پژوهش در حیطه کودکان استثنایی / سال هفتم، شماره ۴، ۱۳۸۶، ۳۸۵-۴۰۶
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.7, No.4, 385-406

مقایسهٔ بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی و مادران آنها

سیده مریم هاشمی‌نسب[1]، دکتر علیرضا آقایوسفی[2]* و دکتر احمد علی پور[1]

تاریخ دریافت: ۸۶/۵/۲۷ تجدید نظر: ۸۶/۷/۸ پذیرش نهایی ۸۶/۱۰/۳

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی رابطهٔ بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی و مادران آنها اجرا شده است. **روش** برای رسیدن به اهداف و آزمون فرضیه های مربوط، از میان کودکان کم‌توان ذهنی در شمال شهر تهران در جایگاه حوزه ای جغرافیایی با امکانات اقتصادی نسبتاً گسترده‌تر و شهر همدان به مثابهٔ شهری متوسط و دورتر از مرکز کشور، یک نمونهٔ ۳۵۶ نفری انتخاب شدند که از این تعداد نمونه ها، ۴۳ درصد نمونه از شهر همدان و ۵۶/۷ درصد نمونه از شمال تهران از طریق روش نمونه گیری تصادفی در شمال تهران و همهٔ اعضای جامعه در همدان انتخاب شدند و داده ها از طریق پرسشنامه های نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان (WI-A[2]) و نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس نارسایی های شناختی (WI-ID[3]) جمع آوری شدند. **یافته‌ها:** نتایج بدست آمده برحسب توزیع t نشان داده است که بین بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر، تفاوت معنا داری وجود ندارد، اما بین نمرات بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان به گونه ای معنادار، بیشتر از همتایان آنها در شمال تهران است. نتایج همچنین نشان دادند که بهزیستی شخصی مادران در دو شهر همدان و تهران نیز یکسان هستند. با این حال، محاسبهٔ ضریب همبستگی پیرسون، حاکی از وجود رابطه ای مستقیم بین بهزیستی شخصی مادران و کودکان آنها بود؛ به این معنا که با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان کم توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت. این یافته با آنچه در پژوهش های مشابه در دیگر کشورها به دست آمده یکسان است. **نتیجه‌گیری** بهزیستی شخصی مادران با بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی ارتباط دارد، اما بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی پسر و دختر متفاوت نیست.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی شخصی، کودکان کم توان ذهنی، مادران کودکان کم توان ذهنی*

۱- دانشگاه پیام نور تهران
۲- دانشگاه پیام نور قم
* **نویسنده رابط**: قم - دانشگاه پیام نور، ۷۸۸۵۸۶، ۲۵۱ (Email: arayeh1100@gmail.com)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

مقدمه

داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است و در طول سالیان دراز، یافتن زندگی خوب، چگونگی دستیابی به آن، افکار و تحقیقات فلاسفه و دانشمندان را به خود معطوف داشته است. کیفیت زندگی[1] مفهوم وسیعی است که همهٔ ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی گیرد. این اصطلاح که در زمینه های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می شود، اخیراً در تحقیقات روان شناختی و پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان، شامل ابعاد مختلف فیزیکی، اجتماعی، جسمانی و معنوی می شود(سینتیا و پاملا ۱۹۹۸).

زندگی، دارای الگوهای متغیری است که بر اساس تجارب و تعامل انسان با جهان برون شکل می گیرد. این تجارب منحصر به فرد هستند و در محدودهٔ زندگی شخصی، مطرح می شود؛ مانند ازدواج، اشتغال، سلامت و مانند آن. رضایت و یا نداشتن رضایت از تجربیات زندگی، ناشی از وجود یا عدم هماهنگی بین موقعیتهای فعلی و موقعیتهای مورد انتظار و مطلوب است (کلایتون ۹۹۴). باید تصریح کرد که کیفیت زندگی، همان زندگی تجربه شده نیست، بلکه ادراک فاعلی زندگی تجربه شده از سوی فرد در طول زمان است. کیفیت زندگی، تنها به احساس خوشایند یا ناخوشایند فرد از زندگی برنمی گردد، بلکه دیدگاه و داوری فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموعه ای از حوادث و یا زندگی جاری فرد در درون جامعه، در طی یک دورهٔ زمانی است و فرایندی منطقی و مفهومی استوار بر پایهٔ فرهنگ و خلاصه ای از ارزشها، باورها و تجارب شکل گرفتهٔ آن فرهنگ است و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می کند؛ بنابراین، کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در زمینهٔ رهنمایی، نگهداری و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگهای مختلف است (مارسیا تست[3] و سیمونسون، ۱۹۹۶).

سلامت و شادابی افراد جامعه بزرگ ترین پشتوانه هر کشور برای پیشرفتهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است و هرگونه سرمایه گذاری مادی یا آموزشی در این زمینه را باید نوعی سرمایه گذاری بنیادی، تلقی کرد. به خصوص اینکه زندگی مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزشهای دینی ما مسلمانان دارد (سخایی ۳۶۵ و جمالیان، ۳۷۴). در طی چند دههٔ گذشته، جنبشی نو به وجود آمده است که تندرستی را به

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

صورت حق بشری و هدفی اجتماعی شناخته است؛ یعنی سلامت برای ارضاء نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید در دسترس همهٔ انسانها قرار بگیرد. اخیراً مفهوم وسیع تری از سلامت به وجود آمده که شامل بهبود کیفیت زندگی است (پارک و پارک ۱۹۹۵).

کیفیت زندگی، یکی از نشانگرهایی است که برای انداز گیری سلامت مطرح شده است (مارسیا تستا و سیمونسون ۱۹۹۶). این مفهوم خود مسئلهٔ اخلاقی پیچیده ای است که تعریف روشن آن دشوار است، می توان گفت که عبارت است از: کمک به افراد برای اینکه بتوانند تواناییهای نهفته خود را در راه انتخاب بهترین روش برای پیشرفت و بهبودی خویش به کار گیرند. کیفیت زندگی، معیار و انداز گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد برای سازش یافتگی پیروزمندانهٔ فرد با چالشهای موجود در دنیای واقعی است. این مفهوم برای همهٔ افراد، بدون توجه به ناخوشی یا ناتوانی، در مورد شغل، در خانه، یا در مورد اوقات فراغت فرد به کار می رود. برخی مؤلفه های کیفیت زندگی را شامل خشنودی - ناخشنودی، شرایط زندگی، شادکامی - ناشادکامی، تجربهٔ زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملی، وضعیت اجتماعی – اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی می داند(پراپر، ۱۹۹۷). استانیس زوسکا (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را برابر با وضعیت سلامت روانی می دانند. گوتای (۱۹۹۲) کیفیت زندگی را حالتی از رفاه می داند که از دو پاره تشکیل شده است: - توانایی انجام دادن کارهای روزانه که بازتاب آن رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است. - خشنودی بیمار از سطوح عملکردی و کنترل بیماری و علائم مرتبط به آن. از دید کامینز (۲۰۰۵)، بهزیستی شخصی جنبهٔ روان شناختی کیفیت زندگی و حالت مثبت از رفاه جسمانی، شناختی و اجتماعی است و فقدان آسیب یا بیماری در طول زمان. بهزیستی شخصی به صورت پیوستاری است که در یک سوی آن بیماری و در دیگر سو بهزیستی فراگیر است (میرایی ۱۳۸۰). بهزیستی شخصی، واژه ای است که اغلب برای توصیف احساسی که مردم در مورد زندگی خود دارند، به کار گرفته می شود و شامل پاسخ های هیجانی مردم، خشنودی از زندگی و داوری دربارهٔ کیفیت زندگی است (کینگ ۲۰۰۱). امروزه اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در کودکان کم توان ذهنی مورد توجه روز افزونی قرار گرفته است. از آنجا که کمیت و کیفیت زندگی، دو مقوله متفاوت هستند، تقاضای روزافزونی برای ارزیابی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دقیق کیفیت زندگی احساس می شود (رویسکی ۱۹۹۸). کودکان و نوجوانان که توان ذهنی همانند دیگر همسالان خود، نیازمند محبت و توجه عاطفی و خشنودی روانی هستند. به نظر می رسد که شرایط عاطفی و انگیزشی کودکان در برانگیختگی روانی، دادن پاسخهای مناسب به محرکهای محیطی، توان یادگیری، سازش یافتگی فردی و مهارتهای اجتماعی آنان، بیشترین تأثیر را داشته باشد. زمانی که کودکان و نوجوانان از نگرش مثبت و خشنودی نسبت به پدید های گوناگون، الگوهای رفتاری و محیط خانه و مدرسه برخوردار باشند، با بالاترین نیروی انگیزشی، بیشترین و ثمربخش ترین تلاش را از خود نشان می دهند. این مسأله دربارهٔ کودکان و نوجوانان که توان ذهنی، اهمیت بیشتری دارد؛ به بیان روشن تر، معقول ترین شرایط برای ارزیابی رفتارهای هوشمندانهٔ کودکان، هنگامی است که آنها از برانگیختگی روانی چشمگیری برخوردارند و آماده اند که با بالاترین توان به سؤالات و محرکهای ارائه شده پاسخ دهند (افروز ۱۳۸۴).

فقدان نگرش مثبت، بارآور و خوشایند به پدید های گوناگون، تعامل بین فردی، مشارکت گروهی و مسئولیت پذیریهای اجتماعی و نداشتن اعتماد به نفس مطلوب، مانع رشد و شکوفایی احساس خودارزشمندی و حرمت خود در کودکان می شود. کودکان و نوجوانانی که همواره شاکلهٔ شخصیتی و رفتاری مقبول ایشان در موقعیتهای مختلف، مورد توجه و تکریم و تأیید و تشویق والدین و افراد خانواده و مربیان واقع شده، به تدریج احساس کم ارزشی و کم مقداری در وجود آنها جوانه می زند و با کاهش انگیز های تلاش، احساس بی تفاوتی نسبت به فعالیتها در وجود آنها چیره می شود و احساس رضایت و تندرستی و رفاه کمتری می کنند و فقدان احساس خودارزشمندی، احتمال آسیب پذیری ها و کژرویهای فردی و گروهی را مضاعف می کند (افروز ۱۳۸۳).

رویدادهایی از قبیل درآمد پایین، غیبت والدین به ویژه مادر و ضعف تعادل زیستی باعث پایین آمدن سطح منابع شخصی می شود. اگر چالشهایی از قبیل استرس و درد شدید بر اشخاص پیروز شود، بهزیستی شخصی کاهش می یابد و به زیر حد بهنجار می رسد (کامینز، ۲۰۰۵). بهزیستی شخصی، ساختار دینامی است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی و باعث فقدان احساس خشنودی و اعتماد به خویشتن و احساس اراده یا هدف در زندگی می شود و سرانجام، به کاهش سلامت روانی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

و جسمانی منجر خواهد شد(کینگ ۰۰۱). نتایج تح قات دیوی نشان می دهد که کاهش بهزیستی شخصی و نشان های افسردگی شدید، ارتباط نزدیکی باهم دارند. بهزیستی شخصی، نشان ه ی افسردگی شدید را کاهش می دهد، و به طور معناداری پیش بینی کنندهٔ نشان های افسردگی است و افزایش آن به کاهش نشان های افسردگی منجر می شود. این تح قات نشان می دهند که نمرهٔ پایین بهزیستی شخصی با نشان های افسردگی شدید ارتباط دارد (دیوی ۰۰۴). علاوه بر این، بعضی از مردم دچار بیماریهای روانی می شوند و برخی دیگر دچار بیماریهای پزشکی مزمن می شوند؛ نابراین احتمالاً نشان های افسردگی شدید و بهزیستی شخصی پایین حالتهای روار شـ ختی یکسانی را نشان می دهند. همچنین شواهد نشان می دهند که نا می در به کارگیری سازوکار ی روار شـ ختی باعث کاهش بهزیستی شخصی و افزایش نشان های افسردگی می شود (کامینز ۰۰۳).

بر ایهٔ پژوهشهای موجود، کودکان ک توان ذهنی، بیش از کودکان عادی در معرض ابتلاء به اختلالات روانی هستند (خوشابی، ۱۳۷۸ و ۳۸۴ ؛ میربلوک بزرگی، ۱۳۷۳؛ کینگ، کینگ ، روزنباوم و گافین ۹۹۹). با این حال، بورد ویک دافی و ایمان ۱۹۹۷) یک دلیل آن را وجود گرایش بیشتر در راد دارای دو تشخیص برای جسـ جوی کمک می دا د. دلاور، محمدی و محمدخانی ۳۷۹) نشان داد اند که نمره کل کیفیت زندگی والدین دانش آمو ان آزار دیده به طور معناداری پایین تر از نمره کلی کیفیت زندگی والدین دانش آمو انی اسـ که مورد آزار قرار نگرفته بودند. تح ت دیگر نشان داد اند که وجود یک فرزند دارای اختلال روانی یا معلولیت جدی می تواند کنش وری خانواده را از نظ یافتگی نخستین آن خارج د و با استرسها و مشکلات گوناگون ر رو سازد (مثلاً: پهلوانی و سجادی ۳۸۱؛ ب پژوه و رمضانی ۳۸۳ ؛ خسروی ۳۸۱ ؛ بکمن، ۱۹۸۳ مک لفلین و همکاران ۹۷۷ ؛ برن و کانینگهام ۱۹۸۵؛ حدادیان ۱۹۹۴؛ مالو و بکتل، ۹۹۹ ؛ گرنت، هاگینز،کونور و استریسگوت، ۰۰۵). فیرات، سومر دیرل و همکاران ۰۰۲) . ر ا ن اورند ه و دین ود ان در ود اند، بیش از والدین ک توار ذهنی دچار مشکلات تندرستی ی شوند و تأثیر مشکل کودک بیمار بر والدین تا حدی است که تح ق بر ی این کودکان نمی تواند جدا از تح ق بر ی والدین آنها باشد. پژوهشهای دیگر، شواهدی حاکی از وجود راب ی مستقیم بین میزان معلولیت،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

جنس کودک و رتبهٔ تولد با میزان استرس ادراک شده از سوی والدین است (عباسی، ۳۷۵). با این حال، پژوهشهای دیگر در ایران با این یافته متناقض هستند و سایرین تفاوتی بین دو جنس و رتبهٔ تولد نیافته اند (فروغان و رضایی ۳۸۴ ؛ به پژوه و رمضانی، ۳۸۳). اما برخی پژوهشها حاکی از وجود تفاوت میان درجهٔ سازش یافتگی والدین به ویژه مادران دختران و پسران کم توان ذهنی و ناتوان هستند (پهلوانی و سجادی ۱۳۸۱).

خمیس ۰۰۶) معتقد است والدین بلندپرواز و جدی طلب کودکان کم توان ذهنی بیش از سایرین دچار مشکلات روان شناختی می شوند. او در پژوهش خود بر روی والدین اماراتی این کودکان و نیز کاترین ۹۹۹) در تحقیق خود در استرالیا، بر نقش عوامل اقتصادی در بهبود کیفیت زندگی این خانواده ها، تأکید کرده اند. با این حال، پژوهشهای دیگر نشان داده اند که شیوهٔ مقابلهٔ والدین با استرس ناشی از تولد کودک کم توان ذهنی نیز نقش مهمی دارد که قابل چشم پوشی نیست. کینگ، کینگ و روزنباوم ۱۹۹۶) معتقدند جستجوی شبکهٔ حمایتی اجتماعی می تواند به خوبی به والدین کمک کند تا با این استرس کنار بیایند و سازش یابند (مانند ناچشن، گارسین و ماینز ۲۰۰۵).

فرضیه‌ها بر پایهٔ تحقیقاتی که مرور شد، می توان شواهدی یافت که حاکی از نقش وجود یک کودک مبتلا به تأخیر ذهنی در سلامت اعضای خانواده و به ویژه مادران آنها باشد. به نظر می رسد سلامت مادر و کودک به گونه ای تفکیک ناپذیر درهم آمیخته اند از یک سو، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی کودکان کم توان ذهنی به ندرت مورد بررسی قرار گرفته و از دیگرسو، در تحقیقات گوناگون سلامت مادران کودکان کم توان ذهنی با سلامت مادران کودکان عادی، درخو مانده یا سایر کودکان مقایسه شده است. با این حال، به ندرت می توان تحقیقی را یافت که به بررسی رابطهٔ بهزیستی روانی کودکان کم توان ذهنی با این شاخص در مادرانشان بپردازد؛ به ویژه اینکه در کمتر پژوهشی تفاوتهای پار فرهنگی مورد بررسی قرار گرفته است. به این ترتیب، چهار فرضیه برای آزمون در این پژوهش صورت بندی شد:

- بهزیستی شخصی پسران کم توان ذهنی بیش از دختران کم توان ذهنی است.
- بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان، بیش از کودکان این گروه در شمال تهران است.
- بهزیستی شخصی مادران کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان، بیش از شمال

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

تهران است.

- با افزایش بهزیستی شخصی در مادران ، این شاخص در کودکان ک توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

ز آنجا که هدف در این پژوهش سنجش رابطهٔ بهزیستی شخصی کودکان ک توار ذهنی و مادران آنهاست و همچنین می خواهیم با تحلیل روابط میان متغیرها پاسخ سؤالات خود را پیدا کنیم، از طرح پژوهشی مبتنی بر برآورد همبستگی » استفاد می کنیم.

در این تحقیق جامعه مورد پژوهش کود ان ک توان ذهنی در شهر همدان و شمال شهر تهران هستند و نمونه مورد پژوهش از میان آنها انتخاب شده است. از آنجا که عوامل اقتصادی و فرهنگی از همبست های بهزیستی روانی در تحقیقات گوناگون هستند، فقط از مراکزی که در شمال شهر تهران هستند (مناطق ۱ تا ۵ شهرداری تهر ن) نمون گیری تصادفی به عمل آمد و از هر منطقه ۲ مرکز انتخاب شد و سپس از هر مرکز بر اساس روش نمون گیری تصادفی نظا دار تا به دست آمدن نمونهٔ پژوهش، از بین کودکان ک توان ذهنی آموزش پذیر (خفیف) گامهای نخستین مقیاس اجرا شد (این مقیاس گامهای نخستینی دارد تا ژوهشگر مطمئن شود که آزمودنی تدرج و احساسات را به خوبی درک می کند و می تواند نشان دهد). نمونه در شهر همدان از همهٔ افرادی که در این مراکز حضور داشتند (سرشماری)، تشکیل شده و تعداد کل کودکان ک توان ذهنی در این مراکز شامل ۲۲۰ نفر بودند ک ، ۴۳ درصد نمونه ر تشکیل دادند و ۳۸۸ نفردر در شمال شهر تهران ک ، ۵۶ درصد از نمونه را تشکیل می داد. تعداد کل جامعهٔ آماری در شهر تهران ۶۰۴ دانش آموز ک توان ذهنی و تعداد کل جامعهٔ مورد تحقیق ۱۵۶ نفر در شهر همدان که شامل ۷۸ پسر و ۷۸ دختر بود که همگی برای تحقیق انتخاب شدند. کو کانی که بر پایهٔ دستورالعمل آزمون، نمی توانستند در آزمون شرکت کنند، همراه با مادران آنها از پژوهش حذف شدند. در شمال شهر تهران نمونهٔ پژوهشی شامل ۲۰۰ نفر ۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر) است و در مجموع تعداد نمون ها

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

شامل ۳۵۶ دانش آموز کم توان ذهنی است که سن آنها بین ۹ تا ۲۲ سال و میانگین سنی آنها ۱۴/۵ است.

برای سنجش فرضیه های پژوهش، آزمون t برای مقایسهٔ بهزیستی شخصی در گروههای مختلف جنسی و شهری و از ضریب همبستگی پیرسون به صورت آمار ای برای برآورد رابطهٔ بهزیستی روانی مادران و کودکان استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داد ها از ویراست ۱۴ نرم افزار SPSS استفاده شده است.

ابزار

۱- *نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس بزرگسالان:* ابزاری برای برآورد بهزیستی روانی در بزرگسالان است. این پرسشنامه شامل دو بخش است: بخش اول می پرسد که روی هم رفته چقدر از زندگیتان راضی هستید و بخش دوم شامل ۷ ماده از شاخص بهزیستی فردی و در برگیرندهٔ حوزه های خاص رضایت فرد در زندگی است (کامینر، ۲۰۰۵). بخش دوم در بر گیرندهٔ هفت مادهٔ سنجش رضایتمندی است که هر یک در رابطه با یک قلمرو در حوزهٔ بهزیستی روانی طراحی شده است که عبارت اند از: استاندارد زندگی، بهداشت، دست یابی به زندگی مناسب، ایمنی، روابط اجتماعی و امنیت در آینده. بهزیستی روانی بخش روان شناختی کیفیت زندگی است. این هفت حوزه از لحاظ نظری با هم ارتباط دارند، به گونه ای که هر یک ممکن است بخشی از پراکنش تک مادهٔ بخش اول را تبیین کنند.

روایی و پایایی نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس بزرگسالان ۱۲ پژوهش درایز باره روی جمعیت استرالیایی و تحقیقات دیگری نیز روی مردم سایر کشورهای جهان انجام شده است که در زمینهٔ برآورد پایایی، آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ و ۰/۸۵ در استرالیا و نقاط دیگر جهان به دست آمده است. روابط حوزه ها اغلب در حدود ۰/۲۰ و ۰/۵۰ و مجموع روابط مواد مقیاس حداقل ۰/۱۰ گزارش شده است (کامینز ۲۰۰۵).

پایایی نشانگر بهزیستی شخصی در ایران یک بار در سال ۱۳۸۴ به وسیلهٔ آقای یوسفی بر روی همسران ایثارگر محاسبه شده و پایایی این مقیاس، از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۴۵ بوده است (آقایوسفی، ۱۳۸۵). شریف (۱۳۸۵) نیز پایایی آن را در بارهٔ مادران کودکان کم توان ذهنی، در دو شهر تهران و همدان ۰/۶۶ محاسبه کرده است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

روایی آن نیز در هر دو تحقیق به روش تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (به توصیهٔ سازندهٔ مقیاس) محاسبه شد و در پژوهش آقایوسفی ۳۸۵) همبستگی منفی ۲ر ۰ با مقیاس افکار خودکار به دست داد. در پژوهش حاضر نیز نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به روایی نشان داد که ۷ مادهٔ مقیاس مجذور R معادل ۲۱ر ۰ نشان داده‌اند.

- *نشانگر بهزیستی شخصی مقیاس نارساییهای شناختی:* مقیاسی برای سنجش بهزیستی شخصی افراد دارای نارساییهای شناختی، اعم از کودکان و بزرگسالان است. این مقیاس به سنجش احساس فاعلی خوشبختی در مورد سطح زندگی و همهٔ آنچه با آن مطرح می شود می پردازد و از ۵ گام تشکیل شده است ۳ گام نخست برای برآورد توانایی آزمودنی برای کمینه های شناختی لازم در جهت فهم تدرج (مقیاس لیکرت ابزار) و درک تفاوت میان هیجانات مورد پرسش در مقیاس، طراحی شده است. اگر آزمودنی در ۳ گام اول موفق شود به گا های ۴ و ۵ می رود که ساخت آن همانند نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس بزرگسالان از دو بخش تشکیل شده است، اما اگر در هر یک از گامهای ۱ تا ۳ موفق نشود از آزمون حذف می شود(کامینز و لاو ۲۰۰۴).

روایی و پایایی نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس نارساییهای شناختی: پایایی این مقیاس را شریف ۳۸۵) بر روی کودکان کم توان ذهنی شمال شهر تهران و شهر همدان انجام داده است. پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شده و برابر با ۸۹ر ۰ بوده است(شریف ۳۸۵). نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای برآورد روایی ملاک آن نیز از سوی همین مؤلف ۸۱ر ۰ گزارش شد است.

یافته‌ها

الف: تحلیل توصیفی :

در این بخش مطابق با جدول ذیل توصیف و طبقه بندی داده های به دست آمده از پژوهش ارائه می شود.

در مقایسهٔ میانگین نمره های کودکان در مقیاس بهزیستی شخصی در دو شهر (شمال تهران و همدان)، که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین نمره های بهزیستی شخصی در شهر همدان ظاهراً بیشتر از شمال تهران است. میانگین

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

بهزیستی شخصی در میان کودکان در شهر همدان ۶۷۴، ۷۴ و درشمال تهران ۱۰۷۸، ۶۹ است.

جدول ۱ - شاخصهای آماری مربوط به نمره‌های کودکان در بهزیستی شخصی دردو شهر همدان و شمال تهران

شهر		تعداد	میانگین	انحرف معیار
نمره کودکان	همدان	۱۵۶	۷۴،۶۷۴	۲۱،۲۷۷۳
	تهران	۲۰۰	۶۹،۱۰۷۱	۲۰،۱۰۲۰۸

جدول ۲- شاخصهای آماری مربوط به نمره‌های کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر

جنس		تعداد	میانگین	انحرف معیار
نمره کودکان	دختر	۱۵۶	۷۳،۴۳۳	۱۸،۸۶۴
	پسر	۲۰۰	۶۹،۱۹۳۴	۲۱،۷۱۵۸

بر اساس داد های ارائه شده در جدول ۲، در مقایسهٔ ظاهری میانگین نمره های کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر، میانگین نمره های کودکان دختران بیشتر از پسران است. میانگین نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در میان دختران ۷۳،۴۳۳ است و در میان پسران ۶۹،۱۹۳۴ است.

جدول ۳- شاخصهای آماری مربوط به نمره‌های مادران در بهزیستی شخصی در دو شهر تهران و همدان

شهر		تعداد	میانگین	انحرف معیار
نمره مادران	همدان	۱۵۶	۶۶،۷۱۴	۱۹،۶۰۴۳
	تهران	۲۰۰	۶۷،۵۰۰	۲۳،۴۳۸۷

در مقایسه نمره های مادران در مقیاس بهزیستی شخصی در شمال تهران و همدان، میانگین نمره های مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران بیشتر از شهر همدان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

است. میانگین نمره ی مادران در بهزیستی شخصی در شمال تهران ۶۷٫۵۰۰ است و در شهر همدان ۶۶٫۷۱۴ است (جدول ۳).

ب :تحلیل استنباطی

در این پژوهش رابطهٔ بهزیستی شخصی کودکان و مادران آنها و نیز مقایسهٔ آن در افراد کم توان ذهنی دو جنس دختر و پسر و در دو شهر همدان وشمال تهران را در قالب ۴ فرضیه مورد بررسی قرار می دهیم.

فرضیه اول: بهزیستی شخصی پسران کم توان ذهنی بیش از دختران کم توان ذهنی است.

جدول ۴- نتایج آزمون t مقایسهٔ میانگین نمرات بهزیستی روانی دختران و پسران کم‌توان ذهنی

	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه
مقایسهٔ نمرات کودکان در بهزیستی شخصی در دو جنس دختر و پسر	۱٫۱۷۵	۳۵۲٫۷۷	۰٫۰۹

بر اساس داده های جدول ۴، فرضیهٔ نخست تأیید نمی شود. t محاسبه شده برای دو گروه برابر است با ۱٫۱۷۵ و در سطح ۰٫۰۵ کوچک تر از t جدول است و خطای نوع اول برابر است با ۰٫۰۹ و بزرگتر از ۰٫۰۵ به صورت بیشینهٔ خطای قابل قبول است و از این رو، تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نمی شود؛ به عبارت دیگر میان بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده نمی شود.

فرضیه دوم : بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان بیش از کودکان این گروه در شمال تهران است.

چنان که جدول ۵ نشان می دهد، فرضیهٔ دوم رد نمی شود و t محاسبه شده برای دو گروه مستقل برابر است با ۲٫۳۰۲ و احتمال خطای ۰٫۰۲ که کوچک تر از بیشینهٔ خطای قابل قبول (سطح ۰٫۰۵) است. با مراجعه به جدول ۶، می توان دریافت که کودکان کم توان ذهنی شهر همدان بهزیستی روانی بالاتری، نسبت به همتایان خود در شمال شهر تهران نشان داده اند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

جدول ۵- نتایج آزمون t مقایسهٔ میانگین نمرات بهزیستی روانی آزمودنیهای کم‌توان ذهنی همدان و شمال تهران

	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه
مقایسهٔ نمرات بهزیستی شخصی کودکان در در دو شهر همدان و شمال تهران	۲٫۳۰	۳۵۴	۰٫۲۰

فرضیه سوم : بهزیستی شخصی مادران کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان بیش از شمال تهران است.

جدول ۶- نتایج آزمون t مقایسهٔ میانگین نمرات بهزیستی روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران

	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه
مقایسهٔ نمرات مادران در بهزیستی شخصی در دو شهر همدان و تهران	-۰٫۹۸	۳۵۴	۰٫۵

جدول ۶ نشان می دهد که سومین فرضیهٔ پژوهش تأیید می شود. t محاسبه شده برای این دو گروه برابر است با ۰٫۹۸- و خطای نوع اول آن (۰٫۵) بسیار بیشتر از بیشینهٔ خطای قابل قبول است؛ به این ترتیب، بهزیستی روانی در مادران کودکان کم توان ذهنی در همدان و شمال شهر تهران تفاوتی با یکدیگر ندارند.

فرضیه چهارم : با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان کم توان ذهنی آنها نیز افزایش خواهد یافت.

چنان که جدول ۷ نشان می دهد، فرضیهٔ چهارم پژوهش تأیید می شود. خطای محاسبه شده ۰٫۴۴ و کوچکتر از بیشینهٔ خطای قابل قبول (۰٫۰۵) است. این میزان همبستگی (۰٫۰۷) اگر چه کم اما معنادار است؛ بنابراین، به نظر می رسد با افزایش بهزیستی شخصی در مادران، این شاخص در کودکان کم توان ذهنی آنها نیز افزایش می یابد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

جدول ۷- نتایج محاسبهٔ همبستگی میان نمرات بهزیستی روانی کودکان کم‌توان ذهنی با مادرانشان به روش پیرسون

	بهزیستی روانی کودکان	
بهزیستی روانی مادران	همبستگی پیرسون	۰/۰۷
	معناداری دو دامنه	۰/۴۴
	تعداد	۳۵۶

بحث و نتیجه‌گیری

چنان که نتایج نشان دادند، بین میزان بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در دو جنس دختر و پسر تفاوتی مشاهده نمی شود. اما بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان بیش از همتایان آنها در شمال شهر است. در حالی که میان بهزیستی شخصی مادران آنها در دو شهر همدان و شمال تهران، تفاوتی مشاهده نمی شود. در نهایت، بین بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی و مادران آنها رابطه ای مستقیم و ضعیف اما معنادار وجود دارد.

فرضیه اول: بهزیستی شخصی پسران کم توان ذهنی، بیش از دختران کم توان ذهنی است. در تجزیه و تحلیل داده ها بین بهزیستی شخصی کودکان کم توان ذهنی در میان دو جنس دختر و پسر (میانگین نمره ها دردختران ۷۳/۴۳۳ ، میانگین نمره های پسران ۶۹/۹۳۴ و انحراف معیار نمره ها در دختران ۱۸/۸۶۴ ، انحراف معیار نمره های پسران ۲۱/۸۱۵۸) تفاوتی وجود ندارد.

در پژوهشهایی که آمار (۹۸۸) ، مک هال و گمبل (۱۹۸۹) ، لوباتو و همکاران (۹۸۷) سالت (۲۰۰۲) و نیز مک لفلین و همکاران (۹۷۷) انجام داده اند ، نیز تفاوت معناداری بین این دو گروه مشاهده نشده است. حسینی شهیدی (۱۳۷۹) نیز تفاوتی بین مشکلات روان شناختی در دو جنس کودکان کم توان ذهنی این مدارس نیافته است. یک دلیل می تواند این باشد که دو جنس در شرایط محیطی یکسانی بود اند و از لحاظ اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی و محیط آموزشی ، تقریباً در شرایط مشابهی بودند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دلیل دیگر می تواند دشواری سنجش بهزیستی روانی ر ی کودکان که توان ذهنی باشد. لویتاس و سیلکا ۰۰۱) و نیز لویتاس، هارلی و پاری ۰۰۱) به حق ، این دشواری را مورد تأکید قرار داد اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش ، با وسواس بسیار و طی ۳ گام پیش از آزمون اصلی می کوشد از فهم مواد آزمون به و لهٔ آزمودنی مطم ن شود.

فرضیه دوم : بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در شهر همدان بیش ازکودکان این گروه در شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داد ها بین میزان بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران (میانگین نمر ه در همدان ۶۷۴ ۷۴ ، در تهران ۰۷۱ ۶۹ و انحراف معیار نمر ها در همدان ۲۷۷۳ ۲۱ ، در تهران ۰۲۰۸ ۲۰) تفاوت وجود دارد.

اگرچه در تعدادی از پژوهش ی که گاس و گاملی ۹۸۷) انجام داد اند ، تفاوتی میان بهزیستی روانی کودکان شهرهای کوچک و بزرگ به دست نیامده است ، اما تحقیقات بسیاری چون پارک و ت نبول و ترنبول ۰۰۲) روابط میان فقر و بهزیستی روانی را نشان داد اند، در این پژوهش نیز بهزیستی شخصی کودکان که توان ذهنی در شهر همدان بیشتر ازکودکان این گروه در شمال تهران است . این تفاوت می تواند دلایل گوناگونی داشت باشد: نخست اینکه، خانواد های این کودکان در شهر همدان امکانات اقتصادی گسترد ای ند رند و نمی توانند برای کودکان خود پرستار انتخاب کنند و به ناچار والدین ، خود از کودکان که توان ذهنی خود نگ داری ی کنند و ارتباط نزدیک و صم می بین کودک با خانواد اش ایجاد می شود. نتایج پژوهش ی همینگ، لاوندر و پیل ۹۸۱) نیز از همین یافته حمایت می کنند. در پژوهش آنها انتقال این کودکان و نوجوانان به مراکز کوچک تر ت ۹ ماه بعد ، توانست بهبود آنها را نسبت به گروه کنترل نشان دهد. مالونی و تاپلین ۱۹۸۸)، لگاولت ۹۹۲) و میدور، آزبورن، اون و همکاران ۹۹۱) نیز یافت ه ی مشابهی را ارائه کرد اند؛ دوم، والدین همدانی به دلیل زندگی سنتی، در مقابله با استرس ناشی از تولد یک کودک که توان ذهنی در خانواده به جای دورن جویی » و فاصله گرفتن از آن، احساس گناه بیشتری کرد اند و خود را در برابر تولد و نیز نگ داری او بیشتر مس ئ ل می دانند. والندر و همکاران ۹۸۹) نیز چنین می اندیشند و به وضوح به نقش راههای مقابله ای مادران در برابر تولد کودک که توان ذهنی می پردازند. کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد ۹۹۱) نیز نشان داد اند که

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

والدین کودکان کم توان ذهنی، افسرده تر از سایر والدین هستند. کینگ، روزنباوم و کینگ (۱۹۹۵) بر نقش ادراک مادر از ناتوانی کودک تأکید کرده اند. کودکانی که در گروه کم توان ذهنی خفیف هستند، این پرستاری و صمیمیت را می توانند درک کنند، اما دربارهٔ خانواده های نسبتاً توانمند (اقتصادی) شمال شهر تهران، این کودکان خیلی زود ممکن است دریابند که خانواده های آنها از وجود آنها زیاد راضی و خشنود نیستند که می تواند منجر به کاهش بهزیستی روانی در آنها شود. کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین (۱۹۹۹) از این نتیجه حمایت می کنند که درگیر شدن خانواده با نگه داری و آموزش کودکان کم توان ذهنی به سلامت بیشتر و بهزیستی روانی این کودکان و مادرانشان منجر می شود. استرادا، آرسنیو، هس و هالووی (۱۹۸۷) نیز به نتایج مشابهی در خصوص نقش مثبت روابط صمیمانهٔ مادر کودک در بهبود سلامت و کنش وری شناختی کودکان دست یافته اند. به این ترتیب می توان برآورد کرد که کاستیهای اقتصادی خانواده های کودکان کم توان ذهنی همدان، با حمایت بیشتر پوشش داده می شود.

فرضیه سوم: بهزیستی شخصی مادران کودکان کم توان ذهنی در شهر همدان بیش از شمال تهران است. در تجزیه و تحلیل داده ها، بین بهزیستی شخصی مادران کودکان کودکان کم توان ذهنی در دو شهر همدان و شمال تهران (میانگین نمره های مادران در همدان ۱۷۴/۶۶، در تهران ۵۰۰/۶۷ و انحراف معیار نمره های مادران در همدان ۶۰۴۳/۱۹، در تهران ۴۳۸۷/۲۳) تفاوتی وجود ندارد.

چنان که در تعدادی از تحقیقاتی که کانینگهام (۱۹۹۶)، سیمونز و همکاران (۲۰۰۲) و کاترین (۱۹۹۹)، انجام داده اند، بین خشنودی مادران کودکان کم توان ذهنی دو گروه محروم و توانمند رابطهٔ مستقیم وجود دارد، اما در این پژوهش تفاوت معناداری بین بهزیستی روانی مادران دو شهر همدان و شمال تهران مشاهده نشد. شاید این فقدان تفاوت به شرایط و ابزارهای متفاوت سنجش برمی گردد. علت احتمالی دیگر می تواند حفظ «تعادل حیاتی» مادران دو گروه باشد که به دلیل وجود مدارس آموزشی برای این کودکان به آنها کمک کرده اند تا حدودی بر استرس ناشی از تولد کودک کم توان ذهنی چیره شوند و تعادل حیاتی خود را حفظ کنند. دیسان (۱۹۹۷)، ون ریپر (۲۰۰۰)، کامینز (۲۰۰۵) و دیوی (۲۰۰۴) از این مدل پیروی می کنند. پژوهشهای

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دیگری نشان داد اند که والدین کودکان که توان به احتمال بیشتری افسردگی و آزردگی را تجربه می کنند ولی بهزیستی روانی در تحقیقات آنها بسیار متفاوت است (کادمن، روزنباوم، بویل و آفورد ۹۹۱ ؛ کرونبرگر و تامپسون ۱۹۹۲).

فرضیه چهارم : با افزایش بهزیستی شخصی در مادران این شاخص در کودکان که توان ذهنی آنها افزایش خواهد یافت. در تجزیه و تحلیل داد ها بین میزان بهزیستی شخصی مادران و کودکان که توان ذهنی رابطه وجود دارد. میزان همبستگی ۰/۰۷ است که همبستگی زیاد بالایی نیست ، اما معنادار است.

روابط میان کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلالات روانی با بهداشت جسمانی، روانی و کیفیت زندگی خانوادهٔ آنها از سوی مؤلفین مختلف تأیید شد است (مثلاً گاتموندسون و توماسون ۲۰۰۲؛ هانفلد و همکاران ۲۰۰۱؛ لامبرنوز، ویندلبرگ و همکاران ۱۹۹۶). کینگ، کینگ، روزنباوم و گافین ۹۹۹) از این نتیجه حمایت می کنند که درگیر شدن خانواده با نگه داری و آموزش کودکان که توان ذهنی به سلامت بیشتر و بهزیستی روانی این کودکان و مادرانشان منجر می شود. یافته های آنان نیز با نتایج این تحقیق همسو است. در تحقیقات ساویر، سپوریر و همکاران ۲۰۰۱) نیز این رابطه نشان داده شد است نقش والدین در این زمینه می تواند مهم باشد. همچنین هر چه اعضای خانواده این واقعیت را در مورد کودک خود پذیرند و با آن کنار بیایند و هر چه خانواده ها این اتفاق را بپذیرند و با آن بیشتر سازگار شوند موجب می شود که با کودکان خود ارتباط نزدیک تری برقرار کنند و احساس بهزیستی شخصی و رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند و همین احساس به کودک آنها هم منتقل می شود و هر چه خانواده ها این واقعیت را نپذیرند و خود را با آن مشکل سازگار نکنند، می توانند با کودک خود ارتباط نزدیک برقرار کنند و احساس رضایت و بهزیستی شخصی کمتری از زندگی دارند و این احساس را به کودک خود منتقل می کنند و کودک آنها هم احساس رضایت و بهزیستی شخصی کمتری از زندگی خواهد داشت، اما در پژوهشهای قبلی موارد ذکر شده دیده نشده است و خانواده ها با این واقعیت کنار نیامد اند و به طور معناداری نمرهٔ افسردگی ، اضطراب شدید و پرخاشگری بالایی دارند و همچنین درک پایینی از شایستگی فرزندپروری نسبت به خود دارند. آرمسترانگ و همکاران ۲۰۰۵) به تفصیل در این باره پرداخته اند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

یادداشتها

1) Quality of life
2) Pamela
3) Marcia Testa
4) Simonson

منابع

آقا یوسفی ، علیرضا ۱۳۸۵) *مقایسهٔ فشار روانی و پیامدهای آن در خانواد ه ی شاهد و ایثـارگر اسـتان قم*. طرح پژوهشی. کارفرما: بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم.

افروز ، غلامعلی ۱۳۸۳) *مقدمه‌ای بر روان شن سی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی* ، چاپ بیست و دوم. انتشارات دانشگاه تهران: ص ۳ ۴۳ .

افروز ، غلامعلی ۱۳۸۴). *کودکان و نوجوانان آهسته گام در نگاه والدین و معلمان* ، چـاپ اول . انتشـارات دانشگاه تهران ، ص ۷ - ۷۹ .

ب پژوه، احمد و رمضانی، فریده ۱۳۸۳) *بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان ک توان ذهنی و عادی* . مقالهٔ ارایه شده در نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خـانواده در ایـران. پژوهشـک ۀ خـانوا ۀ دانشگاه شهید بهشتی .

بیابانگرد ، اسماعیل ۱۳۸۴) *روش تحقیق در روان شن سی و علوم تربیتی* . انتشارات دوران ، ص ۱۱۳

پهلوانی، هاجر و سجادی، علیرضا ۱۳۸۱). *بررسی میـزان مشـکلات و اسـترس ناشـی از داشـتن فرزنـد ناشنوا*. دومین کنگره روان شن سی بالینی ایران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

جمالیان ، رضا ۱۳۷۴). *اپیدمیولوژی و اصول پیشگیری از بیماریهای واگیر شایع در ایران* ، چاپ سـوم. تهران: انتشارات اطلاعات ، ص ۷ .

حسینی شهیدی، هدایت ۱۳۷۹). *بررسی تاثیر خدمات پرستاری درمنزل بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ک توان ذهنی ت هری وروستائی تربت حیدریه در سال ۸۰ ـ ۱۳۷۹*. پایـان نامـهٔ کارشناسـی ارشد، استاد راهنما: فلاحی خشکناب، مسعود. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

خوشابی، کتایون ۱۳۸۴). *مکانیسمهای سازگاری در والـدین کودکـان اتیسـتیک*. مقالـهٔ ارایـه شـده در پنجمین همایش کودکان ک توان ذهنی. کتابخانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

خوشابی، کتایون ۱۳۷۸) *اختلالات رفتاری - روانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی*. مقالهٔ ارایه شده در همایش بین المللی کودکان با ناتوانی هوشی . کتابخانه دانشـگاه علـوم بهزیسـتی و توانبخشی .

خسروی، غفارملک ۱۳۸۱). *کارکرد خانواده بر کودکـان مبـتلا بـه اخـتلال بـیش فعـالی/کمبود توجـه*. پایان نامهٔ کارشناسی ارشد. استاد راهنما: خوشابی، کتایون. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی .

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

دلاور ، علی ۱۳۸۰) *روش تحقیق شناسی در روان شن سی و علوم تربیتی*. انتشارات دانشگاه تهران .
لاور، علی؛ محمدی، محمدرضا و محمدخانی، پروانه ۳۷۹). *کیفیت زندگی والدین کودکان آزار دید*. فصلنامه می و پژوهشی مددکاری اجتماع . ش . ص ۳۰.
سخایی، علیرضا ۱۳۶۵) *نگرشی بر مسائل تندرستی کشور*، انتشارات دانشگاه آزاد اس می ایران، ص ۶ .
شریف ، نسیم ۱۳۸۵). *برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس نارساییهای شناختی و نشانگر بهزیستی شخصی – مقیاس بزرگسالان در کودکان ک توان ذهنی و مادران آنها* ، پایان نامۀ کارشناسی ارشد رشتۀ روان شن سی عم می دانشگاه پیام نور.
عباسی، پروین ۱۳۷۵) *بررسی میزان استرس و شیو ه ی مقابله مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مراجعه کننده به مرکز توان بخشی سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه*. سازمان بهزیستی استان کرمانشا.
فروغان، مهشید و رضایی، رامین ۱۳۸۴). *تعیین عوامل موثر در سپردن افراد ک توان ذهنی به مراکز نگهداری شبانه روزی توسط خانواد ها در شهر تهران ۱۳۸۲*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
میربلوک بزرگی ، ه اس ۱۳۷۳). *بررسی و مقایسه ویژگیهای رفتار سازشی پسران ک توان ذهنی موزش پذیر و عادی ۹ تا ۱۲ ساله در موزشگاههای ابتدائی شهرستان رودسر*. پایان نامۀ کارشناسی ارشد. استاد راهنما: هادی بهرامی. دانشگاه علامه طباطبایی .
میرزایی ، سعید ۱۳۸۰) جمعیت و *کیفیت زندگی* ، فصلنامۀ جمعیت ، شمار ۲۱ و ۲۲ ، ص ۱ .

Armstrong, M. I., Birnie-Leftcovitch, S. & Ungar, M. T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: WhatWe Know**.** *Journal of Child and Family Studies, 14,* 269–281.

Beckman, P. B. (1983). Characteristics of handicapped infants: A study of the relationship between child characteristics and stress as reported by mothers. *American Journal of Mental Deficiency,* 88, 150-156.

Borthwick-Duff, S. A., Eyman, R. K. (1990). Who are the dually diagnosed? *Am J Ment Retard*.94, 586-595.

Byrne, E. and Cunningham, C. (1985). The effects of mentally handicapped children on families. A conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 26, 847-864.

Cadman, D., Rosenbaum, P., Boyle, M. & Offord, D. (1991). Children with chronic illness: Reliability and validity of General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Processes. 27,* 97-104.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Carr, J. (1988). Six Weeks to twenty-one Years Old: A Longitudinal Study of Children With Down's Syndrome and Their Families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 29, 407-431.

Clayton D, (1994). *Correlate of Quality Of Life in Pations with ms Rehabilition Nursing,* 19, 634 – 637.

Cummins, R .A.(2003). Normative Life Satisfaction : *Measurment Issue and Ahomestatic Model Social Indicator Research* , 64 , 225 – 256.

Cummins, R.A , Lau AL (2004). Personal Well – being Index – intellectual Disability , Cummins , 2 th ed, School Of Psychology , Deakin University , and Lau Departmant Of Rehabiliation Science , The Hong Kong Poly Tecnic University.

Cummins, R.A (2005a). Personal Well – being Index – Adult (PWI – A) , The Internatinal Well being . Deakin University .

Cummins, R.A (2005b). The Well – being Of Australins Personal Relation. School Of Psychology , Deakin Uiversity.

Cunningham, C. (1996). Families of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, *4*, 87-95.

Cynthia R.K , Pamela SH (1998). Quality Of Life From Nursing and Patient Personality : Theory , Research , Practice. Canada : Tenesand Bartlett .

Davey , Belinda (2004). Failure Of Homestatic Subjective Well – Being as a model For Depression : An Emprical Study. School Of Psychology , Deakin University.

Dyson, L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, *102*, 267-279.

Estrada, P., Arsenio, W. F.; Hess, R. D.; Holloway, S. D. (1987). Affective Quality of the Mother-Child Relationship: Longitudinal Consequences for Children's School-Relevant Cognitive Functioning. *Developmental Psychology*. 23. 2, 210-215.

Firat, S., Somer D., Rasim; A., A & S., G. (2002). Comparison of Psychopathology in the Mothers of Autistic and Mentally Retarded Children. *Journal of Corean Medical Science*, 7, 679-685.

Gath, A.,&Gumley, D. (1987). Retarded children and their siblings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *28*, 715-730.

Gotay G. et, al. (1992). Quality Of Life Assessment In Cancer Treatment Protocols , Research Issue In protocol Development , J nation Cancins , 86 , 575.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Grant,Therese, Huggins,Janet, Connor,Paul & Streissguth, Ann (2005). Quality of Life and Psychosocial Profile Among Young Women With Fetal Alcohol Spectrum Disorders, *Ment Health Aspects of Developmental Disability. 8, 33-39*.

Guethmundsson OO, Tomasson K. (2002). Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nordic Journal of Psychiatry*. 56, 6. 413-7.

Hadadian, A. (1994). Stress and social support on fathers and mothers of young children with and without disabilities. *Early Education and Development,* 5, 226-235.

Hemming, H., Lavender, T. & Pill, R. (1981). Quality of life of mentally retarded adults transferred from large institutions to new small units. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 2, 157-169.

Hunfeld JA,Perquin CW,Duivenvoorden HJ,Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology.* 26,145-53.

Khamis, V. (2006). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Journal of Social Science and Medicine.* 10. 22.

King G , K (2001). The Subjective Quality Of Life People With MS and Their Parthners . Deakin University

King, G., King,S & Rosenbaum, P. (1996). Interpersonal Aspects of Care-Gieving and Client Outcomes: A Review of the Literature. *Ambulatory Child Health. 2.* 151-160.

King, G., King, S., Rosenbaum, P. & Goffin, R. (1999), Family-Centered Caregiving and well-being of Parents of Children With Disabilitues: Linking Process With Outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 1, 41-53.

King, G., Rosenbaum, P. & King, S. (1995), The Measure of Processes of Care (MPOC). Hamylton. Ontaria. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 1, 41-53.

Kronenberger, W. G. & Thompson, R. J. (1992), Psychological adaptation of mothers with spina bifida: Association with dimensions of social relationship. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 1-14.

Lambrenos K, Weindling AM, Calam R, Cox AD. (1996). The effect of a child's disability on mother's mental health. *Arch Disorders of Children.* 74. 2. 115-20.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Legault, J.R. (1992). A study of the relationship of community living situation to independence and satisfaction in the lives of mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 129-141.

Levitas, A., S, Hurley, A. DesNoyers. & Pary, R. (2001). The Mental Status Examination in Patients With Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Ment Health Aspects of Developmental Disability.4. 1. 2-16*.

Levitas,Andrew S, Silka, Van. R. (2001). Mental Health Clinical Assessment of Persons With Mental Retardation and Developmental Disabilities: History. *Ment Health Aspects of Developmental Disability.4,31-42*.

Lobato, D., Barbour, L., Hall, L. J., & Miller, C. T. (1987). Psychosocial characteristics of preschool siblings of handicapped and nonhandicapped children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*, 329-338.

Testa, M. A., and Simonson, D. C. (1996). Assessment Of Quality Of Life Outcomes , 334, 71 – 73.

Mallow, G. E. and Bechtel, G. A. (1999). Chronic sorrow: the experience of parents with children who are developmentally disabled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 37, 31-35.

McHale, S. M., & Gamble,W. C. (1989). Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brother and sisters. *Developmental Psychology*, *25*, 421-429.

McLaughlin J.F, Bennett F.C, Sells C.J. (1977). Immunization status of mentally retarded school age children. *Ment Retard*. 15, 41-42.

Meador, M.A., Osborn, R.G., Owens, M.H., Smith, E.C. & Taylor, T.L. (1991). Evaluation of environmental support in group homes for persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 29, 3, 159-164.

Molony, H. & Taplin, J. (1988). Deinstitutionalization of people with developmental disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 14, 2, 109-122.

Nachshen, J. S.; Garcin, N. & Minnes, P. (2005). Problem Behavior in Children With Intellectual Disabilities: Parenting Stress, Empowerment and School Services. *Ment Health Aspects Dev Disabil. 8, 4. 105-114*.

Park, J., Turnbull, A. & Turnbull III, H., R. (2002). Impacts of Poverty of Life in Families of Children With Disabilities. *Council of Exceptional Children.* 68, 2, 151-170.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

Park, K.& Park, S. (1995). Textbook Of Prevent and Social Medicine , 14 th ed. India

Parper, P (1997). Nursing Perspective on Quality of Life. U.K , Reuthledge Co, 166

Revicki D. A. (1998). Health – Related Quality Of Life In The Evaluation Of Medical Therapy For Chornic Illness J.Fam , Pract , 29 , 377 – 80

Salt , A.(2002) , An Investigation in to community Well – Being inurban and rural population. B.A.Dissertation , School of psychology , Deakin University , p : 6.

Sawyer, M. G.; Spurrier, N.; Kennedy, D. & Martin, J. (2001). The relationship between the quality of life of children with asthma and family functioning. *Journal of Asthma.* 38, 279-84

Simmenovaz , M. I , Kullendorf A , Molanderu & Bengtsson G. (2002).The Prevalens Of Urinary In Continece and Its Influence On The Quality Of Life In Woer From Urban Swedish Population , *Acta Obstat Cynecol Scand ,* 78 – 385

Staniszewska S , (1998). Measurig Quality Of Life In The Evaluation Of Health Care , Nurs Stand , 12, 36 – 39

Testa M. A., Simonson D. C. (1996). Assessment Of Quality Of Life Outcomes, NEng 1 med, 334, 833 – 840

Van, R., Marcia.,(2000), Familly Variables associated with Well – Being in Sibling of children with Down Syndrome , Ph.D. Dissertation , Ohio state University, 267 – 272.

Wood L. G.; Haber J (1990). Nursing Research Methods. Mosboy Company

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.2.8]