مقاله پژوهشی
Original Article

بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی

*حسین تقی‌زاده[1]، راضیه اسدی[2]

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۴، شماره ۸، تابستان ۱۳۹۳، ۷۴-۶۶

Comparative analysis of Quality Of Life in Mothers of Children with Mental Disability and Mothers of Normal Children

Hossein Taghizadeh[1], Razieh Asadi[2]

MEJDS, Vol 4, No. 8, Summer 2014, 66-74

پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۶

Accepted: 28/8/2013

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع علّی- مقایسه‌ای بود. نمونهٔ این پژوهش متشکل از ۵۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و ۵۰ نفر از مادران دارای کودک عادی در شهرستان بابل بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار به‌کار رفته، نسخهٔ ایرانی مقیاس کیفیت زندگی و آزمون هوش ریون (فرم بزرگسال) بود. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان می‌دهند که بین میانگین کیفیت زندگی مادران دارای کودکان عادی و میانگین کیفیت زندگی مادران دارای کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۰۵=p)، به این صورت که از نظر ابعاد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمانی (۰/۰۱۶=p)، سلامت روانشناختی (۰/۰۰۱=p)، روابط اجتماعی (۰/۰۴=p)، محیط زندگی (۰/۰۳۱=p) تفاوت معناداری به دست آمد.

نتیجه‌گیری: لازم است کارشناسان و مسئولان خدمات بهداشتی و درمانی در زمینهٔ کیفیت زندگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی به‌ویژه در حیطهٔ سلامت روانشناختی بیشتر توجه کنند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی، مادران کودکان عادی.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare quality of life in mothers of children with mental disability and mothers of normal children.

Methods & Materials: The study was of causal- comparative design. The samples were randomly selected from Babol City and consisted of 50 mothers of children with mental disability and 50 mothers of normal children**.** Data were collected using the Iranian version of the Quality of Life Scale and Raven Intelligence Test (Adult form). Descriptive statistics and one-way ANOVA were used for data analysis.

Results: There are significant differences between the mean quality of life in mothers of children with mental disability and that in mothers of normal children (p=0.005). Significant differences exist in terms of physical health (p=0.016), psychological health (p=0.001), social relationships (p=0.084) and environment (p=0.031).

Conclusion: Health experts and officials must focus more on the quality of life of mothers of children with mental disability especially on their psychological health.

Keywords: Quality of Life, Mothers of Children with Mental Disability, Mothers of Normal Children

۱. مربی روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران؛ ۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران. ***آدرس نویسندهٔ مسئول:** بابل- ایران، ***تلفن:** ۰۹۱۱۵۸۲۹۰۶۵، ***رایانامه:** Hosseintzk@gmail.com

1. Instructor of Psychology, Islamic Azad University, Babol, Iran; 2. MA in Psychology, Tehran University, Tehran, Iran. ***Corresponding Author's Address:** Babol. Iran , ***Tel:** 09115829065 , ***Email:** Hosseintzk@gmail.com

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

مقدمه

کیفیت زندگی[1] مفهوم وسیعی است که همهٔ ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در پژوهش‌های پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و حتی معنوی است (۱). در حال حاضر اتفاق نظر چندانی در زمینهٔ چیستی مفهوم کیفیت زندگی وجود ندارد. این مفهوم در حوزه‌های متفاوت علمی با برداشت‌های متفاوت در حال حاضر به کار برده می‌شود. در اینجا به تعدادی از این تعاریف اشاره می‌شود: کالمن[2] (۱۹۸۴) گفته است: کیفیت زندگی گستردگی و انبساط امید و آرزو است که از تجارب زندگی ناشی می‌شود. فرانس و پاورس نوشته‌اند: کیفیت زندگی، ادراک فرد از از رفاه است که به نظر می‌رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه‌های اصلی زندگی ناشی می‌شود. زان (۱۹۹۲) نیز کیفیت زندگی را درجهٔ رضایت در تجارب زندگی فرد دانسته و گفته است: کیفیت زندگی، شامل رضایت از زندگی، رضایت در تصور از خود، سلامت و فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی است (۲). تستا و همکاران (۱۹۹۸) نیز اظهار کرده‌اند: کیفیت زندگی الگوهای متغیری دارد که بر اساس تداخلات و تعاملات انسان با جهان، شکل می‌گیرد و به جای آن که یک زندگی تجربه شده باشد، تجسم زندگی تجربه‌شده توسط فرد در طی یک دورهٔ زمانی است. این مفهوم صرفاً احساس و تجربه‌کردن نیست، بلکه دیدگاه و قضاوت فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموعه‌ای از حوادث یا زندگی جاری فرد در کنار کل اجتماع در طی یک دورهٔ زمانی است (۲). سرانجام بنا بر تعریف بهداشت جهانی[3] (۲۰۰۰)، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگیشان استوار است (۳). به لحاظ اهمیت و دامنهٔ فراگیر کیفیت زندگی در حوزهٔ روان‌شناسی مثبت‌گرا[4] عوامل مؤثر بر آن کنکاش بسیار شده است. تاکنون تأثیر عواملی همچون جنسیت، هوش، نیازهای معنوی، سلامتی خود و دیگران، فعالیت‌های اوقات فراغت، کار و زندگی اجتماعی، خانواده، خویشاوندان و شاخص‌های عینی و جمعیت‌شناختی بررسی شده است. در میان عوامل اجتماعی، نقش خانواده و نحوهٔ ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به نظر می‌رسد (۴). تحقیقات بسیار گسترده‌ای در زمینهٔ کیفیت زندگی انجام گرفته است (۵). اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره پنج بُعد دارد: ۱. بُعد سلامت جسمانی[5]: مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود؛ ۲. بُعد سلامت روانشناختی[6]: اضطراب، افسردگی افسردگی و ترس؛ ۳. بُعد روابط اجتماعی[7]: این بُعد دربارهٔ دربارهٔ رابطهٔ فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است؛ ۴. بُعد محیط زندگی[8]: این بُعد اشاره دارد به این که کیفیت پیرامون زندگی بشر برای زیست چگونه است و این که افراد آیا بر محیط زندگی خود و سایرین اثرات خارجی مثبت می‌گذارند یا نه؟ یا اینکه تا چه حد سعی می‌کنند 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 مسافرت‌های شخصی است (۶). تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی و سرخوردگی و احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت (۷). در خانواده‌هایی که سعی در مراقبت از کودکان کم‌توان ذهنی یا ناتوانی‌های دیگر می‌کنند، یکی از موضوعات قابل توجه، کیفیت زندگی والدین و سایر اعضای خانواده است. در بسیاری از موارد، مراقبت از کودک کم‌توانی ذهنی، باعث بهبود کیفیت زندگی او می‌شود، ولی ممکن است کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده و به‌ویژه عضو مراقب را کاهش دهد (۸). کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است. میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی در مقایسه با مادران کودکان

1. quality of life
2. Kalman
3. World Health Organization
4. positivism psychology

5. physical
6. psychological
7. social
8. life environment

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

سالم بیشتر است. میزان آسیب کیفیت زندگی در خانوادهٔ کودکان کم‌توان ذهنی به عوامل محیطی و متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشخصات کودک و والدین و راهبردهای کنار آمدن با مشکل، بستگی دارد (۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی، در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب بیشتر، احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تری دارند (۷). حضور کودک عقب‌ماندهٔ ذهنی در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تأثیر قرار داده و سلامت روانی خانواده به‌خصوص والدین را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. به این صورت که می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند از جمله: ایجاد تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، خجالت و خشم و بسیاری از مسائل دیگر (۱۰). طیف وسیعی از پژوهش‌ها (سینگر[1]، اتریج و آلادنا[2]، ۲۰۰۷؛ مک کنوکی[3]، تروسدال-کندی[4]، چنج[5]، جارا[6]، شوکری[7]، ۲۰۰۸) حاکی از آن است که والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با سایر والدین، استرس و فشار بیشتری را تحمل می‌کنند (۱۱). این استرس ممکن است ناشی از نگرانی دربارهٔ چگونگی کنار آمدن کودک با مشکلات آینده، مشکلات رفتاری و سطح ناتوانی کودک، تغییر در روابط خانوادگی، هزینه‌های اقتصادی سنگین، رؤیاهای بر باد رفته، رفتارهای ترحم‌آمیز دیگران، نگرش منفی جامعه، کمبود اطلاعات، محدودیت دسترسی به خدمات و امکانات و تعارضات مربوط به داشتن فرزندی دیگر باشد (۱۲). مجموعهٔ این عوامل با هم، فشار روانی مضاعفی را بر والدین این کودکان وارد می‌آورد که زندگی شخصی و خانوادگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مراقبت مداوم از کودک کم‌توان ذهنی اغلب برای والدین استرس‌زا است، زیرا این دشواری‌های کودکان به‌طور اجتناب‌ناپذیری بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد (۱۳). تحقیقات نشان داده است که والدین کودکان کم‌توان ذهنی عموماً در خطر مشکلات زندگی خانوادگی و دشواری‌های عاطفی قرار دارند (۱۴). پژوهشی تحت عنوان تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی توسط حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های آن رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد (۱۵). همچنین در پژوهش دیگری با موضوع تدوین برنامهٔ افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف توسط کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی (۱۳۹۰) صورت گرفت که نشان داد برنامهٔ افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین، اثرگذار است (۱۱). رحیمی و خیّر (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان رابطهٔ الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دورهٔ متوسطه انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که در هر چهار بُعد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی، جهت‌گیری گفت‌وشنود[8] خانواده پیش‌بینی‌کنندهٔ مثبت و جهت‌گیری همونایی[9] پیش‌بینی‌کنندهٔ منفی بود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که ارتقای گفت‌وشنود خانواده، پیش‌بینی‌کنندهٔ کیفیت زندگی فرزندان است (۴). کوئرنر و فیتزپاتریک[10] (۱۹۹۷) جهت‌گیری گفت‌وشنود را میزان تحقق شرایطی در خانواده می‌دانند که در آن، همهٔ اعضای خانواده به شرکت آزادانه و راحت در تعامل و بحث دربارهٔ طیف وسیعی از موضوعات تشویق شوند و جهت‌گیری همنوایی را نیز میزان تأکید بر همسانی نگرش‌ها و ارزش‌ها و عقاید اعضای خانواده تعریف می‌کنند (۱۶). اکبری بیاتیانی، پورمحمدرضای تجریشی، گنجعلی‌وند، میرزمانی و صالحی (۱۳۹۰) پژوهشی با موضوع ارتباط شبکهٔ اجتماعی با کیفیت زندگی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که بین شبکهٔ اجتماعی با کیفیت زندگی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش شبکهٔ روابط اجتماعی، کیفیت زندگی والدین ارتقاء می‌یابد (۱۷). همچنین در بررسی دیگری توسط خیاطزاده (۱۳۸۸) تحت عنوان «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم»

1. Singer
2. Ethridge & Aladna
3. Mc Conkey
4. Truesdale-Kennedy
5. Chang
6. Jarrah
7. Shukri

8. conversation
9. conformity
10. Koerner & Fitzpatrick

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

صورت گرفت. نتایج بررسی حاکی از آن بود که بین مادران کودکان سالم و کودکان مبتلا به فلج مغزی و همچنین مادران کودکان سالم و کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، در هر چهار بُعد کیفیت زندگی، اختلاف معناداری وجود دارد. امّا بین مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی و کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در هیچکدام از ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت معناداری مشاهده نشد (۹).

همهٔ افراد جامعه، خواستار شادکامی، سلامت و بهزیستی روانشناختی اعضای خانوادهٔ خود هستند. برای رسیدن به این خواسته باید تا آنجا که ممکن است عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بهداشت روان و کیفیت زندگی را بررسی کرده و شناخت. یکی از این عوامل احتمالی، حضور فرزند ناتوان در خانواده است. کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت روان را به خطر می‌اندازد، در ارتباط است. از طرفی وجود کودک مشکل‌دار باعث ایجاد استرس جسمانی و روحی و روانی بر خانواده و به‌ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی، استرس زیادی را تحمل می‌کنند و اختلال روانی، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می‌کنند (۱۸). لذا با توجه به اینکه وضعیت روانشناختی والدین به‌خصوص مادران، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر رفتار و شخصیت کودکان خویش است، بسیار حائز اهمیت خواهد بود که بدانیم مادران این کودکان به چه میزانی از کیفیت زندگی برخوردار بوده و چه تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند تا از این رهگذر داده‌های دقیق‌تری جهت استفاده از روش‌های مشاوره و توانبخشی و درمان فراهم آورده و زمینه‌های لازم جهت اقدامات خاص و اساسی در ابعاد مشاوره، انجمن اولیاومربیان، کودکان استثنایی، آموزش خانواده و... فراهم شود.

بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در میان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی است. که در پی پاسخ‌گویی به سؤالات زیر است:

۱. آیا میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی از لحاظ سلامت روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد؟

۲. آیا میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی از لحاظ بُعد سلامت جسمانی تفاوت معناداری وجود دارد؟

۳. آیا میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی از لحاظ روابط اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؟

۴. آیا میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی از لحاظ محیط زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش‌بررسی

جامعه و نمونهٔ آماری: جمعیت آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و والدین دارای کودک عادی شهرستان بابل است. حجم نمونهٔ این پژوهش ۱۰۰ مادر است که ۵۰ نفر مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی و ۵۰ نفر مادر دارای کودک عادی هستند. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای بود. به این صورت که ابتدا از میان تمام مدارس مقطع ابتدایی ویژهٔ دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی فهرستی تهیه شده و سپس از بین هر گروه یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. سرانجام از بین پایه‌های مختلف، پایهٔ پنجم ابتدایی به‌عنوان نمونه انتخاب شد که به صورت تصادفی از بین دانش‌آموزان این پایه، ۵۰ نفر برای قرارگرفتن در گروه‌های مربوطه، انتخاب شدند. علاوه بر شرط اشتغال به تحصیل در مدارس کم‌توان ذهنی یا عادی، به منظور کنترل‌کردن متغیر هوش و قراردادن آزمودنی در دو گروه کم‌توان ذهنی و عادی، از آزمون هوش ریون نیز استفاده شده است. به این صورت که آزمودنی‌ها با کسب نمرهٔ زیر ۷۰ در گروه کم‌توان ذهنی و با کسب نمرهٔ ۹۰ تا ۱۱۰ در گروه عادی قرار گرفتند. همچنین گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات و سن و جنس همتاسازی شدند.

ابزار جمع آوری داده‌ها: برای جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از آزمون‌های زیر استفاده شد:

الف- آزمون هوش ریون (فرم بزرگسال): آزمون ریون یکی از آزمون‌های گروهی و نابسته به فرهنگ است که ریون[1] (۱۹۸۵، ۱۹۸۱، ۱۹۴۱) به منظور اندازه گیری هوش طراحی کرده است. آزمون ریون فرم بزرگسالان برای افراد ۹ ساله و بالاتر طراحی شده است. این فرم از چهار خرده‌آزمون تشکیل شده که هر یک، از الگو و منطق جداگانه‌ای پیروی می‌کنند. این فرم دارای ۶۰ عنصر است که به سری‌های ۱۲ تایی، با درجهٔ دشواری فزاینده،

1. Raven

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

تقسیم شده‌اند. این آزمون با تصویرهای سیاه و سفید تدوین شده و زمان اجرای آن ۴۵ دقیقه است (۱۹). قابلیت اعتماد آزمون ریون با روش بازآزمایی در دامنهٔ ۸۰ تا ۹۰ درصد در فواصل زمانی و گروه‌های مختلف گزارش شده است (ریون، کورت[1] و ریون، ۱۹۸۳). همبستگی این آزمون با آزمون‌های وکسلر و استنفورد-بینه، شاخصی از روایی است که در دامنهٔ ۶۰ تا ۸۶ درصد گزارش شده است (۱۹). در پژوهش رحمانی (۱۳۸۶)، با استفاده از روش بازآزمایی، بین نمرات خام حاصل از دو مرحله آزمون‌گیری ضریب همبستگی ۰/۹۱+ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین، به‌منظور تعیین روایی آزمون، شواهد همبستگی روایی ملاکی همزمان استفاده شد. مقدار عددی ضریب همبستگی ۰/۷۳+ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بنابراین با توجه به معنادار بودن ضریب به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که آزمون ماتریس‌های پیشروندهٔ ریون پیشرفته برای سنجش میزان هوش دانش‌آموزان دبیرستانی و به‌دست‌آوردن بهرهٔ هوشی آنان از میزان روایی قابل قبولی برخوردار است (۲۰). سرانجام، این آزمون طی تحقیقی توسط ثنایی و پاشا شریفی دربارهٔ بررسی علل اُفت تحصیلی در دانشگاه تربیت معلم انجام گرفته است و دربارهٔ دانش‌آموزان گروه‌های سنی ۹ تا ۱۸ سالهٔ تهران هنجاریابی شده است (۱۹).

ب- مقیاس کیفیت زندگی[2]: ابزارهای زیادی به‌منظور سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است. ولی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، به‌علت خصوصیات منحصربه‌فرد خود مورد توجه بیشتری واقع هستند (۲۱). ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BREF هستند. پرسشنامهٔ WHOQOL-BREF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات WHOQOL-100 ایجاد شد (۲۲). در این پژوهش به‌علت راحتی کار آزمودنی‌ها، از WHOQOL-BREF استفاده شده است. این ابزار در بیش از پانزده کشور جهان به‌صورت همزمان طراحی و به زبان‌های متفاوت ترجمه شده است؛ لذا مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان هستند (۳). در ایران نیز نجات، منتظری، هلاکوئی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵)، طی پژوهشی این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و هنجاریابی کرده‌اند (۲۱). این پرسشنامه، کیفیت زندگی را در چهار حیطهٔ مرتبط با سلامت بررسی می‌کند. یعنی: الف- حیطهٔ سلامت جسمانی؛ ب- حیطهٔ روانشناختی؛ ج- حیطهٔ روابط اجتماعی؛ د- حیطهٔ محیط زندگی. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷و ۶و ۳ و ۸ سؤال است. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال بوده که سؤال اول کیفیت زندگی را به‌طور کلی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به‌طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. بیست و چهار سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطهٔ ذکرشدهٔ فوق می‌پردازد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطهٔ تفکیک به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانهٔ بدترین و ۲۰ نشانهٔ بهترین وضعیت حیطهٔ مورد نظر است. مقادیر پایایی در پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵)، با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطهٔ سلامت جسمانی ۷۷ درصد، در حیطهٔ روانشناختی ۷۷ درصد، در حیطهٔ روابط اجتماعی ۷۵ درصد و در نهایت در حیطهٔ محیط زندگی برابر با ۸۴ درصد بود. همچنین سازگاری درونی مؤلفه‌های سلامت جسمانی و سلامت روانشناختی و روابط اجتماعی و محیط زندگی با استفاده از آلفای کرونباخ، معادل ضرایبی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول و مناسب پرسشنامهٔ کیفیت زندگی است (۲۱).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش به‌منظور بررسی فرضیه‌های آماری از نرم افزار SPSS18 استفاده شد. به این صورت که ابتدا آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) محاسبه شده و سپس برای آزمون فرضیه و مقایسهٔ میانگین‌های بین گروه‌ها، از روش آماری آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

یافته‌ها

الف- اطلاعات توصیفی: یافته‌های توصیفی مربوط به ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

1. Court
2. WHOQOL-BREF

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی

کیفیت زندگی	مادران کودکان کم‌توان ذهنی		مادران کودکان عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	۹/۱۴	۳/۲	۱۱/۵۲	۲/۹
سلامت روانشناختی	۸/۵۱	۴/۵	۱۲/۳۶	۲/۶
روابط اجتماعی	۱۰/۴۸	۳/۸	۱۱/۸۷	۱/۷
محیط زندگی	۹/۷۵	۱/۲	۱۰/۶۳	۳/۱
کل آزمون	۳۷/۸۸	۱۲/۷	۴۴/۳۸	۱۰/۳

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، در گروه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، بالاترین نمرات در میان ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بُعد روابط اجتماعی (۱۰/۴۸) و پایین‌ترین نمرات در این گروه مربوط به بُعد سلامت روانشناختی (۸/۵۱) است. اما در گروه مادران دارای کودک عادی بالاترین نمرات در میان ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بُعد سلامت روانشناختی (۱۲/۳۶) و پایین‌ترین نمرات در این گروه مربوط به بُعد محیط زندگی (۱۰/۶۳) است. در کل، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران دارای کودک عادی نمرات پایین‌تری گرفتند. اگرچه از نظر میانگین این دو گروه با هم تفاوت دارند، امّا برای اطمینان از این که آیا این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است یا نه، باید از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده کنیم.

ب- اطلاعات استنباطی: در این بخش داده‌های به دست آمده از پرسشنامه به‌منظور تعیین معناداربودن تفاوت میانگین مادران کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودک عادی، با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس مورد استنباط قرار می‌گیرد. قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. به این ترتیب که با استفاده از آزمون لوین، فرض برابری واریانس در متغیر کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مشکلی ندارد.

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه دربارهٔ خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی یعنی اضطراب، افسردگی، اختلال عملکرد اجتماعی و نشانه‌های جسمانی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه به‌منظور مقایسهٔ میانگین کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی

متغیر	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی (کل آزمون)	بین گروهی	۱۵۹۳/۲۱۶	۱	۶۱۴/۱۱۳	۴۷/۵۳	۰/۰۰۵
	درون گروهی	۳۲۱۷/۲۴۷	۹۸	۳۳/۱۶۴		
	کل	۴۸۱۰/۶۴۳	۹۹			
سلامت جسمانی	بین گروهی	۲۱۶/۱۳۱	۱	۵۵/۱۶۹	۳۸/۱۵	۰/۰۱۶
	درون گروهی	۵۹۳/۱۴۶	۹۸	۱۵/۱۳۷		
	کل	۸۰۹/۲۷۷	۹۹			
سلامت روانشناختی	بین گروهی	۱۴۹/۳۸۹	۱	۶۲/۴۱۳	۲۴/۰۶	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۴۵۲/۱۸۶	۹۸	۱۷/۳۶۱		
	کل	۶۰۱/۵۷۵	۹۹			
روابط اجتماعی	بین گروهی	۱۸۷/۱۳۶	۱	۷۱/۰۶۳	۲۰/۳۶	۰/۰۸۴
	درون گروهی	۵۲۷/۴۶۳	۹۸	۴۷/۰۶۲		
	کل	۷۱۴/۵۹۹	۹۹			
محیط زندگی	بین گروهی	۱۶۴/۲۱۷	۱	۵۸/۱۷۴	۱۸/۰۶	۰/۰۳۱
	درون گروهی	۳۳۵/۲۶۸	۹۸	۲۸/۱۸۹		
	کل	۴۹۹/۴۸۵	۹۹			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی از لحاظ کیفیت زندگی (کل آزمون) تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۵)، (F=۴۷/۵۳). به‌عبارت دیگر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بین مادران دارای کودک عادی بالاتر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است و فرض صفر رد می‌شود؛ به این ترتیب که: در مؤلفه‌های سلامت جسمانی (P =۰/۰۱۶)، (F=۳۸/۱۵)، سلامت روانشناختی (P=۰/۰۰۱)، (F=۲۴/۰۶)، روابط اجتماعی (P=۰/۰۴)، (F=۲۰/۳۶) و محیط زندگی (P=۰/۰۳۱)، (F=۱۸/۰۶)، میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی مادران کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودک عادی بود که در پی آن سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی نیز مطالعه شد. طبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش که به مقایسهٔ کیفیت زندگی مادران کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودک عادی پرداخته، تفاوت معناداری را در مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی بین مادران این دو گروه نشان داده است.

این نتایج تا حدودی در راستای نتایج پژوهش‌های خارجی مانند هالدی و هانزلیک[1] (۱۹۹۰)، سینگر و اتریج و آلادنا (۲۰۰۷)، مک‌کنوکی، تروسدال-کندی، چنج، جارا، شوکری (۲۰۰۸)، مالو و بکتل (۱۹۹۹)، گرنت و هاگینز و استریسگوت (۲۰۰۵) و همچنین در راستای نتایج پژوهش‌های داخلی از جمله دلاور، محمدی و محمدخانی (۱۳۷۹)، پهلوانی و سجادی (۱۳۸۱)، به‌پژوه و رمضانی (۱۳۸۳)، خسروی (۱۳۸۱)، خیاطزاده (۱۳۸۸) بود (۹،۱۱،۲۲،۲۳). این پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین مادران کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودک عادی از لحاظ کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین، طبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با مادران کودک عادی از لحاظ مؤلفه‌های روابط اجتماعی و محیط زندگی تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما پژوهش‌هایی که همسو با این یافته باشند، وجود نداشت که حاکی از کمبود پژوهش و مطالعه در زمینهٔ روابط اجتماعی مادران کودک کم‌توان ذهنی و محیط زندگی آنان است. بنابراین، سعی شد که نتایج پژوهش‌هایی که تقریباً هم‌راستای این نتایج هستند، ذکر شود.

طبق پژوهش جمالی (۱۳۸۵)، والدین کودک کم‌توان ذهنی، از نظر کیفیت زندگی که شامل رفاه مادی، سلامت جسمانی، روابط والد- فرزند، روابط زناشویی، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتارهای نوع‌دوستانه، رفتار سیاسی، ویژگی‌های شغلی، روابط شغلی، رضایت شغلی و عملکرد اجتماعی است، پایین‌تر از والدین کودکان عادی است (۱۷).

طبق پژوهش الیک و لارسون[2] (۲۰۰۶)، والدین کودک آسپرگر و اوتیسم از نظر سلامت، علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و روابط اجتماعی دچار مشکل هستند (۲۴).

در مجموع، پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که وجود یک فرزند کم‌توان ذهنی در خانواده غالباً تجربهٔ ناخوشایندی است و آن‌ها را در معرض مشکلات جسمانی، اضطراب، افسردگی (دقیقی، ۱۳۸۶)، افزایش اضطراب (دارابی، ۱۳۸۲)، مشکلات سازگاری اجتماعی (کوهستانی برزکی، ۱۳۸۶)، مشکلات روانی- اجتماعی (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۱)، استرس (رضایی، ۱۳۷۷)، مشکلات بهداشت روانی- هیجانی، نگرانی و افسردگی (بایرسون و سانسون، ۲۰۰۳)، قرار می‌دهد (۲۵).

از مشکلات و محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره نمود:

- از آنجا که نمونهٔ انتخاب‌شده مربوط به شهرستان بابل است، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور باید احتیاط کرد.
- مطالعهٔ حاضر تنها در مورد کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسهٔ آن با کودکان عادی بوده و به سادگی نمی‌توان از تعمیم نتایج در گروه‌های دیگر کودکان با نیازهای ویژه سخن گفت.
- دشواری در انتخاب آزمودنی‌ها (مشکل ورود به مدرسه و ارتباط با مادران آزمودنی‌ها) و تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها از آن‌ها از محدودیت‌ها بود.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، نشان از تفاوت معنادار کیفیت زندگی میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و

1. Haldy & Hanzlik

2. Allik & Larsson

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

مادران کودک عادی دارد. علاوه بر فشار روانی وجود کودک کم‌توان ذهنی و نگرانی‌های مرتبط با آیندهٔ کودک، مادران کودک کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودک سالم، مدت زمان بیشتری را با کودک سپری کرده و وقت زیادی را باید برای مراقبت، غذا دادن، رسیدگی به امور بهداشتی و نظافتی کودک، ارائهٔ تمرینات درمانی، کنار آمدن با مشکلات رفتاری کودک و بردن کودک به مراکز درمانی مختلف، صرف کنند درحالیکه مادر کودک سالم بسیاری از این مسائل را تجربه نمی‌کند و وقت بیشتری را برای رسیدگی به امور خود دارد و بیشتر می‌تواند در فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی و کاری شرکت کند. از طرفی وجود کودک کم‌توان ذهنی هزینهٔ مضاعفی را بر خانواده تحمیل می‌کند که با وجود عدم تأمین مالی خدمات توانبخشی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر در کشور ما، فشارهای مالی زیادی بر خانوادهٔ کودک کم‌توان ذهنی وارد می‌آید. تمام این جوانب باعث می‌شود مادران این کودکان که در کانون این مشکلات قرار دارند و بیشترین وقت را با کودک سپری می‌کنند، بیشترین تأثیر منفی را پذیرفته و کیفیت زندگی آن‌ها پایین آید. در زمینهٔ نتایج کاربردی این پژوهش به مسئولین این امر پیشنهاد می‌شود که برای والدین دارای کودک و نوجوان کم‌توان ذهنی، خدمات مشورتی، اطلاعاتی، حمایتی، مالی و اصلاحی فراهم نمایند. تأسیس کارگاه‌های آموزش خانواده، تشکیل گروه‌های پدران، گروه‌های مادران، ایجاد صندوق‌هایی به‌منظور کمک به والدین کودک و نوجوان ناتوان و... از جملهٔ این خدمات است.

پیشنهادات

پیشنهادات این پژوهش به شرح زیر است:

- پیشنهاد می‌شود اجرای این پژوهش در سایر مناطق و مقایسهٔ نتایج حاصل با یکدیگر انجام گیرد.
- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، علاوه بر مادران، پدران نیز بررسی شوند.
- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، نمونه‌هایی از گروه‌های دیگر کودکان با نیازهای ویژه انتخاب شود.

تقدیر و تشکر

با تقدیر و تشکر از مدیریت و کارکنان وزارت آموزش‌وپرورش شهرستان بابل که با همکاری صمیمانهٔ خود، راهنما و راهگشای نگارنده در اتمام و اکمال این پژوهش بوده‌اند. همچنین از مدیران و معلمان مدارس دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که با حمایت‌های همه‌جانبه در محیطی مطلوب ما را در اجرای آزمون و برنامهٔ مداخله‌ای یاری کردند تا پژوهش حاضر را به نحو احسن به اتمام برسانیم، سپاسگزاری می‌نماییم.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.1.2]

References

1. King CR, Hinds PS. Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives. Jones & Bartlett Publishers; 1998.
2. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. Diabetes care. 1998;21(3):C44-C52.
3. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of clinical Epidemiology. 2000;53(1):1-12.
4. Rahimi, M., Khayyer, M. Relationship between family communication patterns and the quality of life of high school students in Shiraz. Studies in Education and Psychology. 2010; 10(1): 5-25. [Persian]
5. Liu L. Quality of life as a social representation in China: A qualitative study. Social Indicators Research. 2006;75(2):217-40.
6. Nejat S. Quality of life and its measurement. Iran epidemiology. 2009;4(2):57-62. [Persian]
7. Mikaeili Monie F. Structural relationship between psychological welfare with perceived emotional intelligence, ability to control negative thinking and depression in mental retarded children mothers and compared with normal children mothers. Research in the Area of Exceptional Children. 2009; 9(2):103-20. [Persian]
8. Parker, G. Spouse careers: Whose quality of life? In: Baldwin S, Godfrey C, Propper C, editors. Quality of life. London: Rutledge; 1997.
9. Khayatzadeh Mahani M. A comparative Study about quality of life in Mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children. Daneshvar.2009;16(83):49-58. [Persian]
10. Burden RL. Measuring the effects of stress on the mothers of handicapped infants: must depression always follow? Child Care Health Dev. 1980;6(2):111-25.
11. Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Development of a Resilience Fostering Program against Stress and Its Impact on Quality of Life Components in Parents of Children with Mild Intellectual Disability. 2011: 119-140. [Persian]
12. Buelow JM, McNelis A, Shore CP, Austin JK. Stressors of parents of children with epilepsy and intellectual disability. Journal of Neuroscience Nursing. 2006;38(3):147-55.
13. Crnic KA, Friedrich WN, Greenberg MT. Adaptation of families with mentally retarded children: a model of stress, coping, and family ecology. Am J Ment Defic. 1983;88(2):125-38.
14. Beckman PJ. Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. Am J Ment Retard. 1991;95(5):585-95.
15. Haghranjbar, F.; Kakavand, AR; Borjali, A.; Barmas, H. Resiliency and quality of life of mothers of mental retarded children. 2011: 177-187. [Persian]
16. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family. Communication Studies. 1997;48(1):59-75.
17. Akbari A, Bayatiani Pour Mohammad, Rezaye Tajrishi M, Gangalivand N, Mirzamani M, Salehi M. [The Relationship between Social Network and Quality of Life in Parents of students with Intellectual Disabilities. 2011:163-174. [Persian]
18. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. Pediatrics. 2007;119(1): 114-121.
19. Shokohi Yekta M, Parand A. [Theoretical principles of evaluation and educational and psychological tests: intelligence, academic achievement and personality tests (Persian)]. 2nd Ed. Tehran: Teymorzadeh; 2006.
20. Rahmani, J. [The Reliability, validity and standardization of Raven Progressive Matrices test in Students of azad University (Persian)]. Knowledge and research in applied psychology. 2007;9(34):61-74.
21. Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. [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. 2007;4(4):1-12.
22. Hasheminasab, SM; Aghayousefi, A., Alipour, A. [A Comparison of personal welfare of mentally retarded children and their mothers (Persian)]. Research on exceptional children. 2008;7(4):385-406.
23. Haldy MB, Hanzlik JR. A comparison of perceived competence in child-rearing between mothers of children with Down syndrome and mothers of children without delays. Education & Training in Mental Retardation;1990, pp:132-41.
24. Allik H, Larsson J-O, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. Health Qual Life Outcomes. 2006;4:1.
25. Shaghaghi F, Kako Joybari AA, Salami F. [The effects of family education on mental health of parents of children with educable mentally retarded (Persian)]. Journal of Behavioral Sciences. 2010;2(4):57-69.