

## مقایسه عزت نفس، سلامت روان و بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی شهر رشت

فاطمه جهانبانی<sup>۱</sup>، طیبه رهبر<sup>۲\*</sup>

## چکیده:

**مقدمه:** با توجه به فراوانی کودکان عقب مانده ذهنی در جامعه و خانواده و بار مالی، عاطفی و روانی تاثیر گذار بر ساختار خانواده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه عزت نفس، سلامت روان و بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان عادی و مادران و کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر انجام شد.

**روش پژوهش:** پژوهش علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان ۷ تا ۱۲ ساله کم توان ذهنی آموزش پذیر مدرسه خزانلی رشت و مادران کودکان عادی مدرسه دولتی شهر رشت در سال ۹۶-۹۵ بوده است. آزمودنی‌ها شامل ۸۰ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و ۸۰ نفر از مادران کودکان عادی به شیوه هم‌تاسازی (براساس سن و سطح تحصیلات) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ۱۸ سوالی ریف استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و آمار استنباطی از جمله تحلیل واریانس چندمتغیره و تک‌متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** بین عزت نفس و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران عادی تفاوت معنادار وجود داشت ( $P < 0/05$ ). اما بین سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران عادی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P \geq 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** عزت نفس و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی در مراقبت و آموزش این کودکان به خطر می افتد.

**واژگان کلیدی:** "عزت نفس"، "سلامت روان"، "بهزیستی روان شناختی"، "کم توان ذهنی"

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۵ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۵/۲۵

**استناد:** جهانبانی ف، رهبر ط. مقایسه عزت نفس، سلامت روان و بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی شهر رشت، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۲): ۲۵-۱۱

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد روانشناس عمومی، مرکز بهزیستی استان گیلان

[jahanbanifateme20@gmail.com](mailto:jahanbanifateme20@gmail.com), ORCID: 0000000184967443

<sup>۲</sup> - نویسنده مسئول: استادیار، گروه مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران، آدرس: رشت، جاده لاکان، مجتمع آموزشی امام خمینی، گروه مامایی، ۰۹۱۱۳۳۱۲۱۰۵

ORCID: 0000000184967443, Email: [tayebbeh\\_rahbar@yahoo.com](mailto:tayebbeh_rahbar@yahoo.com)

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است

که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

## مقدمه:

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان، وابسته به سلامت اجزاء کوچکتر عضو آن جامعه مانند مجامع و گروهها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است. وجود خانواده ای سالم و دارای سلامت روان می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روانی موجود و ایجاد بهداشت روانی در آن جامعه داشته باشد (۱).

حضور یک کودک استثنایی در خانواده فشار روانی زیادی بر والدین و اعضای خانواده به خصوص مادر وارد می‌کند و می‌تواند سلامت روان آنان را به مخاطره اندازد. بسیار حائز اهمیت است که مادران کودکان دارای نیازهای ویژه با نوع احساسات خود در برخورد با کودکانشان شان 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 کودکان ایجاب می‌کند 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 فراگیرد (۲). مطالعات نشان می‌دهد که مادران دارای کودکان مشکل دار، محدودیتهایی از قبیل بهداشت، احساس محرومیت و سطوح بالایی از اضطراب و استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. (۳).

از جمله متغیرهایی که مادران کودکان استثنایی با آن درگیر هستند، مدیریت هیجان<sup>۱</sup> است. تنظیم شناختی - هیجانی راهبردهایی است که افراد در شرایط پریشانی به کار می‌برند تا هیجان‌های خود را کنترل کنند (۴). حضور کودک کم‌توان ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد. تولد و کودکی با معلولیت می‌تواند آثار مختلفی بر خانواده داشته باشد و طیف وسیعی از پاسخ‌های احساسی را در پدر و مادر و سپس خانواده ایجاد کند. برای برخی این موضوع یک بحران و نیازمند تنظیم روانی فوق‌العاده‌ای است. برای برخی، تولد کودک کم‌توان ذهنی یک رویداد تأسف بار است و پاسخ اولیه می‌تواند به شکل فروپاشی عاطفی باشد (۵). به اعتقاد برخی از روان‌شناسان هنگام وجود احساس ناراحتی و فقدان شادمانی، عزت نفس افراد کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر بین شادمانی و عزت نفس ارتباط علی متقابل وجود دارد (۶).

عزت نفس مفهوم روان‌شناختی بسیار عام و مهم است اما به طور کلی می‌توان عزت نفس را احساس ارزشمندی شخص تعریف نمود. احساسات و افکار مردم درباره خودشان اغلب بر احساس تجارب روزانه و به طور موقت بر احساس فرد تأثیر می‌گذارند (۷). عزت نفس واقعاً بر همه سطوح زندگی اثر می‌گذارد. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی دارند. آنان می‌توانند با اطمینان، با مشکلات و مسئولیت‌های زندگی مواجه شوند و از عهده آن برآیند. به طور کلی عزت نفس در بهداشت و سلامت روانی افراد نقش محوری و مؤثری بازی می‌کند. در تحقیقات زیادی بر نقش عزت نفس در سازگاری عاطفی، هیجانی و اجتماعی و روان‌شناختی تأکید شده است (۸).

سلامت روانی یکی از مباحث علمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه مؤثر می‌باشد سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته و از آنها به نحو مؤثر 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 مؤثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از بازگشت بیماریهای روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (۹). سلامت، رفاه کامل روانی، جسمی و اجتماعی است. سلامت دارای ویژگیهای پذیرش خود،

<sup>۱</sup>- Emotion

برقراری روابط مثبت با دیگران، بروز هیجانات و مقابله با چالشهای زندگی است. در واقع سلامت ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط استرس زای زندگی است. می‌توان نتیجه گرفت سلامت، سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضای درونی با الزامات محیط در حال تغییر می‌باشد (۱۰).

پژوهشگران سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح « بهزیستی روانشناختی » مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت، کافی نمی‌دانند بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت و پیوند و رابطه‌ی مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت از مشخصه‌های فرد سالم است (۱۱). یکی از مفاهیم اصلی مدل سلامت، بهزیستی است. مفهوم بهزیستی روان‌شناختی به عنوان واژه سلامت عمومی در تحقیقات روان‌شناسی بکار می‌رود (۱۲). در روی آورد روان‌شناسی مثبت نگر به مفهوم سلامت به عنوان سازه‌ای چند بعدی به جای تاکید صرف بر بیماری و ناتوانی بر شاد کامی و بهزیستی تاکید می‌شود (۱۳).

بهزیستی روان‌شناختی به عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد تعریف می‌شود. ساختار بهزیستی روان‌شناختی در مرکز توجه شاخه‌ای از روان‌شناسی بنام روان‌شناسی مثبت قرار گرفته است. روان‌شناسی مثبت، عبارت است از مطالعه علمی عملکرد بهینه انسان (۱۴). نتایج مطالعات آیزنهاور، بیکر و بلاکر<sup>۱</sup> (۱۵) نیز نشان داد که مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند.

واکنش همه مادران در مقابل معلولیت فرزندشان یکسان نیست، ولی به طور کلی می‌توان پذیرفت که قریب به اتفاق مادران این گونه کودکان در مقابل معلولیت فرزندشان به نحوی واکنش نامطلوب از خود بروز می‌دهند، که نوع و میزان این عکس‌العمل‌ها با توجه به جنبه‌های شخصیتی آنها، زمان بروز واکنش و ... با یکدیگر متفاوت می‌باشد.

لذا تمام مادران کودکان استثنایی نیازمند کمک افراد متخصص می‌باشند. و این هم جز با آگاهی و اطلاع دقیق و مستدل از مسائل و مشکلات مادران دارای کودکان معلول و بررسی وضعیت روان‌شناختی والدین میسر نمی‌شود. با توجه به اینکه وضعیت روان‌شناختی مادران به طور مستقیم و غیر مستقیم بر شکل‌گیری رفتار کودکان و مناسبات اجتماعی شان تأثیر اساسی دارد، لذا بسیار حائز اهمیت خواهد بود که بدانیم مادران این کودکان دارای چه ویژگیهای شخصیتی بوده و چه تفاوتی با سایر مادران که دارای فرزند سالم هستند دارند، تا از این رهگذر داده‌های دقیق تری جهت استفاده از روشهای مشاوره و توانبخشی و درمان فراهم آورده و زمینه‌های لازم جهت اقدامات خاص و اساسی در ابعاد مشاوره و انجمن اولیاء و مربیان کودکان استثنایی، آموزش خانواده و .... فراهم گردد.

با توجه به فراوانی کودکان عقب مانده ذهنی در جامعه و خانواده و بار مالی، عاطفی و روانی تاثیر گذار بر ساختار خانواده پژوهشی در این خصوص انجام شد. مطالعات نشان می‌دهد در ایران و استان گیلان مشابه این تحقیق انجام نگرفته، لذا لزوم انجام چنین پژوهشی در استان ضروری به نظر می‌رسید. هدف اصلی تحقیق مقایسه عزت نفس، سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی در شهر رشت بود. با توجه به موضوع پژوهش، سؤال اصلی تحقیق این بود که آیا بین بهزیستی روان‌شناختی، عزت نفس و سلامت روانی در مادران کودکان عادی و کودکان کم‌توان ذهنی تفاوت وجود دارد؟

**روش پژوهش:**

روش پژوهش علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این تحقیق مادران کودکان کم‌توان ذهنی ۱۲-۷ ساله که بعنوان آموزش‌پذیر شناسایی شده و در مدارس ابتدائی دولتی استثنایی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ مشغول به تحصیل بودند انتخاب شدند، جهت مقایسه با مادران کودکان عادی در مدارس دولتی که از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات با گروه نخست هم‌تا شده بودند، انتخاب گردیدند.

به طور کل نمونه پژوهش متشکل از ۸۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مدرسه خزائلی دختران و ۸۰ نفر از مادران کودکان عادی مدارس ابتدائی (دولتی) در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ شهر رشت بودند که از میان جمعیت آماری تحقیق انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه دانش‌آموزان گروههای کودکان استثنایی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و برای انتخاب دانش‌آموزان عادی از نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده گردید و سپس از مادران کودکان استثنایی و عادی دعوت بعمل آمد. پس از توجیه، و اخذ رضایت نامه جهت شرکت در پژوهش آزمون‌های عزت‌نفس و سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد. لازم به ذکر است که کودکان کم‌توان ذهنی و عادی از مدارس دولتی مقطع دبستان شهر رشت انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. که در اختیار مادران قرار گرفت. این پرسشنامه‌ها شامل: پرسشنامه عزت‌نفس، پرسشنامه سلامت روان و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی است.

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی:** این مقیاس را ریف<sup>۱</sup> در سال طراحی کرد. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل می‌شود. ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی تهیه شده است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده شده است. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل است. سؤال‌های ۹، ۱۲، ۸ عامل استقلال؛ سؤال‌های ۱، ۴، ۶ عامل تسلط بر محیط؛ سؤال‌های ۷، ۱۵، ۱۷، ۱۳، ۱۱، ۳، ۱۱، ۱۳، ۱۳ عامل ارتباط مثبت به دیگران؛ سؤال‌های ۵، ۱۴، ۱۶، ۱۶ عامل هدفمندی در زندگی و سؤال‌های ۲، ۸، ۱۰، ۱۰ عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره‌ی کل بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود (۱۶).

طیف نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای می‌باشد. به طوری که گزینه کاملاً مخالفم (۱)، تا حدودی مخالفم (۲)، کمی مخالفم (۳)، کمی موافقم (۴)، تا حدودی موافقم (۵)، کاملاً موافقم (۶) می‌باشد. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۷ معکوس شده و به صورت زیر درخواهد آمد: کاملاً مخالفم (۶)، تا حدودی مخالفم (۵)، کمی مخالفم (۴)، کمی موافقم (۳)، تا حدودی موافقم (۲)، کاملاً موافقم (۱) خواهد شد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات را محاسبه می‌نمایند، نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده می‌باشد و برعکس. همبستگی نسخه‌ی کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۱۷).

دایر ونگ همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (۱۸). ضریب پایایی، به دست آمده در پژوهش زنجانی طبسی، روش همسانی درونی برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی

<sup>۱</sup> - Ryff

برابر ۰/۹۴ و برای آزمون‌های فرعی ۰/۶۳ و ۰/۸۹ بوده است. ضریب همبستگی به دست آمده براساس روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۶ در آزمون‌های فرعی بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بود که در سطح ( $P < ۰/۰۰۱$ ) معنی‌دار است (۱۹).

**روایی:** روایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به دو طریق بررسی گردید، که یکی روایی محتوا و دیگری روایی سازه بوده است. شواهد وابسته به محتوا: مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد و مؤلفه‌های آن در اختیار اساتید، کارشناسان و محققان مربوطه قرار گرفته و باتوجه به چارچوب نظری معتبر و روا شناخته شده است. شواهدی مربوط به روایی سازه: روایی سازه آزمون به دو روش بررسی گردیده: محاسبه ضریب همبستگی کل آزمون با خرده آزمون‌ها و تحلیل عاملی.

الف) محاسبه ضریب همبستگی کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها:

آزمون بهزیستی روان‌شناختی با شش خرده آزمون خود همبستگی بالایی دارد و تنها خرده آزمون‌های رشد و بالندگی فردی همبستگی دارند، که نشان از روایی نسبتاً مطلوب این مقیاس است.

ب) تحلیل عاملی: طبق نتایج تحلیل عاملی که به روش PC چرخش متمایل (اوبلمین) بدست آمده است مقیاس بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل اصلی اشباع شده است که بر اساس چارچوب نظری تحت عنوان‌های رضایت از زندگی، شادی و خوش‌بینی، معنویت، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خود پیروی شده است (۱۹).

**پرسشنامه عزت‌نفس:** مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، عزت‌نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. برای اجرای این آزمون، مقیاس به آزمودنی داده شده و از وی خواسته می‌شود، پس از خواندن جملات، موافقت یا مخالفت خود را با آن جملات از طریق انتخاب گزینه «موافقم» یا «مخالفم» ابراز کند.

جمع جبری کل نمرات را بدست می‌آوریم نمره بالاتر از صفر نشان‌دهنده عزت‌نفس بالا و نمره کمتر از صفر نشان‌دهنده عزت‌نفس پایین است. نمره (+۱۰) نشان‌دهنده عزت‌نفس بالا و نمره (-۱۰) نشان‌دهنده عزت‌نفس پایین می‌باشد. بنابراین هرچه نمره بالاتر باشد به همان اندازه سطح عزت‌نفس بالاتر خواهد بود.

این پرسشنامه ۱۰ عبارت کلی دارد. پاسخ‌دهی به سؤالات براساس مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت است که محدوده امتیازبندی از صفر تا سه نمره شامل: کاملاً مخالفم (۰)، مخالفم (۱)، موافقم (۲) و کاملاً موافقم (۳)، است که نمره ۳۰ بالاترین نمره به حساب می‌آید. نمرات بالاتر از ۲۵ نشان‌دهنده عزت‌نفس بالا، نمرات ۲۵-۱۵ نشان‌دهنده عزت‌نفس متوسط و کمتر از ۱۵ نشان‌دهنده عزت‌نفس پایین است.

**اعتبار و روایی آزمون:** روزنبرگ باز پدیدآوری مقیاس را ۰/۹ و مقیاس‌پذیری آن را ۰/۷ گزارش کرده است (۲۰). ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم، ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است (۲۱).

همبستگی آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸-۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸-۰/۷۷ قرار دارد. این مقیاس از روایی داخلی رضایت‌بخشی ۰/۷۷ برخوردار است. همچنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت‌نفس دارد. لذا روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید است.

**پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28:** این پرسشنامه توسط گلدبرگ<sup>۱</sup> (۲۲)، برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته است. لازم به ذکر است که نمره برش در این پرسشنامه نیز نمره ۲۳ در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش حاضر نحوه نمره‌گذاری که براساس مدل لیکرت می‌باشد. بدین شرح می‌باشد:

برای گزینه (الف) صفر، گزینه (ب) نمره یک، گزینه (ج) نمره ۲ و گزینه (د) نمره ۳ منظور شده است. با توجه به اینکه تعداد پرسشنامه این آزمون ۲۸ است و به هر یک بین صفر تا ۳ نمره تعلق می‌گیرد و پرسشنامه GHQ هر آزمودنی حداقل و حداکثر ۲۸ می‌باشد. نمره بالا نشان‌دهنده اختلال است. این آزمون برای فرد ۵ نمره تعیین می‌شود.

GHQ-28 چهار مقیاس فرعی را دربرمی‌گیرد که بدین شرح است:

الف) نشانه‌های جسمانی (ب) علائم اضطراب (ج) اختلال در کنش اجتماعی (د) علائم افسردگی

گلدبرگ و همکاران (۲۳) همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای همزمان دو پرسشنامه سلامت عمومی و چک لیست علائم روانی SCL-90 را بر روی ۲۴۴ نفر آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش نمودند. حقیقی و همکاران (۲۴) در پژوهش خود، پایایی این پرسشنامه را به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای چهار حیطة، به ترتیب برابر (۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۳) و (۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۸۸، ۰/۸۹) به دست آوردند.

حیدری و همکاران (۲۵) برای تعیین پایایی پرسشنامه سلامت عمومی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده و نمره پایایی برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۷۹ به دست آمده که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می‌باشد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی از جمله تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد.

<sup>۱</sup> - Goldberg

<sup>۲</sup> - Symptom checklist-90-Revised

## یافته ها:

در جدول ۱ ویژگیهای پاسخگویان بر اساس تحصیلات آورده شده است.

جدول ۱: تفکیک نمونه آماری بر حسب تحصیلات و سن

مادران کودکان عادی		مادران کودکان کم توان ذهنی		متغیر
%	n	%	n	
<b>تحصیلات</b>				
۷/۵	۶	۶/۲	۵	زیر دیپلم
۵۱/۲	۴۱	۵۲/۵	۴۲	دیپلم
۱۱/۲	۹	۱۰	۸	کاردانی
۲۸/۷	۲۳	۳۰	۲۴	کارشناسی
۱/۲	۱	۱/۲	۱	کارشناسی ارشد
<b>سن</b>				
۸۶/۲	۶۹	۸۶/۲	۶۹	۲۵-۳۵
۱۳/۷	۱۱	۱۳/۷	۱۱	۳۵-۵۲

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی میانگین نمرات سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت

## نفس

نام آزمون	مقدار	F	DF	DF	سطح معنی داری (p)	توان آماری
آزمون اثر پیلای <sup>۱</sup>	۰/۱۰۵	۶/۱۱	۳	۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۰۵
آزمون لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۸۹۵	۶/۱۱	۳	۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵
آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۰/۱۱۸	۶/۱۱	۳	۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۰۵
آزمون بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۰/۱۱۸	۶/۱۱	۳	۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۰۵

<sup>۱</sup>. Pillai's Trace<sup>۲</sup>. Wilks' Lambda<sup>۳</sup>. Hotelling's Trace<sup>۴</sup>. Roy's Largest Root

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی میانگین نمرات سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس، با میزان تأثیر ۰/۰۱ و سطح معنی داری ( $p < ۰/۰۱$ ) از لحاظ آماری معنادار می باشند و بیانگر آن هستند که دو گروه مادران عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه متغیرها دارای تفاوت معنا دار می باشند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در متن مانوا بر روی نمرات سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس

شاخص های آماری	متغیر های تحقیق	SS	Df	MS	ضریب F	معناداری	میزان تاثیر
سلامت روان	گروه	۲۹۴/۳۰	۱	۲۴۹/۳۰	۳/۵۷	۰/۰۶۱	۰/۰۲۲
	خطا	۱۳۰۱۰/۵۳	۱۵۸	۸۲/۳۴			
بهزیستی روانشناختی	گروه	۴۲۹/۰۲	۱	۴۲۹/۰۲	۵/۱۲	۰/۰۲۵	۰/۰۳۱
	خطا	۱۳۲۱۸/۴۷	۱۵۸	۸۳/۶۶			
عزت نفس	گروه	۲۲/۵۰	۱	۲۲/۵۰	۱۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۰۷۴
	خطا	۲۸۳/۰۰	۱۵۸	۱/۷۹			

$P < ۰/۰۱$

یافته های جدول فوق نشان داد که دو گروه مادران عادی و مادران کودکان کم توان از لحاظ نمرات متغیر دارای تفاوت معنی داری در میزان عزت نفس ( $P = ۰/۰۰۱$   $F = ۱۲/۵۶$ ) و بهزیستی روانشناختی ( $P = ۰/۰۲۵$ ؛  $F = ۵/۱۲$ ) داشتند اما به لحاظ سلامت روان ( $P = ۰/۰۶۱$ ؛  $F = ۳/۵۷$ ) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

#### بحث و نتیجه گیری:

بین دو گروه مادران عادی و مادران کودکان کم توان از لحاظ نمرات متغیرها دارای تفاوت معنی داری در میزان عزت نفس و بهزیستی روانشناختی بودند اما به لحاظ سلامت روان بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج با یافته های پژوهشی تقی پور و دیگران (۲۶)، سولا کارمونا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۷) همخوانی دارد اما با تحقیق مانسس و هالترمن<sup>۲</sup> (۲۸)، افکاری (۲۹) و نریمانی (۳۰) همخوانی ندارد.

تقی پور و دیگران (۲۶) نشان دادند که بین بهزیستی روانشناختی سه گروه از دانش آموزان عادی، ناتوان ذهنی و تیزهوش تفاوت معنی داری وجود دارد و میانگین گروه تیز هوش از دو گروه دیگر بالاتر است. نتیجه گرفته شد وجود یک کودک ناتوان ذهنی و تیز هوش با توجه به منابع هدایتی، سبک های تعاملی و ارتباطی، انتظار دیگران، شیوه های مقابله با تنش می تواند بر بهزیستی روانشناختی افراد تاثیر گذار باشد.

<sup>۱</sup> Sola-Carmona

<sup>۲</sup> Montes, G., & Halterman



سولاکارمونا و همکاران (۲۷) که اضطراب، بهزیستی روانی و عزت نفس را در خانواده های اسپانیایی دارای فرزند نابینا بررسی کرد. نتایج حاصله نشان داد که رابطه مثبتی بین بهزیستی روانی و عزت نفس و رابطه ی منفی بین اضطراب، بهزیستی روانی و همچنین عزت نفس وجود داشت

مانتس و هالترمن (۲۸) با پژوهشی که به مقایسه سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم با مادران کودکان عادی در کلمبیا پرداخته است. نتایج نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در زمینه عدم دریافت حمایت های اجتماعی و بی ثباتی خانواده استرس بالایی را تجربه نموده و از سطح سلامت روانی پایینی برخوردارند. فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است، اگرچه این فرآیند با مشقات و ناراحتی فراوانی همراه است علی رغمی که مشکلات زیادی والدین برای تولد فرزند خود متحمل می شوند، باید گفت امید به سلامت و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرد ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند مادر است، مادر وقتی با فرزند معلول خود روبه رو می شود به ویژه اگر کم توان ذهنی باشد به علت نگهداری دایمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان در رویارویی استرس هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی و قشقرق و نداشتن مهارت مراقبت از خود، باعث تضعیف کارکرد طبیعی مادر میشود، به همین خاطر است که میانگین اختلالات رفتاری در مادران کودکان استثنائی به ویژه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی بالاتر از مادران دارای کودکان عادی است.

افکاری (۲۹) در پژوهشی به عنوان مقایسه شیوه های فرزند پروری، عزت نفس و سلامت روانی مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری مادران عادی انجام داد. نتایج یافته ها حاکی از آن بود که مادران درقبال ویژگی های کودکان دارای ناتوانی یادگیری، احساس درماندگی کرده و بیشتر از شیوه های فرزندپروری مستبدانه استفاده می کنند نتیجه اینکه این عوامل منجر به پایین آمدن عزت نفس و سلامت روان در این مادران می شود.

نریمانی (۳۰) که به مقایسه سلامت روان مادران کودکان استثنائی با سلامت روان مادران کودکان عادی شهر اردبیل پرداخته است نتایج نشان داد که به طور کلی بین سلامت روانی مادران کودکان استثنائی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد، و همچنین از نظر علایم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، روان پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی تفاوت معناداری وجود دارد. مرادپور و همکاران (۳۱) در پژوهشی که درباره اثربخشی آموزش مهارت های خودآگاهی و ابراز وجود بر سازگاری و عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی شهر کرد انجام شد نتایج حاکی از آن بود که آموزش مهارت های خودآگاهی و ابراز وجود بر سازگاری کلی و مؤلفه های آن (سازگاری اجتماعی، سازگاری در خانه، سازگاری عاطفی) و نیز عزت نفس، مادران کودکان کم توان ذهنی، تاثیر مثبت معنی داری داشته است.

در تبیین این نتیجه باید گفت که مهمترین مسئله و شاید از مشکل آفرین ترین مسائل مربوط به یک کودک استثنائی در خانواده، بعد تربیتی آن باشد، که بیشترین بار تربیتی این مسئله بر عهده مادر است. وجود کودک معلول از هر نمونه می تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش مادر باشد، به خصوص در فرهنگ ما که مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می کند، بنابراین بار تربیتی و ناکامی های پی درپی مادر در تربیت فرزند ممکن است به عزت نفس پایین و واکنش نا مطلوب منجر شود. همچنین احساس خشم و پرخاشگری از جمله مراحل واکنش اندوه است که به دنبال شوک ناشی از فقدان فرد مورد انتظار ایجاد می گردد. در این مرحله فرد

به انتظارهای غیرواقع‌گرایانه متوسل می‌شود که بتواند همه چیز را به وضع مطلوب و مورد انتظار برگرداند. لذا مادری که در مدت ۹ ماه بارداری، در انتظار یک بچهٔ سالم برنامه‌ریزی‌های متعددی انجام می‌دهد، طبیعی است که با متولد شدن بچه کم‌توان ذهنی یا نابینا و ... دچار شوک و ناپاوری شود و احساس ناراحتی کند. همچنین با توجه به اینکه آموزش کودکان کم‌توان ذهنی و شیوه برقراری ارتباط با آنها بسیار مشکل‌تر از سایر کودکان عادی است، بنابراین عزت‌نفس پایین در مادران این کودکان به دنبال این ارتباط ضعیف بیشتر است. در تبیین این یافته چنین می‌توان فرض کرد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی همواره به دنبال راهیایی هستند که فشار ناشی از این مشکلات را کاهش دهند تا سلامت روان بهتری داشته باشند لذا در ابتدا با پذیرش فرزند کم‌توان خود و افزایش اطلاعات و آگاهی از شرایط خاص و ویژگیهای فرزندان، احساس تاب‌آوری را افزایش می‌دهند. عامل خوش‌بینی باعث می‌شود که با حوادث استرس‌زای زندگی همراهی کنند و به دیدگاه مثبت تری نسبت به زندگی دست یابند. همچنین با کمک گرفتن از دیگران و منابع مختلف حمایتی تلاش می‌کنند احساس تسلطشان را افزایش دهند. احساس اعتماد و وفاداری و صمیمیت با دیگر مادرانی که فرزندان نظیر فرزندان خود دارند می‌تواند به میزان بسیار بالایی در کاهش واکنش‌های منفی تأثیر بگذارد. افزایش میزان توانمندی‌شان منجر به تنظیم عزت‌نفس و واکنش‌های هیجانی آنان می‌شود همچنین افزایش اطلاعاتشان منجر به شناخت و مدیریت احساسات و هیجان‌اتشان می‌شود. مجموعه این عوامل منجر شده که مادران کودکان کم‌توان ذهنی بتوانند عزت‌نفس و بهزیستی روان‌شناختی همتای مادران عادی داشته باشند. آزاد یکتا (۳۲) در تحقیقی که در آن به بررسی تأثیر معنادرمانی فرانکل در سلامت روان مادران کودکان استثنائی پرداخته، نتایج تحقیق نشان داد که میزان سلامت روان مادران در مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله اختلافات معناداری وجود داشت.

مسائل و مشکلات فرد ناشی از ناهمخوانی میان فشارهای وارد بر فرد، منابع و امکانات فردی برای کنار آمدن با این فشارهاست. در خانواده‌هایی که فرزند عقب‌مانده ذهنی دارند، ویژگی‌هایی چون ضعف‌های شناختی - اجتماعی، استرس و آسیب‌های روانی بر رشد رفتارهای نامطلوب اثر می‌گذارد. در خانواده‌های دارای فرزندان عادی، والدین رفتارهای نامطلوب کودکان‌شان را درونی می‌دانند و کارهای منفی را به عوامل موقعیتی و بیرونی نسبت می‌دهند. برعکس والدینی که کودکان کم‌توان ذهنی دارند سطح بیشتری از فشارهای روانی را تحمل می‌کنند و رفتارهای کودکان‌شان را عمدی تلقی می‌کنند و آنها را مسئول این رفتارها می‌دانند از این رو عزت‌نفس در والدین این کودکان پایین‌تر می‌باشد. عزت‌نفس یک عامل روان‌شناختی مهم و اثرگذار بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در والدین این کودکان به شمار می‌رود.

با افزایش عزت‌نفس، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد به وجود می‌آید و تغییرات مثبتی همچون پیشرفت تحصیلی، افزایش تلاش برای سبک موفقیت، داشتن اعتماد به نفس بالا، بلند همت بودن و تمایل به داشتن سلامت بهتر در فرد پدیدار می‌شود بطوریکه عزت‌نفس می‌تواند رابطه متضاد و معکوسی با مشکلات روان‌شناختی به ویژه سلامت روانی داشته باشد. با توجه به تحقیقاتی که انجام شده و اثرات مثبت عزت‌نفس بر سرنوشت افراد و موفقیت آنها ثابت شده است و از طرفی مشخص شده بهزیستی روان‌شناختی قابل رشد است بنابراین پیشنهاد می‌شود با گذاشتن کارگاه‌های آموزشی برای خانواده‌ها رشد بهزیستی روان‌شناختی و عزت‌نفس در والدین افزایش یابد. پیشنهاد می‌شود که از دوران پیش از دبستان کمک‌های حمایتی باید در دسترس مادران کودکان مشکل‌دار به ویژه کسانی که فرزندان‌شان با تأخیر رشد ذهنی مواجهند قرار گیرد تا از بروز مشکلات مربوط به عزت‌نفس و بهزیستی روانی جلوگیری شود.

**محدودیت‌های پژوهش:**

فقدان تحقیقات مشابه در داخل و حتی خارج از کشور مهمترین محدودیت این تحقیق است که امکان مقایسه نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات مشابه را نمی‌دهد.

- تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه (سلامت عمومی GHQ) و به ویژه نوع آن (مقیاس لیکرت) تمایل آزمودنی‌ها به پاسخگویی را کاهش داد که خود عاملی برای عدم همکاری صحیح آزمودنی‌ها بود. یکی از محدودیت‌های تحقیق در نظر گرفته شده است.

- دشواری دستیابی به پاسخگویان و جلب رضایت آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها از محدودیت‌های این پژوهش در نظر گرفته شد.

**تشکر و قدردانی:**

با نهایت تشکر از دانشگاه آزاد سلامی واحد رشت و تمامی مادران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند.

**تضاد منافع نویسندگان:**

مقاله تعارض منافع ندارد.

**ملاحظات اخلاقی:**

در این پژوهش معیارهای اخلاقی شامل: اصل احترام و رازداری، جلوگیری از افشای اطلاعات بدست آمده آزمودنی‌ها با نام واقعی، اختیار و آزادی آزمودنی‌ها جهت شرکت و یا ترک آموزش، اخذ رضایت نامه کتبی از آزمودنی‌ها رعایت شده است.

**سهام نویسندگان:**

تمامی نویسندگان در نگارش، ارسال و پیگیری این مقاله نقش داشته‌اند.

**References:**

- 1- Ganji M., Mohammadi J., Tabriziyan S.. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2013 Mar 21;2(3):54-72.
- 2- Afrooz G.A.. *Introduction to Exceptional Education*. Tehran: University of Tehran Press, 2017
- 3- Dyson LL.. Children with learning disabilities within the family context: A comparison with siblings in global self-concept, academic self-perception, and social competence. *Learning disabilities research & practice*. 2003 Feb; 18(1):1-9.
- 4- Gross J.J., John O.P.. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Hughes (EDS), *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health*. Washington, DC. American Psychological association, 2003;16(5): 13-73.
- 5- Gohel M., Mukherjee S., Choudhary SK.. Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District. *Healthline*. 2011 Jul;2(2):62.
- 6- Clark A., Bean R.W., Klums H.. *Methods of strengthening self-esteem in adolescents*. Translated by P., Alipour. Tehran Publications, 2016

- 7- Brandon Nathaniel.. Psychology of self-esteem. Translated by M, Qaracheh Daghi. Tehran: The first publication, 1399
- 8- Biabangard I.. Methods of increasing self-esteem in children and adolescents. Tehran: Parents and Teachers Association Publications, 2017
- 9-Milanifar B.. Exceptional Child and Adolescent Psychology. Tehran: Qoms Publishing, 2019
- 10- Goldberg DP., Gater R., Sartorius N., Ustun TB., Piccinelli M., Gureje O., Rutter C.. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*. 1997 Jan;27(1):191-7.
- 11- Karademas E.C.. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and individual differences*. 2007 Jul 1;43(2):277-87.
- 12- Diener E., Sapyta j.j.. Subjective, well-being? A literature review and quid to needed research. *Social Indicators research series*, 2007; 57: 69-119.
- 13- Kadkhodai M., Azad Fallah P., Farahani H.. Qualitative analysis of women's psychological well-being according to the structure of Iranian culture. *Principles of Mental Health*, 1397; 14 (55): 268-249.
- 14- Seliqman M.E.P., Steen T.A., Park N., Peterson C.. positive psychology progresses empirical validation of interventions. *American psychologist*, 2005; 60 (5): 410-31.
- 15- Eisenhower A.S., Baker B.L., Blacher J.. Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of intellectual disability research*. 2005 Sep; 49(9):657-71.
- 16- Sefidi F., Farzad A.. Validation of Reef Biopsychological Test in Students of Qazvin University of Medical Sciences 2009. *Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2012; 16(1): 71-65.
- 17- Ryff C.D., Singer B.H.. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*. 2006 Dec 1; 35(4):1103-19.
- 18- Bayani A., Kouchaki A. and Bayani A.. Validity and reliability of the Reef Biopsychological Scale. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 2008; 53: 146-151.
- 19-Zanjani Tabasi R.. Preliminary construction and standardization of psychological well-being test - Master's thesis of Tehran University, 2004
- 20-Salsali M., Silverstone P.H.. Low self-esteem and psychiatric patients: Part II–The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of general hospital psychiatry*. 2003 Dec;2(1):1-8.
- 21- Mäkikangas A., Kinnunen U., Feldt T.. Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of research in personality*. 2004 Dec 1; 38(6): 556-75

- 22- Ehteshamzadeh P., Ahadi H., Heidari A., Iftikhar Saad Z.. Investigating the simple and multiple relationship between forgiveness and Islamic coping strategies with public health in students. *New Findings in Psychology (Social Psychology)*, 2013; 8(2): 113-100.
- 23- Sharghi A., Karbakhsh M, Nabaei B, Meysamie A, Farrokhi A. Depression in mothers of children with thalassemia or blood malignancies: a study from Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2006 Dec; 2(1):1-5.
- 24- Asgari, M.. Comparison of psychological well-being and communication beliefs in employed and non-employed women, Marvdasht Branch of Azad University; 2013
- 25- Heydari, A., Asgari, P., Marashian, F. and Zamiri, A.. The Relationship between Academic Stress, Religious Thoughts and Mental Health with Academic Performance between Male and Female Students of Islamic Azad University, Ahvaz Branch. *Educational Research Journal*, 2009; 5(20): 101-79.
- 26- Taghipour Javan A., Hassan Nataj Jalodari F. and Shoushtari M.. Comparison of dimensions of psychological well-being of mothers of mentally retarded, gifted and normal children. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 2014; 4(2): 88-73.
- 27- Sola-Carmona J.J., Lopez-Liria R., Padilla-Góngora D., Daza MT., Sánchez-Alcoba MA.. Anxiety, psychological well-being and self-esteem in Spanish families with blind children. A change in psychological adjustment? *Research in developmental disabilities*. 2013 Jun 1; 34(6): 1886-90.
- 28- Montes G., Halterman JS.. Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population-based study. *Ambulatory Pediatrics*. 2007 May 1; 7(3): 253-7.
- 29- Afkary P.. Comparison of parenting styles, self-esteem and mental health of mothers of children with learning disabilities and mothers of normal children. Master Thesis Mohaghegh Ardabili University - Faculty of Educational Sciences and Psychology, 2013
- 30- Narimani M., Agham Mohammadian H., Rajabi S.. Comparison of mental health of mothers of exceptional children with health of mothers of normal children. *Journal of Mental Health Principles*, 2007; 9(34-33): 24-15.
- 31 Azadikta M.. Evaluation of the effectiveness of meaning therapy in mental health. *Urine has an exceptional child. Disability Studies*, 1994; 5(11): 83-77.
- 32- Moradpour J., Miri M., Aliabadi S., Poursadegh A.. The effectiveness of self-awareness and self-expression skills training on adaptation and self-esteem of mothers of mentally retarded children. *New Care*, 2013; 10(1): 52-43.