پزشکان و روان‌شناسان نشان می‌دهد که وجود کودک معلول مسائل و مشکلاتی را در خانواده‌ها ایجاد می‌کند بخصوص اگر سایر کودکان خانواده دارای هوش طبیعی و حتی باهوش تر باشند. واکنش‌های پدر و مادر نسبت به کودکان استثنایی خود یکسان نیست و غالباً به میزان اختلال، راهنمایی روان‌پزشک، روان‌شناس، وضع اجتماعی و اقتصادی خانواده، شخصیت والدین و سایر عوامل بستگی دارد (۹).

علی‌رغم وجود فرسودگی‌های ذهنی و جسمی، خانواده‌ها توانسته‌اند با فشار روانی و ذهنی ناشی از بیماری روانی، شامل واکنش هیجانی نسبت به فرد بیمار، احساس از دست دادن وی، فقدان و افسوس مراقبت از وی کنار بیایند، ولی فرسودگی عینی که شامل محدودیت‌های فعالیت‌های اجتماعی، کار، تفریح، مشکلات مالی و جسمی و اختلال در روابط خانوادگی می‌باشد را نمی‌توانند نادیده بگیرند. زیرا این عوامل روی سلامت روانی، تاثیر بیشتری داشته است. واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از کودکان استثنایی بر عهده‌ی خانواده می‌باشد (۱۰).

مطالعات نشان داده که فشار ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل توجه بوده، موجب تهدید سلامت روانی آن‌ها و کاهش کیفیت زندگی و کاهش رضایت‌مندی آنان از زندگی می‌گردد.

یکی از مهم‌ترین تاثیراتی که حضور کودک معلول بر خانواده می‌گذارد، از دست دادن امنیت و آرامش حاکم بر خانواده است. خانواده‌ای که تا قبل از این در محیط امن زندگی می‌کرد با وجود داشتن یک بیمار مبتلا به اختلال روانی نمی‌تواند آرامش قبلی خود

را به طور کامل حفظ نماید (۱۱).

اعضای خانواده قربانیان دوم معلولین هستند. شوک و ناباوری اولین احساس است که در والدین و خانواده بروز می‌کند، احساس ترس و خجالت نیز احساس دیگری است که در والدین این افراد نمایان می‌شود. آن‌ها مجبور می‌شوند احساسات، باورها، و ارزش‌های خویش را بازبینی کنند و آنچه را که قبلاً باعث شرم آن‌ها بوده تغییر دهند که این موضوع باعث تحمیل فشار روانی سنگین بر خانواده و اطرافیان می‌گردد. معمولاً فشار ناشی از مراقبت از بیمار به عهده یک یا دو نفر از اعضای خانواده می‌باشد. آن‌ها اغلب احساس انزوا، ناامیدی و عصبانیت می‌کنند (۱۲).

حمایت از خانواده کمکی به کودک معلول است تا با بیماری خویش بهتر کنار آید و زندگی را با خانواده بگذراند. نقش خانواده‌ها در توانبخشی به طور گسترده‌ای شناخته شده است (۱۳).

از سوی دیگر عوامل متعددی در این امر دخیل هستند که می‌توان به کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی اشاره کرد. تئوری کیفیت زندگی بیان می‌کند که بخش بزرگی از شادی، از کامل برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها و اهداف در حوزه‌هایی از زندگی نشأت می‌گیرد که برای ما مهم هستند. همچنین مسئله رضایت و شادی از برآورده شدن اهداف فرعی در مسیر یاد شده نیز حاصل می‌شود (۷).

از سوی دیگر سرمایه روان شناختی

از شاخص‌های روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۱۴). همچنین برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند؛ لذا این گونه افراد دارای سلامت روانشناختی بالاتری هستند (۱۴).

سرمایه روانشناختی سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مولفه ادراکی - شناختی یعنی امید، خودکارآمدی و تاب‌آوری و خوش‌بینی را در بر می‌گیرد. این مولفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزش‌یابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌دهد (۱۵) و او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده (۱۶) و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۱۷).

طبق آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، حدود دو میلیون و هشت هزار معلول وجود دارد. بنابراین تعداد قابل ملاحظه‌ای از خانواده‌های ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول، همچنین فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی در امان نیستند. با انجام این پژوهش و شناخت کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی والدین مددجویان مراکز توانبخشی می‌توان در اجرای طرح‌های آموزشی مهارت‌های زندگی که در حال حاضر در سطح کشور توسط سازمان‌های اجتماع محور از جمله سازمان بهزیستی انجام می‌شود به خانواده‌های این کودکان نگاهی ویژه انداخت و در بالا بردن سطح رضایت مندی این خانواده‌ها و خانواده‌هایی که کودکان با معلولیت‌های مختلف دارند نقش موثری ایفا نمود. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی در والدین مددجویان توانبخشی و والدین کودکان بهنجار انجام شد.

روش

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توانبخشی با والدین کودکان بهنجار، روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای بود.

جامعه آماری این پژوهش شامل والدین مددجویان بهزیستی شهرستان اهر بود. نمونه شامل ۶۰ نفر از مددجویان بود. نمونه پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شد و والدین گروه بهنجار نیز ۶۰ نفر بود که از جمعیت عادی و از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. البته از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی با نمونه هدف هم‌تا شدند.

پس از اخذ مجوز از دانشگاه تبریز جهت اجرای پرسشنامه‌ها در بهزیستی و مراکز توانبخشی و ارائه معرفی نامه

و دریافت اسامی مددجویان مراکز و با معرفی طرح به والدین مددجویان اطمینان داده شد که نتایج فقط در اختیار محقق می‌باشد و برای پژوهش به کار گرفته می‌شود و در اختیار هیچ مرکز یا شخص دیگری قرار داده نخواهد شد. ضمن اینکه از همه‌ی آن‌ها رضایت آگاهانه بعمل آمد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها استخراج و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

سرمایه روانشناختی: این مقیاس توسط لوتانز، اولیو و یوسف (۱۸) ساخته شده است و دارای ۲۴ ماده است که ۴ بعد سرمایه روانشناختی را اندازه گیری می‌کند. این ۴ بعد خودکارآمدی، خوش بینی، امید و تاب آوری می‌باشند. هر کدام از این ابعاد شامل ۶ آیتم هستند. اگرچه این مقیاس جدید است ولی پژوهش‌های زیادی حاکی از اعتبار و روایی این مقیاس در سطح بین فرهنگی و شغلی است و قابلیت اعتبار و روایی این خرده مقیاس‌ها نیز ثابت شده است. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۴).

کیفیت زندگی: برای ارزیابی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-۳۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه با ۸ زیر مقیاس مختلف سلامت، شامل سلامت عمومی ۵ گویه، عملکرد جسمانی ۱۰ گویه، محدودیت ایفای نقش به دلایل

جسمانی ۴ گویه، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۳ گویه، درد بدنی ۲ گویه، عملکرد اجتماعی ۲ گویه، نشاط ۴ گویه و سلامت روانی ۵ گویه است، سوال شماره ۲ به هیچ کدام از خرده مقیاس‌ها تعلق ندارد و با نمره کل جمع می‌شود. نحوه نمره دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه، تعیین می‌شود. لازم به ذکر است که این تست در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده می‌شود و آن‌ها به سوالات پاسخ می‌دهند. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکارانش در سال ۲۰۰۵ بررسی شده است، که در حد مطلوب بوده است (حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹) (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و سپس آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

جدول (۱) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توان بخشی با والدین کودکان بهنجار

مؤلفه	آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
والدین کودکان بهنجار	سلامت جسمانی کیفیت زندگی	۱۳۴۲/۴۲	۳۵۹/۱۷۳	۶۰
	سلامت روانی کیفیت زندگی	۶۸۶/۸۳	۲۶۸/۵۷	۶۰
والدین مددجویان توانبخشی	کل کیفیت زندگی	۲۰۲۹/۲۵	۵۷۲/۲۹	۶۰
	سلامت جسمانی کیفیت زندگی	۱۰۷۳/۰۸	۲۵۴/۶۵	۶۰
	سلامت روانی کیفیت زندگی	۴۴۶/۰۸	۱۹۹/۸۷	۶۰
	کل کیفیت زندگی	۱۵۱۹/۱۶	۳۸۵/۳۷	۶۰

جدول (۲) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) سرمایه روانشناختی والدین مددجویان مراکز توان بخشی با والدین کودکان بهنجار

گروه	متغیرهای وابسته	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
والدین کودکان بهنجار	خودکارآمدی	۱۴/۱۴	۴/۷۹	۶۰
	امیدواری	۱۲/۷۲	۴/۲۹	۶۰
	تاب آوری	۱۳/۴۴	۴/۶۰	۶۰
والدین مددجویان توانبخشی	خوش بینی	۱۲/۸۱	۳/۹۱	۶۰
	سرمایه روانشناختی	۵۳/۱۳	۱۲/۷	۶۰
	خودکارآمدی	۱۱/۷۴	۲/۵۲	۶۰
والدین مددجویان توانبخشی	امیدواری	۱۱/۳۲	۲/۶۳	۶۰
	تاب آوری	۱۱/۹۳	۳/۱۱	۶۰
	خوش بینی	۱۱/۳۰	۲/۵۸	۶۰
	سرمایه روانشناختی	۴۶/۳۰	۶/۱۱	۶۰

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در کیفیت زندگی منبع پراکنده‌گی

منبع پراکنده‌گی	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	سلامت جسمانی	۲۱۷۶۲۱۳/۳	۱	۲۱۷۶۲۱۳/۳	۲۲/۴	۰/۰۰۱
	سلامت روانی	۱۷۳۸۸۱۶/۸	۱	۱۷۳۸۸۱۶/۸	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی	۷۸۰۵۵۵۰/۲	۱	۷۸۰۵۵۵۰/۲	۳۲/۷	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول شماره ۱، میانگین نمرات سلامت جسمانی و روانی و نمره کل کیفیت زندگی در گروه والدین بهنجار بالاتر از والدین مددجویان توانبخشی است. با توجه به نتایج جدول شماره ۲، میانگین

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در سرمایه روانشناختی منبع پراکنده‌گی

منبع پراکنده‌گی	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	سرمایه روانشناختی (کل)	۱۳۹۷/۴۶	۱	۱۳۹۷/۴۶	۱۳/۸۷	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۱۷۳/۰۰	۱	۱۷۳/۰۰	۱۱/۶۶	۰/۰۰۱
	امیدواری	۵۸/۷۲	۱	۵۸/۷۲	۴/۵۹	۰/۰۳۴
	تاب آوری	۶۸/۴۲	۱	۶۸/۴۲	۴/۴۰	۰/۰۳۸
	خوش بینی	۶۸/۸	۱	۶۸/۸	۶/۲۰	۰/۰۱۴

همچنین نتایج آزمون لون برای هیچ کدام از متغیرهای کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی معنادار نبود.

همانطور که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود نتیجه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی، بعد سلامت روانی و نمره کل کیفیت زندگی در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است.

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود نتیجه آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که در بعد خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش بینی و نمره کل سرمایه روانشناختی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

نمرات سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن در گروه‌های والدین بهنجار بالاتر از والدین مددجویان توانبخشی است.

جهت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره از آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد واریانس متغیرها برابر بوده و با هم تفاوت معناداری ندارند $F=1/54$ و $P>0/05$. بنابراین می‌توانیم از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کنیم.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که والدین مددجویان مراکز توانبخشی نسبت به والدین کودکان عادی از کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی پایین‌تری برخوردارند. مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که والدین مددجویان توانبخشی نسبت به والدین کودکان عادی باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودک خود بکنند، در نتیجه این والدین برای انجام فعالیت‌های خود کم‌توان هستند و زندگی اجتماعی آن‌ها محدود می‌گردد که این امر بر کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی می‌گذارد (۲۰ و ۲۱ و ۲۲).

در ایران نیز کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به آسم و دیابت (۲۳)، کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور (۲۴) و کودکان مبتلا به فلج مغزی (۲۵)، مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشان داده که حضور کودک با نیازهای ویژه در خانواده، بر کیفیت زندگی خانواده تاثیر گذار هست.

کامرون (۲۶) در مطالعه خود سلامت جسمانی و روانی بین والدین کودکان استثنایی و سالم تفاوت معناداری را گزارش کرد.

در بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم که توسط خیاط‌زاده ماهانی (۲۵) در دانشگاه جندی شاپور اهواز انجام شد نتایج نشان داد که بین مادران کودکان سالم و کودکان مبتلا به فلج مغزی و عقب مانده ذهنی در هر چهار حیطه کیفیت زندگی، تفاوت معناداری وجود داشت. اما در بین مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی و کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه مطالعه امرسون (۲۷) نشان داد که مادران کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی احتمال دارد که به اختلال روانی مبتلا شوند و از سرمایه روانشناختی پایین‌تری برخوردارند.

در مقایسه بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم با والدین کودکان سالم و بررسی رابطه آن‌ها با استقلال داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم، نتایج نشان داد که مادران مبتلا به اوتیسم در مورد حمایت اجتماعی و ثبات خانواده در استرس بالا و سلامت روانی پایینی قرار دارند و بین این میزان و بهداشت روانی و استقلال داشتن رابطه مستقیمی وجود دارد (۲۸).

نتایج پژوهش شریعتی و داور منش (۲۹) نشان داده است که وجود یک فرزند کم توان ذهنی به شدت بر سلامت روانی والدین تاثیر گذار است. نریمانی و همکاران (۳۰) مطالعه‌ای را با هدف مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی انجام دادند. نتایج نشان داده است که بین چهار گروه مادران کودک کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی از نظر اختلال روانی، افسردگی، اضطراب، روان پریشی، ترس مرضی تفاوت وجود دارد. در مورد متغیرهای اضطراب، افسردگی، روان پریشی و نمره کل معنی دار بود.

خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین تری دارند (۳۱).

حضور یک کودک استثنایی در خانواده فشار روانی زیادی بر والدین و اعضای خانواده وارد می کند و می تواند سلامت روان آنان را به مخاطره اندازد (۹).

بسیار حائز اهمیت است که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه با نوع احساسات خود در برخورد با کودکان آشنا شوند. برای سازش با کودک خود نیاز دارند که احساس نسبتا خوبی در مورد کودک خود پیدا کنند. زندگی، ازدواج و کار والدین این گونه کودکان ایجاب می کند تا حدی رضایت مندی را احساس کنند، ممکن است با توجه به این واقعیت که کودک ناتوان دارند احساس غم و ناراحتی کنند، اما نیازی نیست که کل زندگی آنها را هاله ای از غم فرا گیرد (۲۷).

ابزار گردآوری این پژوهش پرسشنامه بود و این به نوبه خود یک محدودیت به حساب می آید. پیشنهاد می گردد که صدا و سیما و رسانه های گروهی در جهت حمایت از مددجویان توانبخشی آموزش های لازم را در جهت افزایش شناخت صحیح از مددجویان و کاهش برچسب های ناشی از آن و به طور کلی تغییر نگرش جامعه ارائه دهند. همچنین مراکز توانبخشی اهمیت و تاکید بیشتری بر آموزش خانواده ها و بیماران قائل شده و با برنامه ریزی های اصولی در جهت مشارکت دادن هر چه بیشتر بیماران و خانواده های آنان در فرایند درمان و توانبخشی، نقش فعالی را به جای نقش منفعل فعلی جایگزین کنند.

میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی به مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی پرداختند. نتایج نشان داد که والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری در متغیرهای تاب آوری، رضایت زناشویی، سلامت روان، افسردگی و اضطراب با کودکان عادی تفاوت دارند یعنی والدین کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری تاب آوری کمتر، رضایت زناشویی ضعیف تر، و سلامت روان پایین تر و اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند؛ اما در بعد جسمانی و کارکرد اجتماعی تفاوتی با هم نداشتند (۳۱).

اما بر خلاف نتایج پژوهش حاضر صیدی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود به مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد در مقیاس های سلامت جسمانی و روانی بین والدین دو گروه والدین تفاوت معناداری مشاهده نگردید (۳۲).

می توان گفت حضور کودک معلول در خانواده باعث ایجاد یک سری احساسات منفی می شود. این قبیل واکنش ها تا زمانی که به کنترل درنیایند و تعدیل نشوند نه تنها سلامت روانی خانواده را به خطر می اندازند بلکه نوع تعامل و ارتباط اعضای خانواده و کودک معلول ذهنی یا جسمی را پیچیده می سازد و در نهایت موجب اضمحلال انرژی روانی و دیگر توانمندی های آنان می شود.

تولد و حضور کودک استثنایی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالا تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی حاکی از آن است که والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالبا ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند. در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می بیند اما فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین و به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد. بررسی نشان داده اند که والدین دارای فرزند معلول، در مقایسه با والدین کودکان عادی سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتر، احساس شرم و

منابع

1. Soloman P (2000). Intervention for families of individuals with schizophrenia maximising outcomes for their relatives. *Disase Management & Health outcomes*, 8(4): 211-221.
2. Weinberg A, Huxley P. (2000). An evolution of impact of voluntary sector family support workers on the quality of life of carers of schizophrenia sufferers. *Journal of mental health*, 9(5): 495-503.
3. Caqueo- urizar A, G UTIERREZ-Maldonado J (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of life reasearch*, 15, 719-724.
4. Hedda M, James Halle W, Aaron Ebata T. (2010). Familis with children who have au sm spectrum dis-

- orders: stress and support. *Social science journals*, 77(1), 7-12.
5. Selda K, Ulku T (2009). Impact of autistic children on the lives of mothers. *Procedia social and behavioral science*, 1, 2334-2540.
 6. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 1, 114-121.
 7. Seligman MEP. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free press.
 8. Atzaba- Poria, N., Paiek A S, Diter-Decard V (2009). Parenting of 7 month old infants at familial risk for ADHD during infants free play, with restrictions on interaction. *Infant behavior and development*, 32,2, 173-182.
 9. Milanifar, B. *Mental Health*. Tehran, Ghomes publication. 2007. (In Persian).
 10. Nouri Khajavi, M.; Ardeshirzadeh, M.; Dolatshahi, B.; Afegh, S. Comparison of psychological stress among caregivers of patients with chronic schizophrenia and chronic bipolar patients and caregivers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008. 52, 84-80. (In Persian).
 11. Schmid R, Huttel G, Gordig C, Spiessi H (2007). Burden of caregivers of inpatients with bipolar affective disorder. *Psychiatrische praxis*, 34: 155-165.
 12. Ahmadi, A R, Al-Dawood, S A. Family participation in treatment and rehabilitation of chronic mental patients. Welfare Organization. Tehran. Publication campus.2007. (In Persian).
 13. Willson B, Herbert CA, Shiel A. (2003). Behavioral approaches in neuropsychological rehabilitation, Hove & NewYork, psychology press.
 14. Luthans F, Luthans K, Luthans BC. Positive psychological capital: going beyond human and social capital. *Bus horiz* 2004; 47(1): 45-50.
 15. Erez A, Judge T. Relationship of core self-evaluation to goal setting, Motivation and performance. *J Appl Psychol*. 2001; 86(6): 1270-1279.
 16. Judge T, Bono J. Relationship of core self-evaluation- self-esteem generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability- with job satisfaction and job performance: meta-analysis. *Journal of Applied psychology*, 2001; 86: 80-92.
 17. Parker C, Baltes B, Young S, Huff J, Altmann R, Lacost H, Roberts J. Relationship between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior* 2001; 24: 398-416.
 18. Luthans F, Avolio B, Avey J B, Norman SM (2007). POSITIVE PSYCHOLOGICAL CAPITAL: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60, 541-572.
 - 19- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36) translation and validation study of the Iranian version. *Journal of Payesh*. 2005; 5(1): 49-56.
 20. Barlow D, Ellard M (2006). The psychological wellbeing of children with chronic disease, their parents and sibling. *Child care health*, 32(2),19-31.
 21. Dannelle ZT, (2010). Life stress, maternal optimism and adolescent competence in single mother, african-american families. *Journal of family psychology*, 24(4), 468-475.
 22. Mallers MH, Shevaun D, Neupert MD, Almeida A. (2010). Perceptions of childhood relationship with mother and father: daily emotional and stressor. Experiences in adulthood. *Developmental psychology*, 46(6), 1651-1661.
 23. Kheirabadi, GR. Comparison of depression among mothers of children with asthma and diabetes Type 1 *Journal of Medicine Journal*. 2007, 11 (1), 21-36. (In Persian).
 24. Alavi, A. Comparison of quality of life in children with thalassemia major and attitudes of their parents in the city, 2006, 8 (3), 39-41.
 25. Khayat, M. Comparison of quality of life of mothers of children with cerebral palsy, mental retardation, and mothers of healthy children. *Journal of Medicine*. 2009, 16 (83), 58-49. (In Persian).
 26. Cameron SJ (2007). Emotional experiences by mothers of children with developmental disability. *Children health care*, 21,96-102.
 27. Emerson E (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, Mental health status and the self-assessed social and psychological impact of the child difficulties. *Journal of intellectual disability res*. 47(4); 385-399.
 28. Halterman J, Muntz G (2007). Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population-based study *ambulatory pediatrics*, 7(3), 253-257.
 29. Shariati, MT; Davarmanesh, A. Attitudes of parents of mentally retarded children and compare them in different cultural levels. Master's thesis. Shiraz University. 1991.
 30. Narimani, M.; Aghamohammadian, HR, Rajabi, S. Comparison of mental health and mental health of mothers and children from normal children. *Journal of Mental Health*, 2007, 33, (34), 15-24. (In Persian).
 31. Michael, N, Ganji, M., Talebi, M. Compare resiliency, marital satisfaction and mental health of parents of children with learning disabilities and normal. *Journal of Learning Disabilities*. 2012, 2 (1), 137-120. (In Persian).
 32. Sayadi, M; Kakabrayy, K, Chchany, F.; Babaei, S., Akbarzadeh, G, Afrasiabi, S. Compare exceptional quality of life in parents of children with parents of normal children. *Proceedings of the Regional Conference on Child and Adolescent Psychology*. 2011, 148-134. (In Persian).