

مقایسه کیفیت زندگی و جهت گیری زندگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی

عفت صانعی^۱

۱. کارشناسی ارشد آموزش ابتدایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فردوس، فردوس، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره پانجاهویک، دی‌ماه ۱۳۹۹، صفحات ۴۲-۵۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۳/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۱

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی و جهت‌گیری زندگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه موردپژوهش والدین تمامی دانش‌آموزان مدارس استثنایی و عادی منطقه تبادلگان مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند که نمونه‌ای شامل ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) و مقیاس جهت‌گیری زندگی شی‌یر و کارور (۱۹۸۵) بود. تحلیل داده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات دو گروه والدین کودکان عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در نمرات مربوط به کیفیت زندگی و جهت‌گیری زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا نتایج نشان داد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی از کیفیت زندگی و نگرش خوش‌بینانه‌ی پایین‌تری به نسبت مادران کودکان عادی برخوردار هستند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، جهت‌گیری زندگی، والدین کم‌توان ذهنی.

مقدمه

سلامت روان شناختی خانواده به عنوان کوچک ترین واحد اجتماعی وابسته به سلامت تک تک اعضای خانواده است. والدین به عنوان محور خانواده، کارکردها و مسئولیت های مختلف و متنوعی را در رابطه با فرزندان بر عهده دارند. تولد فرزندان سالم از نظر جسمی و روانی زمینه لازم تحقق این مسئولیت را فراهم می کند. به طور کلی تولد فرزند و اکنش های مختلفی را از سوی والدین، به خصوص زمانی که کودک با معلولیت متولد می شود، به وجود می آید (جرالد و همکاران^۱، ۲۰۱۰). تولد کودک استثنایی^۲ نه تنها والدین، بلکه سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. در چنین شرایطی آرامش خانواده از بین رفته، نگاه سایر اعضا به کودک معلول معطوف می گردد. به بیان دیگر معلولیت فرزند تازه متولد شده، موجب می شود که خانواده نتواند کارکردهای متعارف خود را به نحوه مطلوبی انجام دهد از جمله فراهم کردن شرایط رشد فرزند، عدم مدیریت درست خانواده و ... که در نهایت آسیب های روانی مضاعفی را بر خانواده تحمیل می کند. (هاور و همکاران^۳، ۲۰۱۰). لذا پرداختن به کیفیت زندگی^۴ والدین کودکان استثنایی که یکی از نشانه های سلامت روان است لازم و ضروری به نظر می رسد.

امروزه کیفیت زندگی جمعیت ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استفاده قرار می گیرد، اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می برند (کاسچینگ و همکاران^۵، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی، یکی از نشانه هایی است که برای سنجش سلامت مطرح است و علی رغم اینکه در مورد کیفیت زندگی اختلاف نظرهایی وجود دارد، متخصصین در محدوده ای از مفاهیم باهم اتفاق نظر دارند (فلاحی خشکناز، کریملو، رهگوی و فتاح مقدم، ۱۳۸۵). کیفیت زندگی یک مفهوم انتزاعی و چندبعدی است که به عنوان یک پیامد مفید در پژوهش های سلامت و مراقبت اجتماعی مشخص شده است. گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: «ادراک شخص از موفقیت خود در زندگی در شرایط فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی ها در ارتباط است». منظور از ماهیت انتزاعی کیفیت زندگی این است که گروه های مختلف مردم معنای متفاوتی از مفهوم کیفیت زندگی استنباط می کنند (موخرجی^۶، ۲۰۱۳).

اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره چهار بعد دارد: ۱. سلامت جسمانی^۷: مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت های روزمره و مراقبت از خود؛ ۲. سلامت روان شناختی^۸: اضطراب، افسردگی و ترس؛ ۳. روابط اجتماعی^۹: این بعد درباره رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است؛ ۴. محیط زندگی^{۱۰}: اشاره دارد به اینکه کیفیت پیرامون

¹ Geraldo

² Mental retarded

³ Huver

⁴ Quality of Life

⁵ Katschnig

⁶ Mukherjee

⁷ physical

⁸ psychological

⁹ Social

¹⁰ life environment

زندگی بشر برای زیست چگونه است و اینکه افراد آیا بر محیط زندگی خود و سایرین اثرات خارجی مثبت می گذارند یا نه؟ یا اینکه تا چه حد سعی می کنند تا اثرات خارجی منفی تعاملات خود را کاهش دهند؟ که شامل احساس امنیت، کیفیت بهداشت، درآمد، دسترسی به اطلاعات، فرصت اوقات فراغت، کیفیت محل سکونت، دسترسی به خدمات پزشکی و رضایت از مسافرت های شخصی است (نجات، ۲۰۰۹).

تحقیقات نشان داده است که والدین کودکان کم توان ذهنی عموماً در خطر مشکلات زندگی خانوادگی و دشواری های عاطفی قرار دارند (تقی زاده و اسدی، ۱۳۹۳). اکبری بیاتبانی، پورمحمدرضای تجربی، گنجعلی وند، میرزمانی و صالحی (۱۳۹۰) در پژوهشی دریافته اند که بین شبکه های اجتماعی باکیفیت زندگی در والدین دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش شبکه روابط اجتماعی، کیفیت زندگی والدین ارتقاء می یابد. در پژوهش خیاط زاده (۱۳۸۸) نتایج نشان داد که بین مادران کودکان سالم و کودکان مبتلا به فلج مغزی و همچنین مادران کودکان سالم و کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، در هر چهار بعد کیفیت زندگی، اختلاف معنی داری وجود دارد؛ اما بین مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی و کودکان مبتلا عقب مانده ذهنی در هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت معنی داری مشاهده نشد. صیدی، کاکابرابی، چچانی و بابایی (۱۳۹۰) در پژوهشی به مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی پرداختند. نتایج مطالعه آن ها نشان داد که در مقیاس های سلامت جسمانی و روانی بین والدین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

عوامل (اجتماعی، اقتصادی، شخصی، شناختی، مذهبی و ...) فراوانی وجود دارند که در کیفیت زندگی دخیل بوده و آن را تهدید می کنند، از جمله عوامل فردی که به نظر می رسد در کیفیت زندگی مؤثر است به جهت گیری زندگی^۱ می توان اشاره نمود (علی بیگ، احمدی، فرحبخش، عابدی، علی بیگ، ۱۳۹۱). جهت گیری نسبت به زندگی می تواند خوش بینانه؛ به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدها یا بدبینانه؛ به معنای داشتن انتظارات منفی برای نتایج و پیامدها باشد (شی یو و کارور، ۱۹۸۵)؛ و انتظارات افراد بزرگسال را در مقابل رویدادهای زندگی نشان دهد. نکته قابل توجه اینکه، افراد، خوش بینی و بدبینی خود را طی زمان و در خلال موقعیت های مختلف حفظ می کنند. از این رو، خوش بینی یک گرایش کلی است و صفتی است که انتظارات را در خلال گستره ای از حیطه های زندگی منعکس می کند (شی یو و کارور، ۲۰۰۴).

پژوهشی که به طور مستقیم به مقایسه جهت گیری زندگی در مادران کودکان عادی و کم توان ذهنی بپردازد تا آنجا که پژوهشگر بررسی نموده است، یافت نشد اما به پژوهش مشابه می توان اشاره نمود. من جمله؛ رابرت و کاسل^۲ (۲۰۰۹) نشان دادند که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر نگرش های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجان منفی دارند. بگیان کوله مرز، درتاج و محمدمینی (۱۳۹۱) نشان دادند که بین ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان عادی و ناتوان یادگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین کریمی جوزستانی، عابدینی، ملک پور، صادقی و اصلی آزاد (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه مؤلفه های مثبت گرای روان شناختی در والدین کودکان عادی و اتیسم دریافته اند که بین مؤلفه های مثبت گرایی

1 Scheier & Carver
2 Roberts & Kassel

روان‌شناختی (امید، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و خوش‌بینی) در والدین کودکان عادی و اتیسم تفاوت معنی‌داری وجود دارد. هرچند کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روان خانواده وارد کند، اما این ضایعات و اثرات به میزان زیادی قابل جبران و تخفیف هستند، لیکن جبران یا کاهش این تأثیرات مستلزم داشتن شناخت علمی از آنهاست. پس می‌توان با انجام تحقیقاتی بر روی کسانی که بیشترین بار عاطفی کودکان کم‌توان ذهنی را بر عهده‌دارند، یعنی والدین کودکان استثنایی و انعکاس نتایج آن به دست‌اندرکاران و دستگاه‌های مربوطه، راهگشای رفع مشکلات آنان گردید؛ و از طرفی با توجه به اینکه پژوهشی که به‌طور مستقیم به مقایسه متغیرهای مذکور در جامعه مورد پژوهش بپردازد یافت نشد و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود، از این‌رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی و جهت‌گیری زندگی والدین کم‌توان ذهنی آموزش پذیر و عادی انجام شد، بنابراین در پی پاسخ به این سوال است که آیا بین کیفیت زندگی و جهت‌گیری زندگی والدین کم‌توان ذهنی آموزش پذیر و عادی تفاوت موجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود جامعه مورد پژوهش والدین تمامی دانش آموزان مدارس استثنایی و عادی منطقه تبادلکان مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بودند؛ که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (تعدد در گروه، جنس) تعداد ۶۰ نفر از مدارس عادی و استثنایی انتخاب شدند (۳۰ نفر مدارس استثنایی و ۳۰ نفر مدارس عادی). تحلیل داده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسش‌نامه کیفیت زندگی را در ۲۶ سؤال و در چهار حیطه مرتبط با سلامتی یعنی سلامت جسمانی (سؤالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامت روان‌شناختی (سؤالات ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۰-۲۱-۲۲) و محیط زندگی (سؤالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) را بر روی طیف لیکرت (خیلی بد، نمره ۱ تا خیلی خوب نمره ۵) می‌سنجد و سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین^۱، ۲۰۰۰). در ایران نجات، منتظری، هلاکوئی وجدزاده (۱۳۸۵) آن را به فارسی ترجمه و هنجاریابی کرده‌اند. مقادیر پایایی در پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵) به شاخص همبستگی درونی در حیطه سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین سازگاری درونی مؤلفه‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵، ۰/۸۴ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول و مناسب پرسش‌نامه کیفیت زندگی است. در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

جهت‌گیری زندگی: این آزمون ۶ سوالی توسط شی‌یر و کارور (۱۹۸۵) ساخته شده است. ۳ ماده آن بیانگر خلق خوش‌بینانه و ۳ ماده دیگر بیانگر خلق بدبینانه بوده و پاسخ‌دهندگان در یک مقیاس چند درجه‌ای میزان موافقت یا عدم موافقت خود را با هریک از

¹ Bonomi, Patrick, Bushnell, Martin

جملات اعلام می‌کنند. این پرسش‌نامه از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ $0/76$ و ضریب بازآزمایی $0/79$ (مدت چهار هفته‌ای) به دست آمد (شی‌یر و کارور، ۱۹۸۵). همچنین روایی همگرا و افتراقی این پرسشنامه با مقیاس منبع کنترل و مقیاس عزت نفس روزنبرگ تأیید شده است (شی‌یر و کارور، ۱۹۹۲). این آزمون توسط خدابخشی (۱۳۸۳) در ایران هنجاریابی شد و نتایج به دست آمده بر اساس بازآزمایی و آلفای کرونباخ حاکی از پایایی بالای مقیاس جهت‌گیری زندگی است. ضرایب روایی هم‌زمان بین این مقیاس با افسردگی و خود تسلط یابی به ترتیب $0/649$ و $0/725$ به دست آمده است (کجباف، عریضی و خدابخشی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آمد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها از بین ۳۰ نفر در گروه مادران عادی ۱۲ نفر (۴۰ درصد) بین ۳۰-۴۰ سال، ۹ نفر (۳۰ درصد) بین ۴۱-۴۹ سال و ۹ نفر (۳۰ درصد) هم بالای ۵۰ سال سن داشتند؛ اما در گروه مادران عادی ۸ نفر (۲۷ درصد) بین ۳۰-۴۰ سال، ۱۳ نفر (۴۳ درصد) بین ۴۱-۴۹ سال و ۹ نفر (۳۰ درصد) بالای ۵۰ سال سن داشتند. در ادامه در جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱. گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	عادی	۲۴/۲۶	۶/۶۴۹
	کم‌توان ذهنی	۱۹/۳۲	۷/۹۴۲
سلامت روان‌شناختی	عادی	۱۹/۴۴	۴/۸۷۰
	کم‌توان ذهنی	۱۵/۴۵	۴/۹۴۲
روابط اجتماعی	عادی	۱۰/۴۵	۲/۶۵۲
	کم‌توان ذهنی	۷/۸۶	۳/۰۱۸
سلامت محیط زندگی	عادی	۲۶/۸۶	۶/۲۹۰
	کم‌توان ذهنی	۱۹/۰۴	۵/۸۲۰
کیفیت زندگی	عادی	۸۱/۰۱	۹/۹۱۱
	کم‌توان ذهنی	۶۱/۳۵	۱۱/۵۳۶
جهت‌گیری زندگی	عادی	۱۶/۲۸	۳/۴۲۷
	کم‌توان ذهنی	۱۲/۲۳	۳/۳۷۸

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول ۱. میانگین نمرات مربوط به کیفیت زندگی و جهت‌گیری زندگی والدین کودکان عادی نسبت به والدین کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بالاتر است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره پیش‌فرض‌ها بررسی شد، برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بود، بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس به‌درستی رعایت شد، همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای پیش‌آزمون پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه کیفیت زندگی

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۴۵	۴۶/۵۵۶	۵	۱۹۴	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۵۵	۴۶/۵۵۶	۵	۱۹۴	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۲۱	۴۶/۵۵۶	۵	۱۹۴	۰/۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۱	۴۶/۵۵۶	۵	۱۹۴	۰/۰۱

طبق جدول ۲. مشاهده می‌گردد که بین نمرات دو گروه والدین کودکان عادی و کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر در نمرات مربوط به کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۳. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه جهت گیری زندگی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
جهت گیری زندگی	بین گروهی	۹۰۷/۳۸۰	۱	۹۰۷/۳۸۰	۸۰/۶۶۵	۰/۰۱
	درون گروهی	۲۲۲۷/۲۴۰	۱۹۸	۱۱/۲۴۹		

طبق جدول ۳. بین جهت گیری زندگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی تفاوت وجود دارد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات والدین عادی، چنین نتیجه می‌شود که نسبت به والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر خوش‌بین‌تر هستند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی و جهت گیری زندگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی انجام شد. نتایج نشان داد که بین نمرات دو گروه والدین کودکان عادی و کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر در نمرات مربوط به کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یافته فوق با پژوهش‌های پیشین از جمله (امیری مجد و همکاران، ۱۳۹۳؛ تقی زاده و اسدی، ۱۳۹۳؛ صیدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ لین و همکاران، ۲۰۰۹) که نشان دادند بین کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی تفاوت وجود دارد، همخوانی دارد. در تائید فرضیه فوق پژوهش امیری مجد، حسینی و جعفری (۱۳۹۳) نشان دادند که کیفیت زندگی والدین کودکان عادی به شکل معناداری بالاتر از والدین کودکان مبتلابه سندرم داون و ناتوانی یادگیری بود و سطح کیفیت زندگی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری نیز به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان سندرم داون بود و صمیمیت زناشویی والدین کودکان به‌هنگار به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان مبتلابه سندرم داون و ناتوانی یادگیری بود. همچنین صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان سندرم داون بود. در همین راستا پژوهش جمالی (۱۳۸۵) نشان داد والدین کودک کم توان ذهنی، از نظر کیفیت زندگی که شامل رفاه مادی، سلامت جسمانی، روابط والد فرزند، روابط زناشویی، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتار سیاسی، ویژگی‌های شغلی و عملکرد اجتماعی است، پایین‌تر از کودکان عادی است. نتایج پژوهش لین^۱ و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که مراقبان کودکان معلول ذهنی کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به عموم مردم کسب کردند.

¹ Lin

در تبیین یافته فوق می توان گفت که کودکان کم توان ذهنی به دلیل داشتن شرایط ویژه، از جمله ناتوانی در وهله نخست رای مادر، بعد پدر و سایر اعضای خانواده و سپس برای جامعه مشکل زا هستند. حضور کودک استثنایی از بدو تولد یا در مراحل بعدی رشد می تواند موجب افزایش تنیدگی و آسیب روانی و بروز مشکلات درازای خانواده به ویژه مادران که زمان بیشتری را صرف کودکان خود می کنند، شود که این شرایط می تواند کیفیت زندگی این خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. نیاز جدی و مداوم کودکان کم توان ذهنی به مراقبت و رسیدگی زیاد برای والدین آسیب زاست و مستلزم شکیبایی و فدا کردن اهداف شخصی از جانب والدین است. سبب افزایش احتمال غفلت والدین از یکدیگر و دیگر اعضای خانواده می شود؛ که خود موجب کاهش کیفیت زندگی در این گونه خانواده ها می شود (کارگر و اصغری ابراهیم آباد، ۱۳۹۴). در تبیینی دیگر می توان گفت که والدین کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی به جای اینکه فکر خود را معطوف به مسائلی که موجب بهبود کیفیت زندگی آن ها می شود بکنند، دائماً در ذهن خود درگیر مشکل فرزند خود و مشکلات حاصل از حضور وی در زندگی شان هستند و از بسیاری از مسائل همچون سلامتی جسمانی و روانی خود غافل شده و چه بسا ممکن است که دچار بیماری های مختلف به ویژه بیماری های روانی شوند. از سویی دیگر عده ای از والدین از داشتن چنین فرزندانی احساس شرمندگی کرده و یا مبادرت به محدودیت ارتباطات خود با دیگران می کنند. هر یک از این موارد در والدین منجر به یک خشم پنهان می شود. از سویی این کودکان نیاز به توجه و مراقبت دارند و همچنین محیطی که والدین این کودکان در آن زندگی می کنند از تنش، اضطراب و فکر مشغولی های خاص خود برخوردار است که در سطح خود چهار بعد کیفیت زندگی و در سطح کلی کیفیت زندگی این والدین را تحت تأثیر قرار می دهد و نتایج نیز مؤید این امر است (امیری مجد و همکاران، ۱۳۹۳).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین جهت گیری زندگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی مورد تفاوت وجود دارد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات والدین عادی، چنین نتیجه می شود که والدین عادی نسبت به والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر خوش بین تر هستند؛ که نتیجه حاصله با پژوهش های مشابه پیشین از جمله (خطیری یانسری و اصغری نژاد، ۱۳۹۲؛ سیادتیان، مستاجران و قمرانی، ۱۳۹۱) که نشان دادند بین خوش بینی والدین کودکان عقب مانده ذهنی و عادی تفاوت وجود دارد، هماهنگ است. سیادتیان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که تفاوت میانگین دو گروه در متغیر خوش بینی برابر دو بود و نشان از نمره بالاتر دانش آموزان شنوا در مقیاس خوش بینی از دانش آموزان ناشنوا بوده است. از سوی دیگر نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای بین سن، امید به زندگی و خوش بینی معنادار است. در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت داشتن فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری بر عقاید، باورها و احساسات والدین این کودکان تأثیر قابل ملاحظه ای دارد تا جایی که والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می کنند که این خود در شیوه نگرش آنان نسبت به زندگی که در قالب جهت گیری خوش بینانه و بدبینانه مطرح است، تأثیر می گذارد و موجب می شود که والدین دارای فرزند کم توان ذهنی نسبت به زندگی در مقایسه با والدین عادی از نگرش خوش بینانه پایین تری برخوردار باشند (میکائیلی، گنجی و جویباری، ۱۳۹۱). همچنین باید گفت نخستین تجلی فشارهای روانی حاصل از وجود فرزند معلول بر بخش های ضعیف جسمانی و روانی والدین است. برای مثال لکنت زبان های خفیف دوران کودکی والدین ممکن است

مجدداً باز شود. همچنین سردردها، اضطراب‌ها، به حسی دست‌وپا، احساس فشار و سنگینی در سینه و مانند آن‌که با بررسی تاریخچه زندگی آنان، ریشه‌دار بودنشان مشخص می‌شود، بروز می‌یابد. عدم توجه به این نشانه‌ها و تداوم آن‌ها سبب تحلیل قوای جسمانی و روانی و نیز بروز احساساتی نظیر خستگی، افسردگی و ... می‌شود. این حالات، نگرش منفی، سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران را در فرد به وجود می‌آورد (کميجانی، ۱۳۹۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر به مقطعی بودن اجرای پژوهش و ابزارهای خود گزارش دهی پژوهش و جامعه موردپژوهش می‌توان اشاره نمود که تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج پژوهش، اجرای برنامه‌های مداخله‌گرانه و برگزاری دوره‌های آموزشی خانواده، کارگاه‌های مداخله‌ای روانشناسی مثبت‌گرا در جهت افزایش کیفیت زندگی والدین دانش آموزان کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌شود. همچنین این تحقیق در سایر نقاط کشور انجام گیرد تا نتایج از قابلیت بیشتری برخوردار شوند؛ و پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه موردبررسی قرار گیرند.

منابع

- اکبری بیاتیان، عبدالرضا؛ پورمحمدرضای تجریشی، معصومه؛ گنجعلی وند، ناهید؛ صالحی، مسعود ارتباط شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی در والدین دانش آموزان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر، کودکان استثنایی، ۱۱(۲)، ۱۷۴-۱۶۳.
- امیری مجد، مجتبی؛ حسینی، سیده فاطمه و جعفری، اصغر (۱۳۹۳). مقایسه‌ی کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای سندرم داون، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و والدین کودکان عادی.
- بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ درتاج، فریابرز؛ محمدامینی، مهدی (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری، ناتوانی های یادگیری، ۲(۲)، ۲۴-۶.
- تقی زاده، حسین؛ اسدی، راضیه (۱۳۹۳). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی، مجله مطالعات ناتوانی، ۴(۲)، ۷۴-۶۶.
- خطیری یانسری، مرضیه؛ اصغری نژاد، فرزانه (۱۳۹۲). راهبردهای مقابله ای با خوش بینی و سلامت روان در والدین کودکان عقب مانده ذهنی، ششمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان، تبریز
- خیاطزاده ماهانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم. ۱۷ (۸۳)، ۵۸-۴۹.
- سیادتیان، سیدحسین؛ مستاجران، مریم؛ قمرانی، امیر (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و خوش بینی در دانش آموزان دختر ناشنوا و شنوا، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۲(۱۱۲)، ۲۶-۱۸.
- صیدی، مریم؛ کاکابرابی، کیوان؛ چچانی، فرشید؛ و بابایی، سمیه (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی، همایش منطقه ای روان‌شناختی کودک و نوجوان، کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
- علی بیگ، فتانه؛ احمدی، احمد؛ فرحبخش، کیومرث؛ عابدی، احمد؛ علی بیگ، مرتضی (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خوش بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۲ (۹)، ۷۰۹-۷۲۰.

- فلاحی خشکناز، مسعود؛ کریملو، مسعود؛ رهگوی، ابوالفضل؛ فتاح مقدم، لادن (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش های روانپزشکی دانشکده های علوم پزشکی تهران، حکیم، ۹(۴)، ۳۰-۲۴.
- کارگر، مونا؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد (۱۳۹۴). مقایسه سبک حل مسأله و سازگاری زناشویی در مادران کودک استثنایی و عادی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۲(۱۳۰)، ۴۴-۳۷.
- کریمی جوزستانی، لایلا؛ عابدینی، منصور؛ ملک پور، مختار؛ صادقی، احمد؛ اصلی آزاد، مسلم (۱۳۹۴). پرستاری کودک، ۵، ۴۰-۳۰.
- کمیجانی، مهرناز (۱۳۹۱). کودکان استثنایی و چالش های مادران، تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۱۱۰، ۴۴-۳۸.
- کجباف، محمدباقر؛ عریضی سامانی، سیدحمیدرضا؛ خدابخشی، مهدی (۱۳۸۵). هنجاریابی، پایایی و روایی مقیاس خوش بینی و بررسی رابطه بین خوش بینی، خودتسلط یابی و افسردگی در شهر اصفهان، مطالعات روانشناختی، ۲(۱ و ۲)، ۶۸-۵۱.
- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود و جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه ی تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی، ناتوانی های یادگیری، ۲(۱)، ۱۳۷-۱۲۰.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کورش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- Akbari, A., Bayatiani, P M., Rezaye Tajrishi, M., Gangalivand, N., Mirzamani, M., Salehi, M. (2011). The Relationship between Social Network and Quality of Life in Parents of students with Intellectual Disabilities, 163-174.
- Bonomi, AE., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical Epidemiology*, 53(1):1-12
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical epidemiology*, 53(1), 1-12.
- Geraldo, A., Fiamenghi, A.G., Vedovato, M.C., Meirelles & Marcia, E. (2010). Mother s interaction with their disabled infants: two case studies. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 28(2), 191-199
- Huver, R., Roy, O., Hein de Vries, R. C.M., Engels, E. (2010). Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 395-492
- Katschnig, H., Krautgartner, M., Sartorius, N., Gaebel, W., Lopez, J.J., Maj, M. (2002). Quality of life: a new dimension in mental health care. *Psychiatry in society*, Wiley, 171-85
- Lin, J., Hu, J., Yen, C., Hsu, Sh., Lin, L., Loh, C., Chen, M., Wu, Sh., Chu, C., Wu, J. (2009). Quality of life in caregivers of children and adolescents with intellectual disabilities: Use of WHOQOL-BREF survey. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1448-1458
- Mukherjee, S.B. (2013). Quality of life of Elderly: Hope Beyond Hurt. *Indian journal of Gerontology*, 27(3), 6-12.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie, K., Mohammad, K., Majdzadeh, R. (2007). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version (Persian). *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12.
- Nejat, S. (2009). Quality of life and its measurement. *Iran epidemiology*, 4(2), 57-62

- Roberts, J. E., Kassel, J.D. (2009). Mood-state Dependence in Cognitive Vulnerability to Depression: The Roles of Positive and Negative Affect, *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 1-12.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and Research*, 16(2), 201-228
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (2004). *Perspectives on Personality* (5th Ed). Boston, MA: Allyn & Bacon.

مجله پیشرفت های رفتارهای نوین در علوم رفتاری

Comparing the Quality of Life and Life Orientation in Parents of Normal Children and Parents of Educable Mentally Retarded Children

Abstract

The aim of this study was to compare the quality of life and orientation of parents of children with educational and normal mental disabilities. The present study was correlational. The study population was the parents of all students in the exceptional and normal schools of Tebadkan Mashad region in the academic year of 2018-2019, and a sample of 60 people was selected by stratified random sampling. The research tools were the World Health Organization's Quality of Life Scale (2000) and the Conductivity Scheme of Schyer and Carver (1985). Data analysis was performed using SPSS software version 22 and the mean test, standard deviation and multivariate analysis of variance. The results show that there is a significant difference between the scores of the two groups of parents of normal children and mentally retarded children in the scores related to quality of life and orientation of life ($P < 0.01$). Therefore, the results showed that mothers of mentally retarded children have a lower quality of life and a more optimistic attitude than mothers of normal children.

Keywords: Quality of life, direction of life, mentally retarded parents.