



بررسی رابطه سلامت روان با بهزیستی روانشناختی والدین دارای کودکان عادی و

کودکان آموزش پذیر شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰

سمیه ایران یار^۱، سمیه یوسفی^۲ فاطمه پور رسول^۳، فرشته برنجی توچائی^۴

الهام سپهری جورشری^۵

- ۱- لیسانس علوم تربیتی گرایش مدیریت و برنامه ریزی آموزشی دانشگاه پیام نور واحد رشت
- ۲- لیسانس علوم تربیتی گرایش مدیریت و برنامه ریزی آموزشی دانشگاه پیام نور واحد رشت
- ۳- لیسانس زبان انگلیسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت
- ۴- لیسانس زبان انگلیسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت
- ۵- کارشناسی ارشد ریاضی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لشت نشا

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و والدین آموزش پذیر شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ می باشد. جامعه آماری ما ۲۷۰۰ نفر بود که با استفاده از فرمول کوکران ۴۷۰ نفر به عنوان نمونه آماری ما انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل سه نوع پرسشنامه است که شامل: پرسشنامه سلامت روانی و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی می باشد و پرسشنامه سلامت روانی ۷ ماده آن برای نشانه های جسمانی و ۷ ماده دیگر آن علایم اضطراب و ۷ ماده دیگر آن اختلال در کنش اجتماعی و ۷ ماده دیگر علایم افسردگی را می سنجد. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی که ۱۹ ماده آن برای رضایت از زندگی و ۱۳ ماده آن برای معنویت و ۱۹ ماده آن برای شادی و خوش بینی و ۸ ماده آن مربوط به رشد و بالندگی و ۸ ماده برای ارتباط مثبت با دیگران و ۱۰ ماده آن برای خود مختاری می باشد. برای تحلیل داده از نرم افزار اس پی اس استفاده کردیم از آزمون های از t مستقل و همبستگی پیرسون و رگرسیون کمک گرفتیم. نمره بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان آموزش پذیر می باشد بدین معنی بهزیستی روانشناختی بیشتری دارند. نمره سلامت روانی در بین والدین دانش آموزان آموزش پذیر بیشتر از والدین دانش آموزان عادی می باشد. بدین معنی که والدین کودکان آموزش پذیر از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

کلیدواژگان: سلامت روانی، بهزیستی روانشناختی، آموزش پذیر، عادی، کودک، رشت



مقدمه

یکی از بدیهی ترین گروه هایی که می تواند نیازهای انسان را تامین کند خانواده می باشد. رسالت خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به، استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم توان ذهنی، نابینا، یا ناشنوا باشد. کم توان ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می آید.

تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعدد حاکی از آن است که والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند. در چنین موقعیتی گر چه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد بررسیها نشان داده اند که والدین دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه باوالدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتر احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین تری دارند (میکائیلی، ۱۳۸۸).

در سالهای اخیر در کشور ایران مانند سایر کشورهای جهان علاقه بخصوص مهم از طرف مقامات دولتی و هم از جانب مردم به امر بهداشت روانی نشان داده شده است و اثرات آن در بهبود و اوضاع بیمارستانهای روانی و به کاربردن روشهای صحیح در پیشگیری مشاهده می گردد. عدم سازش وجود اختلالات رفتار در جوامع انسانی بسیار مشهور و فراوان است و در هر طبقه و صنفی و در هر گروه و جمعی اشخاص نامتعادل وجود دارند.

کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر به گروهی از کم توانان-ذهنی اطلاق می شود که دارای بهره هوشی ۵۰ تا ۷۵ هستند و از نظر سنی در محدوده ۶-۱۲ در قرار دارند. در پژوهش حاضر منظور از کم توان ذهنی آموزش پذیر کسی است که براساس تشخیص کارشناسان سنجش آموزش و پرورش در آموزشگاههای استثنایی مشغول به تحصیل هستند. همچنین والدین دارای کودکان کم توان ذهنی از جمله گروههای مورد بررسی در مطالعه حاضر هستند. در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می شود که مشکل کم توان ذهنی یا نابینایی و ناشنوایی ندارد و دچار اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی ندارد. کودک استثنایی و والدین نه تنها بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تاثیر قرار می دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می کند. میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می شود. در تعریف سلامت روانی باید این نکته را در نظر داشت که هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، باید با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود دچار استیصال نشود و خود را به وسیله جامعه طرد نسازد فردی است دارای سلامت روانی (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶).

این قبیل واکنشها تا زمانی که به کنترل در نیایند و تعدیل نشوند نه فقط سلامت روانی اعضای خانواده را به مخاطره 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 توانمندیهای آنان می شوند.

بیان مسأله



سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه موثر می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۴) سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی فرد، ۱۳۸۶).

آموزش‌های روان شناختی شامل آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش ابراز وجود درمان‌های روان شناختی مانند رفتار درمانی و انواع فنون روان درمان و توان بخشی مانند مشکلات ادراکی و شناختی از جمله مداخله‌های روان شناختی تلقی می‌شوند همچنین مداخله‌های روان شناختی شامل هر گونه اقداماتی است که روان شناسان و مشاوران به منظور پیشگیری درمان و کاهش مشکلات روان شناختی افراد بکار می‌برند. هدف نهایی این مداخله‌ها کمک به افراد برای درک بهتر خود و جهان پیرامون، افزایش قابلیت و توانمندی سازگاری و ارتقای سلامت روانی است (یوسفی ۱۳۸۷).

یکی از مفاهیم اصلی مدل سلامت بهزیستی است. مدل سلامت سه نوع بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را با هم ترکیب کرده و مفهوم جامع و کامل از بهزیستی را هم که جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه کاربردی (بهزیستی روانشناختی و اجتماعی) سلامت روانی را در بر می‌گیرد به وجود آورده اند. سلامت روانی دارای ۱۳ نشانه است که ۲ نشانه مرتبط با بهزیستی هیجانی ۵ نشانه مرتبط با بهزیستی اجتماعی و ۶ نشانه مرتبط با بهزیستی روانشناختی است. بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد‌های فرد است. دارای مولفه های ۱- خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...) ۲- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...) ۳- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...) ۴- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی) ۵- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...) ۶- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ...) می‌باشد.

ضرورت پژوهش

خانواده یک نظام اجتماعی و از ارکان جامعه را به نوعی کوچکترین سلول اجتماعی می‌باشد که از مناسبات قانونی و شرعی بین زن و شوهر تشکیل می‌گردد و رسالت والدین مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباطات سالم اعضای خانواده با هم و کمک به استقلال کودکان می‌باشد.

تأمین بهداشت همه افراد جامعه از مهم ترین مسایل اساسی هر کشور است، این امر در سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی مورد ملاحظه قرار می‌گیرد، در صورتی که بعد روانی بهداشت به اندازه کافی مورد توجه قرار نگیرد، فراوانی مشکلات روانی و رفتاری رو به فزونی خواهد گذاشت تا حدی که عوارض ناشی از بی توجهی به آن در ابعاد فردی و اجتماعی، خانوادگی و انسانی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اثرات سوء و غیر قابل جبران رادر پی خواهد گذاشت (نوابی نژاد، ۱۳۷۶).

بدیهی است که بیماری روانی مخصوص یک قشر یا یک منطقه خاص نبوده و تمامی طبقات جامعه را در بر می‌گیرد و هیچ انسانی از فشار روانی و اجتماعی مصون نیست و به طور کلی باید گفت وجود یک بیماری روانی به کار و اقتصاد خانواده لطمه وارد می‌کند، در آمد سرانه را کاهش می‌دهد و رفاه و نشاط فردی را از اعضای خانواده سلب می‌کند و با تخریب وضع کردن نیروی انسانی، در اقتصاد و اجتماع تاثیر عمیق و سوء بر جای می‌گذارد. به همین دلیل بهداشت روان در اغلب کشورها در راس برنامه برنامه ملی و بهداشت همگانی قرار دارد (میلانی فرد، ۱۳۸۵).

حضور یک کودک استثنایی در خانواده فشار روانی زیادی بر والدین و اعضای خانواده وارد می‌کند و می‌تواند سلامت روان آنان را به مخاطره اندازد.

بسیار حائز ارزش 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 نسبتاً خوبی در مورد خود پیدا کنند. زندگی، ازدواج و کار والدین این گونه

^۱. World Health Organization



کودکان ایجاب می کند تا حدی رضایتمندی را احساس کنند، ممکن است با توجه به این واقعیت که کودکی ناتوان دارند احساس غم و ناراحتی کنند، اما نیازی نیست که کل زندگی آنها را هاله ای از غم فرا گیرد (مطهری، ۱۳۹۶).

نتایج این پژوهش می تواند برای والدین، مربیان و... که مسئول تعلیم و تربیت کودکان هستند الهام بخش باشد یا به احساسات و نیازهای کودکان توجه نموده و در زمینه ی کمک به سلامت روانی و همچنین بهزیستی روانشناختی و همچنین خود شکوفایی والدین گام بردارد. علاوه براین نتایجی این نوع تحقیقات می تواند راهگشایی باشد برای پژوهشگران و دانشجویان روانشناسی که در این زمینه به تحقیق خواهند پرداخت.

اهداف پژوهش:

هدف کلی

پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین سلامت روانی با بهزیستی روان شناختی والدین کودکان عادی و کودکان آموزش پذیر می باشد.

اهداف جزئی:

- ۱- تعیین رابطه بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر.
- ۲- مقایسه بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر.
- ۳- مقایسه سلامت روان در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر.

سئوالات تحقیق:

- ۱- آیا بین سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و آموزش پذیر رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا سلامت روان در بین والدین کودکان عادی با آموزش پذیر متفاوت است؟
- ۳- آیا بین بهزیستی روانشناختی با توجه به متغیرهای زمینه ای در بین والدین کودکان عادی با آموزش پذیر رابطه وجود دارد ؟

پیشینه پژوهش

نتایج شریعت مداری (۱۳۸۹) نشان داده است که وجود یک فرزند کم توان ذهنی به شدت بر سلامت روانی والدین اثر گذار است و موجب افزایش فشارهای جسمانی و روانی بر والدین مخصوصا مادران می شوند و باعث کاهش مقاومت او در مقابل ابتلا به بیماریهای می گردد و در نتیجه میزان بیماری را در آنان فزونی می بخشد.

نظری (۱۳۸۶) تحقیقی تحت عنوان مقایسه نگرش والدین کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به عقب ماندگی فرزندشان را انجام دادند و نتایج ذیل دست یافته اند: ۴۸٪ درصد از پدران و ۵۲٪ از مادران اذغان کردند که وجود کودک عقب مانده ذهنی سلامت روانی آنها را مختل کرده است. ۵۴٪ احساس ناکامی و ناامیدی و ۶۴٪ احساس دلهره را بیان کرده اند و ۲۴٪ درصد از والدین بیان داشته اند که تولد فرزند عقب مانده ذهنی باعث به وجود آوردن تفاهم در زندگی زناشویی شده و ۲۹٪ به مشاجره لفظی ۴٪ نیز به واسطه وجود فرزند عقب مانده ذهنی طلاق گرفته- اند.

خواجه زاده (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان داد که واکنش های نوروپیک مادران کودکان کم توان بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به خصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می کند. به علاوه بیشتر واکنش های مادران افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بوده است.

یارمحمدی (۱۳۸۸) پژوهشی را در مورد رابطه استرس با بیماریهای جسمی روانی و سلامت عمومی معلمان مرد در شهرستان اهواز با توجه به اثر متغیرهای تعدیل کننده حمایت کننده حمایت اجتماعی و جایگاه مهار پرداخت. در این پژوهش جامعه آماری معلمان مرد شاغل در مقاطع راهنمایی و دبیرستان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر اهواز بودند که تعداد ۲۰۰ نفر از آنان به طور تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. نتایج نشان دادند که بین عوامل فشارزا با بیماریهای جسمی و روانی همبستگی مثبت بین عوامل فشارزا با سلامت عمومی همبستگی منفی وجود دارد.



امینی و همکاران (۱۳۷۸) پژوهشی را با عنوان رابطه ی هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان و مقایسه ی آنها در دانش آموزان ممتاز و عادی در سال ۱۳۷۸ انجام داده اند.

نتایج نشان داده است که بین هوش هیجانی، خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان ممتاز و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که میانگین هوش هیجانی، خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان ممتاز بالاتر از دانش آموزان عادی است. همچنین بین هوش هیجانی با باورهای خودکارآمدی رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. یعنی دانش آموزانی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند، دارای احساس خودکارآمدی بالاتری نیز می باشند. علاوه بر این نتایج نشان داده است که بین هوش هیجانی و سلامت روانی رابطه ی معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داده است که باورهای خودکارآمدی نیز با سلامت روانی رابطه دارد.

عمران نسب (۱۳۷۸) در پژوهش با عنوان بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان در دانشجویان سال آخر کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران سال ۱۳۷۷ موضوع را بررسی کرده است. نتایج نشان داده است که ۱۲/۲۳ درصد واحد های مورد پژوهش از اعتقادات دینی قوی برخوردار بودند و ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن و میزان درآمد ماهیانه با اعتقادات دینی وجود داشته است. همچنین اکثریت واحد های مورد پژوهش (۵۵/۶۰ درصد) دارای به طور کلی نتایج این مطالعه، نشان دهنده ارتباط معنی داری بین متغیرهای اعتقادات دینی و سلامت روانی بوده است.

جمالی (۱۳۸۱) در پژوهش با عنوان بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی، احساس بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه های تهران موضوع را بررسی کرده است. نتایج این تحقیق نشان داده است که نگرش مذهبی و سلامت روان همبستگی معنی داری را نشان دادند. ضمن اینکه بر اساس آزمون تی مستقل بین جنسیت و نگرش حاضر نشان می دهد با افزایش میزان احساس معنا بخشی زندگی و نگرش مذهبی، سلامت روان نیز افزایش می یابد که این موضوع نشانگر میزان اهمیت معنا جویی و اعتقادات مذهبی در ایجاد و حفظ بهداشت روانی افراد جامعه می باشد.

معتمدی شارک و افروز (۱۳۸۲) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ی سبک های اسنادی و سلامت روان در دانش آموزان تیز هوش و عادی را با هدف مقایسه ی سبک های اسنادی و سلامت روان در دانش آموزان تیز هوش و عادی و همچنین بررسی روابط موجود میان این متغیر ها انجام داده اند. نتایج نشان داده است که مقایسه ی میانگین گروه ها نشان داد که دانش آموزان عادی نسبت به دانش آموزان تیز هوش در موقعیت ناخوشایند سبک اسنادی جزئی تری دارند و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. نتایج نشان داده است که دو گروه عادی و تیزهوش در مؤلفه ی نارسا کنش وری اجتماعی تفاوت معناداری داشته اند. به بیانی دیگر دانش آموزان تیزهوش در این مؤلفه دارای نارسا کنش وری اجتماعی بیشتری نسبت به دانش آموزان عادی هستند.

زمردی (۱۳۸۶) در پژوهش با عنوان مقایسه سلامت روانی والدین معلولین ذهنی (سنین پایین تر از ۱۶ سال) مقیم در مراکز شبانه روزی و والدین معلولین ذهنی که هنوز در این مراکز پذیرش نشده اند به این نتایج رسید: بین مادران کودکان معلول علائم روان تنی، اضطراب، ترس های مرضی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح ۵٪ وجود دارد. در حالی که مقوله های پرخاشگری افکار پارانوئیدی و روانپریشی تفاوت معنی داری یافت نشد. همچنین بین پدران کودکان معلول ذهنی مقیم در مراکز و پدران کودکان معلول ذهنی در این مراکز پذیرش نشده اند در مقوله های افسردگی، اضطراب و حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح ۵٪ وجود دارد در حالی که در مقوله های علایم روان تنی، ترس های مرضی، و وسواس اجباری افکار پارانوئیدی و روان پریشی تفاوت معنی داری یافت نشد.

شیربیم، شفیق آبادی، عبدالله و همکاران (۱۳۸۷) پژوهشی را با عنوان اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان انجام داده اند.

نتایج این تحقیق نشان داده است که برای بررسی تاثیر آموزش مهارت های مدیریت استرس در سلامت روان دانشجویان، میانگین نمرات گروه آزمایش و گواهینامه گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمره ی سلامت تفاوت معنی داری وجود دارد به عبارت دیگر، آموزش مهارت های مدیریت استرس، موجب افزایش سلامت گروه آزمایش شده است. برای بررسی تاثیر آموزش



مهارت های مدیریت استرس در مولفه های سلامت روان (نشانگان جسمانی، اضطراب اختلال در عملکرد و افسردگی) نمرات گروه آزمایش و گواه سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن است که بین دانشجویان گروه های آزمایش و گواه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه های سلامت) تفاوت معناداری وجود دارد. دانشجویان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ مولفه های سلامت (نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد و افسردگی) تفاوت معناداری نشان می دهند. به عبارت دیگر، آموزش مهارت های مدیریت استرس، موجب کاهش مولفه های اختلال در سلامت روان گروه آزمایش شده است.

فرازانه (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان روابط ساختاری بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی انجام داده است.

حاجیوند و همکاران (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان مقایسه ی خلق و خوی کودکان شیرخوار (۳ تا ۱۲ ماهه) در مادران واجد و فاقد سلامت روانی را در سال ۱۳۸۸ انجام دادند. که مسأله ی مورد نظر در این پژوهش بررسی تأثیر سلامت روان مادر بر ابعاد گوناگون خلق و خوی شیرخوار بوده و تلاش شده بررسی شود که سلامت روان مادر کدام یک از این ابعاد را بیشتر تحت تأثیر قرار می دهد. نتایج این تحقیق پس از به کارگیری آزمون تی مستقل نشان از معناداری هر سه فرضیه در سطح $\alpha = 0.05$ دارد. بیشترین تأثیر سلامت روان مادر در درجه ی اول بر مقیاس های تنظیم و جهت گیری و سپس عواطف مثبت و شاد خوبی و عواطف منفی بود. در مرحله ی بعد با مقایسه ی هر یک از ۱۴ آیتم خلق و خو به طور جداگانه در دو گروه مشخص شد که غیر از آیتم های ترس، حساسیت ادراکی، سطح فعالیت و دامنه ی توجه که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد در بقیه ی آیتم ها بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

نتایج پژوهش اولشانسکی (۱۹۶۲) نشان داده است که اغلب والدینی که کودک کم توان ذهنی دارند از یک عکس العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می برند به خصوص اگر کودک دارای کم توان ذهنی عمیق باشد.

در تحقیقی که نیتز (۱۹۷۱) در مورد سلامت روانی معلمان انجام داده مشاهده شد که از هر سه نفر معلم دو نفر را می توان از نظر روانی با ثبات تلقی نمود. یعنی این که از هر سه نفر یک نفر به هر صورت دچار نوعی مسئله روانی می باشد.

آلن برگ (۱۹۷۳) در پژوهشی که انجام داد به این نتیجه رسید که در مدارسی که معلمان از روحیه و سلامت روان بالایی برخوردارند در پیشرفت دانش آموزان افزایش مشاهده می شود و برعکس روحیه پایین و عدم سلامت روان و رضایت شغلی می تواند به کاهش بهره وری و از پا درآوردن معلم منجر شود که این موضوع با کاهش علاقه، کاهش کیفیت تدریس، کاهش فعالیت و تلاش برای ترک شغل مرتبط است (عبدلی ۱۳۸۱).

در تعداد محدودی از پژوهش ها رابطه بین بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی بررسی شده است. جورج لاندمن (۱۹۸۴) رابطه بین بهزیستی و سلامت عمومی را مثبت و قابل توجه گزارش داده اند.

مایر (۲۰۰۰) روی ۲۱۷ پدر و مادر کودک ناشنوای آلمانی که کودکان آنان در سنین ۱۲ تا ۶ سال بودند مطالعه ای را با شاخص استرس والدین (اپیدمن، ۱۹۹۰) انجام داد و به این نتیجه رسید که هر چه آسیب شنوایی کودکان بیشتر باشد والدین مشکلات بیشتری را هم در ارتباط خود با دیگران و تعدادی از آنان با افراد ناشنوای بزرگسالان ارتباط داشتند افسردگی کمتری را گزارش کردند.

کانت و همکاران (۲۰۰۳) دریافته اند که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه منفی و معناداری وجود دارد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۶).

نتایج پژوهش جاکز (۲۰۰۶) که پژوهش هایی درباره نقش سبک های مقابله در پاسخ مادران به تنش ناشی از وجود کودک کم توان ذهنی و تأثیر آن در وضعیت سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی انجام شده اند خانواده ها و مادرانی که بیشتر از سبک مسئله محور بهره می گیرند سطوح پایین تری از فشارهای روانی را تجربه می کنند.

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف و کاربرد از نوع پژوهش کاربردی می باشد. نتایج این تحقیق می تواند برای کلینک های سلامت روان، مراکز مشاوره، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش استثنایی و آموزش و پرورش عادی مورد استفاده قرار گیرد.



همچنین روش پژوهش از نوع همبستگی می باشد که یکی از انواع روش های تحقیق توصیفی (غیر آزمایشی) می باشد. در این نوع تحقیق رابطه میان متغیر ها بر اساس هدف تحقیق تحلیل می گردد (بازرگان و همکاران، ۱۳۸۷).

جامعه پژوهش

جامعه آماری این تحقیق را والدین دانش آموزان عادی و والدین دانش آموزان دارای هوش آموزش پذیر ابتدایی شهرستان رشت تشکیل می دهند.

نمونه و روش نمونه گیری

به منظور دستیابی به گروه هایی از آزمودنیها که امکان تحلیل آماری مناسب فراهم سازد، به صورت کلی ۴۸۰ نفر برای این طرح انتخاب شده اند. که والدین کودکان آموزش آموزش پذیر ۲۵۰ نفر بودند و والدین کودکان عادی ۲۳۰ نفر بودند و این والدین از نظر سن، تحصیلات و شغل و محل سکونت، میزان درآمد با والدین کودکان آموزش پذیر همتا و همگن انتخاب شدند. روش نمونه گیری، روش خوشه ایی بود. این روش در صورتی که فهرست کامل افراد جامعه مورد مطالعه در دسترس نباشد می توان افراد جامعه را در دسته هایی خوشه بندی کرد سپس از میان خوشه ها نمونه گیری به عمل آورد. لازم به ذکر است که به دلیل کمبود دانش آموزان آموزش پذیر تعداد ۲۵۰ نفر از والدین دعوت به همکاری شد.

ابزار پژوهش

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است که در اختیار والدین قرار گرفت. این پرسشنامه ها شامل: پرسشنامه سلامت روان و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی است.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی

این پرسشنامه توسط زنجانی طیبی (۱۳۸۳) به منظور سنجش بهزیستی روانشناختی ابداع شده است، مقیاس اندازه گیری بهزیستی روانشناختی دارای ۷۷ سؤال (گویه) است، که بر اساس روش و اصول روانسنجی تهیه شده است. این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۹ سؤال است، خرده مقیاس معنویت که دارای ۱۳ سؤال است، خرده مقیاس شادی و خوش بینی که ۱۹ سؤال از پرسشنامه را به خود اختصاص داده است، خرده مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است. خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده مقیاس خود، پیروی از ۱۰ سؤال را شامل می شود.

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸

شناخته ترین آزمون غربالگری است که تاکنون در روانپزشکی تاثیر بسیار زیادی بر پیشرفت پژوهشهای داشته است (هندرسون ۱۹۹۰). این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۲ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته است امروزه این پرسشنامه به منظور استفاده به ۳۶ زبان ترجمه شده است. بسیاری از محققین (چیونگ و اسپیره^۳، ۱۹۹۴) تصریح کرده اند که این پرسشنامه هم استفاده بالینی داشته و هم در جامعه کاربرد دارد (یعقوبی، ۱۳۷۴) لازم به ذکر است که نمره برش در این پرسشنامه نیز نمره ۲۳ در نظر گرفته می شود.

روش های آماری برای تجزیه و تحلیل داده ها

در پژوهش حاضر برای تجزیه تحلیل داده ها از نرم افزار spss استفاده شده و از t مستقل و همبستگی پیرسون و رگرسیون one way anova استفاده شده است.

در این فصل نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های پژوهش ارایه می گردد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها و توصیف ویژگی های افراد مورد بررسی و پاسخ به فرضیه های پژوهش از نرم افزار SPSS استفاده شده است. اطلاعات این فصل از پژوهش در دو قسمت: الف) توصیفی ب) استنباطی تنظیم شده است.

۱. Henderson

۲. Goldberg

۳. Chiong & Spirese



درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد فراوانی	فراوانی	
۵۸,۰	۵۸,۰	۵۸,۰	۲۵۰	پدر
۱۰۰,۰	۴۲,۰	۴۲,۰	۲۳۰	مادر
	۱۰۰,۰	۱۰۰,۰	۴۸۰	جمع

همچنانکه در جدول مشاهده می کنید، تعداد پاسخگویان را ۵۸ درصد والدین پدر و ۴۲ درصد مادر تشکیل داده اند.

بررسی متغیرهای اصلی و فرضیات تحقیق

در اینجا ابتدا متغیرهای اصلی تحقیق توصیف شده و در ادامه فرضیات تحقیق پرداخته می شود. در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی و خرده مقیاس های پرسشنامه برای پاسخگویان (والدین) ارایه شده است.

میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی

بر اساس نتایج جدول فوق، مشاهده می شود که بیشترین میانگین به ارتباط مثبت با دیگران (۴/۱۹) تعلق دارد و بعد از آن

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۴۳	۳,۸۱	۳۱۶	رضایت از زندگی	خرده مقیاسهای پرسشنامه بهزیستی روانشناختی
۰,۴۲	۳,۸۰	۴۸۰	معنویت	
۰,۳۸	۳,۶۷	۳۱۵	خوشی	
۰,۴۰	۳,۲۹	۳۱۱	رشد و بالندگی	
۰,۴۹	۴,۱۹	۳۱۱	ارتباط مثبت با دیگران	
۰,۴۵	۳,۶۵	۳۱۱	خود پیروی	

رضایت از زندگی با میانگین (۳,۸۱) و رشد و بالندگی با کمترین میانگین (۳,۲۹) بدست آمده است.

در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی برای والدین دانش آموزان عادی ارایه شده است.

میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۳۸	۳,۹۲	۱۵۳	رضایت از زندگی	خرده مقیاسهای پرسشنامه بهزیستی روانشناختی
۰,۴۰	۳,۸۸	۲۳۰	معنویت	
۰,۳۵	۳,۸۰	۱۵۳	خوشی	
۰,۳۷	۳,۳۵	۱۵۰	رشد و بالندگی	
۰,۴۳	۴,۲۹	۱۵۰	ارتباط مثبت با دیگران	
۰,۴۵	۳,۷۱	۱۵۰	خود پیروی	

بر اساس نتایج جدول فوق مشاهده می شود که از بین خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان عادی، ارتباط مثبت با دیگران با میانگین ۳/۲۴ بیشترین و کمترین مورد به رشد و بالندگی با میانگین ۴/۲۲ مربوط می باشد.



انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۴۵	۳,۶۹	۱۶۳	رضایت از زندگی	خرده مقیاسهای پرسشنامه بهزیستی روان شناختی
۰,۴۲	۳,۷۲	۱۶۳	معنویت	
۰,۳۸	۳,۵۶	۱۶۲	خوشی	
۰,۴۲	۳,۲۲	۱۶۱	رشد و بالندگی	
۰,۵۳	۴,۰۹	۱۶۱	ارتباط مثبت با دیگران	
۰,۴۵	۳,۶۰	۱۶۱	خود پیروی	

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۴۰	۱,۸۰	۲۳۰	والدین دانش آموزان عادی	مقیاس پرسشنامه سلامت روان
۰,۴۷	۲,۰۰	۱۶۳	والدین دانش آموزان آموزش پذیر	

در جدول زیر مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه مقیاسهای بهزیستی روانشناختی برای والدین دانش آموزان آموزش پذیر ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول فوق مشاهده می شود که از بین خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در بین والدین دانش آموزان آموزش پذیر، ارتباط مثبت با دیگران با میانگین ۴/۰۹ بیشترین بوده است و کمترین مورد به رشد و بالندگی با میانگین ۳/۲۲ مربوط می باشد.

بر اساس نتایج جدول فوق، مشاهده می شود که والدین دانش آموزان آموزش پذیر به لحاظ سلامت روان نمره بیشتری از والدین دانش آموزان عادی کسب کرده اند. بطوریکه این نمره برای والدین دانش آموزان آموزش پذیر ۲,۰۰ و برای والدین دانش آموزان عادی ۱,۸۰ می باشد.

فرضیه دو: بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و آموزش پذیر رابطه ای وجود دارد.

بهزیستی روانشناختی		همبستگی پیرسون (r)	سطح معنی داری (sig)
سلامت روانی	والدین دانش آموزان عادی	۰/۴۰	۰/۰۰۰
	والدین دانش آموزان آموزش پذیر	۰/۳۷	۰/۰۰۱

نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر



رابطه این دو متغیر با آزمون آماری پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر تفاوت معنی داری مشاهده شده است. سطح معنی داری در بین والدین دانش آموزان عادی (sig/۰۰۰۰) و آموزش پذیر (sig/۰۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است. بدین معنی که بین سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و آموزش پذیر رابطه مستقیم معنی داری مشاهده شده است.

فرضیه سه: بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر متفاوت است.

بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر

ضریب فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪	احتمال انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	سطح معناداری Sig	درجه آزادی	ارزش t	سطح معنی داری Sig	ضریب f		
								بیشترین	کمترین
۰/۲۵۱۴	۰/۱۰۴۱۳	۰/۰۳۷	۰/۱۷۵	۰/۰۰۰	۳۱۵	۴/۷۱	۰/۲۸	۰/۸۴۰	برای برابری واریانس ها
۰/۲۵۱	-۴/۲۸۸۹	۰/۰۳۷	۰/۱۷۷	۰/۰۰۰	۳۱۴/۹۸۰	۴/۷۲			برای نابرابری واریانس ها

در جدول بالا نتایج آزمون t برای مقایسه میزان بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و آموزش پذیر ارائه شده است. نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی داری (sig = ۰/۰۰۰) نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی و آموزش پذیر مشاهده شده است. با بررسی میانگین های جدول زیر مشاهده می شود که نمره بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان آموزش پذیر می باشد. بدین معنی بهزیستی روانشناختی بیشتری دارند.

فرضیه پنج: سلامت روانی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر متفاوت است.

در جدول زیر نتایج آزمون t برای مقایسه میزان سلامت روانی بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر ارائه شده است.

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین
والدین دانش آموزان عادی	۲۳۰	۳/۸۲	۰/۳۲	۰/۰۲۶
والدین دانش آموزان آموزش پذیر	۱۶۳	۳/۶۵	۰/۳۴	۰/۰۲۷



نتیجه گیری

فرضیه یک تحقیق:

« بین سلامت روانی با بهزیستی روان شناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر رابطه ای وجود دارد. »
رابطه این دو متغیر با آزمون آماری پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج با توجه به سطح معنی داری نشان می دهد بین سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان عادی و آموزش پذیر تفاوت معنی داری مشاهده شده است بطوریکه که سطح معنی داری در بین والدین دانش آموزان عادی ($\text{sig}^*/000$) و آموزش پذیر ($\text{sig}^*/001$) کمتر از $0/05$ است. بدین معنی که بین سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و آموزش پذیر رابطه مستقیم معنی داری مشاهده شده است.

این نتایج با تحقیق حسینی (۱۳۸۰) همخوانی دارد. همچنین با نتایج تحقیق جاکز (۲۰۰۶) هماهنگ است. همسو بودن این نتایج با تحقیقات جورج لاندنمن (۱۹۸۴)، آریندل و همکاران (۱۹۹۹) و همچنین شات و ریف و رونی و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ بوده است.

فرضیه دو تحقیق :

« بین بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و آموزش پذیر تفاوت وجود دارد. »

نتایج جدول فوق با توجه به سطح معنی داری ($\text{sig} = 0/000$) نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی و آموزش پذیر مشاهده شده است. با بررسی میانگین های جدول زیر مشاهده می شود که نمره بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان آموزش پذیر می باشد بدین معنی بهزیستی روانشناختی بیشتری دارند.

نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق حسینی (۱۳۹۰) هماهنگ بوده است.

فرضیه سه تحقیق

« بین سلامت روان والدین کودکان عادی و آموزش پذیر تفاوت وجود دارد »

با توجه به سطح معنی داری ($\text{sig} = 0/000$) نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ سلامت روانی در بین والدین دانش آموزان عادی و آموزش پذیر مشاهده شده است. با بررسی میانگین های جدول زیر مشاهده می شود که نمره سلامت روانی در بین والدین دانش آموزان آموزش پذیر بیشتر از والدین دانش آموزان عادی می باشد. بدین معنی که والدین کودکان آموزش پذیر از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

نتایج تحقیق با پژوهش مهرابی زاده و همکاران ۱۳۸۰ همخوانی دارد که بین سلامت روانی والدین کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معنا داری وجود دارد. همچنین با نتایج تحقیق شریعتی و داور منش (۱۳۷۰) هماهنگ می باشد. این نتایج با تحقیق رضانژاد (۱۳۹۱) همسو نمی باشد. همچنین با نتایج پژوهش خواجه زاده (۱۳۸۷) همخوانی ندارد

محدودیت های تحقیق:

۱- زیاد بودن تعداد سئوالات هر سه پرسشنامه (پرسشنامه بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی) و خصوصا به دلیل این که از نوع مقیاس لیکرت بود، رغبت آزمودنی ها را برای پاسخ کاهش می داد که خود عاملی برای عدم همکاری مناسب آزمودنی ها بود و جزء محدودیت های تحقیق محسوب می شود.

۲- دسترسی سخت به پرسشنامه ها و خرده مقیاس های آن مجری را بامشکلات جدی مواجه کرد.

۳- دشواری دسترسی به پاسخگویان و جلب رضایت آنان جهت تکمیل پرسشنامه ها نیز از محدودیت های این پژوهش به حساب می آید.



پیشنهادهای تحقیق :

- ۱- پیشنهاد می شود اجرای این تحقیق با دامنه سنی گسترده تر به منظور مطالعه تاثیر متغیرهای دیگر بر بهزیستی روانشناختی انجام گیرد.
- ۲- با توجه به رابطه مثبت و معنی دار سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی، آموزش های مورد نیاز برای والدین کودکان عادی و آموزش پذیر انجام گیرد.
- ۳- با توجه به نتایج تحقیق سعی شود مهارتهای بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان آموزش پذیر بیشتر تقویت شود.

منابع

- مهدوی و همکاران (۱۳۸۷)، روشهای تحقیق در علوم رفتاری، تهران، انتشارات آرا.
- بهمنی پور و همکاران (۱۳۸۹)، بررسی وضعیت بهداشت روان معلمان استان تهران، فصلنامه دانشگاه آزاد اسلامی تهران
- احمدی و همکاران، (۱۳۸۰)، بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، تهران، نشر نی.
- زندی حسن (۱۳۹۱)، بهداشت روانی در قرن بیست و یکم و چالشهای پیشرو، مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، سال سی و دوم، شماره ۱، ص ۱۸۱-۱۹۹ .
- رضایی پور، (۱۳۸۶)، فرهنگ جامع روانشناسی-روانپزشکی وزمینة وابسته، چاپ دوم، تهران، نشر نی.
- عباسی و همکاران، (۱۳۸۳)، ارتباط بین سازگاری خانواده با سلامت روانی و سطح ارضاء نیازهای روانشناختی فرزندان ونوجوانان، خلاصه مقالات کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- راس، آ، آلن، (۱۳۸۷)، روانشناسی شخصیت نظریه ها و عمل، ترجمه جمالفر سیاوش، تهران، انتشارات بعثت.
- زنجانی طبسی رضا، (۱۳۸۳)، ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روانشناختی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- نریمانی محمد، آقامحمدیان حمیدرضا، رجبی سوران، مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی کودکان عادی فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۳۸۶ شماره ۳۳ و ۳۴، ص ۱۵-۲۴ .
- هرشن سن، دیوید پاور، پال دلیو، (۱۹۸۸)، مشاوره بهداشت روانی: نظریه و عمل، ترجمه منشی طوسی محمد تقی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

- Beckman, P.J(۱۹۹۱). Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without
- Cmic, k.,friedrich,w., Greenberg,m(۱۹۸۳).Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology.American journal of mental deficiency, ۸۸, ۱۲۵-۲۳۱
- Corsini. R.(۱۹۷۳). Current Psychotheraphes. Peacock Pubilshers. Inc Itasaca. Lllonnis
- Corson. V.(۱۹۹۹)Bermer.A.Elizabeth.N.Mental Health Nursing. Sau Nders Compaany
- Edwards, A.J(۱۹۷۷),Education psychology, landon.۱۵-۶۶
- Ellis. A. doubson. (۱۹۸۸) How to live with and without anger New york: Reasers Digestpress
- Leinonen. J. a,solataus, t . S, Punamaki. R.I, (۲۰۰۳)jurnal of child psychiatry,۴۴(۲),۲۲۷-۴۱
- Ryff. C. D. Keyes. C. l. m Shomtkin .D. (۲۰۰۲). Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional. Journal of Personality and social psychology. ۶۲ (۶). ۱۰۰۷-۱۰۲۲