





دانشگاه آزاد اسلامی
واحد شهر قدس

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد
گرایش: روانشناسی عمومی

موضوع:

**پیش بینی رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی
بر اساس تاب آوری و خودکارآمدی در شهر تهران**

استاد راهنما:

دکتر پانته آ جهانگیر

نگارنده:

سیده سعیده مقدم نیا

بهار ۱۳۹۴



تعهد نامه اصالت پایان نامه

اینجانب سیده سعیده مقدم نیا دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی عمومی که در تاریخ ۱۳۹۴/۴/۱۳ از پایان نامه خود تحت عنوان **پیش بینی رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی بر اساس تاب آوری و خودکارآمدی در شهر تهران** با کسب نمره ۱۸ و درجه عالی دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم .

- ۱) این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.
- ۲) این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاهها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است .
- ۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴) چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت .

نام و نام خانوادگی: سیده سعیده مقدم نیا

تاریخ و امضاء



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شهر قدس

دانشکده

با یاری خداوند متعال جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سیده سعیده مقدم‌نیا در رشته روانشناسی

با عنوان:

پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی بر اساس تاب‌آوری و خودکارآمدی

با حضور اساتید راهنما، مشاور و هیات داوران در تاریخ ۹۴/۴/۱۳ ساعت ۹ در محل سالن سمینار دانشکده

کشاورزی برگزار و با کسب نمره ۱۸ و درجه عالی مورد تصویب قرار گرفت.

۱- استاد راهنما: دکتر پانته آ جهانگیر

۲- استاد مشاور: _____

۳- استاد/استادان داور: دکتر هائیده صابری، دکتر مینا مجتبایی

۴- مدیر گروه آموزشی: دکتر هائیده صابری

تقدیم به

همسر مهربانم و فرزندان عزیزم ستایش و نیایش که وجودشان
برایم سراسر مهر و آرامش است.

سپاسگذاری

شکر شایان نثار ایزد منان که توفیق را رفیق راهم ساخت تا این پایان نامه را به پایان برسانم. از استاد فاضل و اندیشمند سرکار خانم دکتر پانته آ جهانگیر به عنوان استاد راهنما که همواره نگارنده را مورد لطف و محبت خود قرار داده اند، کمال تشکر را دارم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	چکیده
	فصل اول - کلیات تحقیق
۲.....	مقدمه
۳.....	بیان مسئله
۵.....	ضرورت و اهمیت موضوع
۷.....	اهداف پژوهش
۷.....	فرضیه های پژوهش
۷.....	تعاریف نظری و عملیاتی
	فصل دوم - ادبیات و پیشینه تحقیق
۹.....	الف- مبانی نظری
۹.....	مقدمه
۹.....	رضایت از زندگی
۱۰.....	تعاریف رضایت از زندگی
۱۱.....	عوامل موثر بر رضایت از زندگی
۱۵.....	مذهب
۱۵.....	روابط
۱۵.....	آزادی و دموکراسی
۱۶.....	ابعاد رضایت از زندگی
۱۸.....	الگوهای رضایت از زندگی
۱۸.....	الگوی کارکرد انطباقی
۱۸.....	الگوی رضایت از زندگی
۱۹.....	نظریه های پیرامون رضایت از زندگی
۲۳.....	تاب آوری
۲۵.....	انواع تاب آوری
۲۷.....	عوامل خطر و حمایتی
۲۸.....	ویژگی های تاب آوری
۲۹.....	ویژگی های خانواده تاب آور
۳۰.....	تاب آوری در حیطه روان شناسی
۳۰.....	تاب آوری در حیطه جامعه شناسی
۳۰.....	مدل های تاب آوری
۳۲.....	شاخصه های تاب آوری
۳۵.....	راه های تقویت و پرورش تاب آوری

۳۶	خودکارآمدی
۳۸	مفهوم خودکارآمدی
۴۱	تعاریف خود
۴۲	دیدگاه‌ها و رویکردهای مختلف در خصوص مفهوم خود
۴۳	رابطه خود با هویت
۴۳	احساس خودکارآمدی
۴۴	نقش خودکارآمدی در تعلیم و تربیت
۴۸	اثرات خودکارآمدی بر کارکردهای روان شناختی
۵۱	خودکارآمدی در کارکنان
۵۲	پیشینه تحقیقاتی
	فصل سوم - روش شناسی تحقیق
۵۵	مقدمه
۵۵	روش تحقیق
۵۵	جامعه آماری
۵۵	نمونه و روش نمونه گیری
۵۶	ابزار پژوهش
۵۷	روش تجزیه و تحلیل داده ها
	فصل چهارم - تجزیه و تحلیل داده ها
۵۸	توصیف داده ها
۶۰	تحلیل داده ها
	فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری
۶۳	مقدمه
۶۳	بحث و نتیجه گیری
۶۵	محدودیت های پژوهش
۶۶	پیشنهادها ی کاربردی مبتنی بر یافته‌های پژوهش
۶۶	پیشنهاد به پژوهشگران آینده
۶۸	منابع

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۱-۴: اطلاعات توصیفی رضایت از زندگی در گروه نمونه	۵۸
جدول شماره ۲-۴: اطلاعات توصیفی خودکارآمدی در گروه نمونه	۵۸
جدول شماره ۳-۴: اطلاعات توصیفی تاب آوری در گروه نمونه	۵۹
جدول ۴-۴ بررسی نرمال بودن توزیع داده های رضایت از زندگی در گروه نمونه	۵۹
جدول ۴-۵ بررسی نرمال بودن توزیع داده های خودکارآمدی در گروه نمونه	۵۹
جدول ۴-۶ بررسی نرمال بودن توزیع داده های تاب آوری در گروه نمونه	۵۹
جدول ۴-۷: نتایج ضریب همبستگی برای رابطه بین رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با خودکارآمدی آنان	۶۰
جدول ۴-۸: نتایج ضریب همبستگی برای رابطه بین رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با تاب آوری آنان	۶۱
جدول ۴-۹: نتایج تحلیل رگرسیون پیش بینی رضایت از زندگی از روی تاب آوری و خودکارآمدی در افراد گروه نمونه	۶۱
جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل واریانس پیش بینی رضایت از زندگی از روی خودکارآمدی و تاب آوری در افراد گروه نمونه	۶۲
جدول ۴-۱۱: ضرایب حاصل از رگرسیون گام به گام رضایت از زندگی بر روی خودکارآمدی و تاب آوری در افراد گروه نمونه	۶۲

چکیده

هدف اصلی انجام پژوهش بررسی رابطه تاب آوری و خودکارآمدی با رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی شهر تهران است. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ است، نمونه مورد مطالعه ۲۵۰ نفر است، که با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری در این پژوهش سه پرسشنامه خودکارآمدی شرر، تاب آوری کانر و دیویدسون و رضایت از زندگی داینر است. تحلیل داده‌ها در این پژوهش در بخش توصیفی بوسیله فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری صورت پذیرفت. نتایج حاصل از عملیات آماری نشان داد که بین رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با خودکارآمدی آنان همخوانی وجود دارد و با افزایش رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی، خودکارآمدی آنان نیز افزایش می‌یابد. و در بخشی دیگر از یافته‌ها نشان داده شد که رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با تاب آوری آنان همخوانی وجود دارد و با افزایش رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی، خودکارآمدی آنان نیز افزایش می‌یابد و آخرین یافته این پژوهش نشان داد که می‌توان با استفاده از نمره تاب آوری میزان رضایت از زندگی این مادران را پیش بینی کرد.

کلید واژه ها: خودکارآمدی، تاب آوری، رضایت از زندگی .

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

ناتوانی ذهنی در ۲-۳ درصد کل یک جامعه دیده می‌شود و مشکل بزرگی برای هر جامعه ای محسوب می‌شود. یک کودک ناتوان ذهنی، به عنوان یک فشار خرد کننده روی والدین است. در حقیقت تولد یک کودک عقب مانده ذهنی نمایشگر مرگ ایده های والدین از آنچه کودک آنها باید می‌بود و یک واقعیتی که زندگی آنها به آن آزادی که آنها تصور می‌کردند نیست. اثرات کودکان عقب مانده ذهنی در خانواده می‌تواند زیاد باشد، مسئولیت های مالی، اختلال در زندگی زناشویی، ایزوله اجتماعی و کاهش زمانی که والدین می‌توانند با کودکان سالم خود باشند به عنوان عوامل تنش زا در این خانواده‌ها شناخته شده است (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶).

از طرفی خانواده هایی که از کودک ناتوان ذهنی خود در خانه مراقبت می‌کنند در محاصره مسائل متنوع در همه اشکال قرار دارند. مراقبت از چنین کودکانی، اغلب پر استرس برای اعضاء خانواده بوده و تاثیر مشکلات این کودکان روی خانواده می‌تواند محدود کننده یا نفاق افکن بوده و به صورت مشکلات روانی - اجتماعی و اقتصادی مطرح باشد. داشتن کودک با ناتوانی ذهنی باعث بحران شوک، احساس گناه، انکار، غم، احساس افسردگی، ضعف در روابط زناشویی، کاهش رضایت از زندگی، کاهش تاب آوری و خودکارآمدی را برای والدین فراهم می‌کند.

رضایت از زندگی به عنوان نشانه ای بارز از سازگاری بر ابعاد مختلف زندگی فرد است. رضایت از زندگی از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است و بررسی آن در سیستم‌های مراقبت بهداشتی به دلیل ارتباط تنگاتنگ بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی، امری حیاتی محسوب می‌شود (باقری، سهرابی، ۱۳۹۲).

از عوامل تاثیر گذار دیگر بر رضایت از زندگی خودکارآمدی است. خودکارآمدی بر گزینش اهداف چالش آور به میزان تلاش و کوشش در انجام وظایف، میزان استقامت و پشتکاری در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها اثر می‌گذارد (باقری، سهرابی، ۱۳۹۲). و تاب آوری توانایی افراد در سازگاری موثر با محیط است، علیرغم قرارداشتن در معرض عوامل خطرآفرین. عوامل خطرآفرین آن دسته شرایط و موقعیتهای منفی هستند که با پیامدهای منفی و مشکلات رفتاری مرتبط می‌شوند (کانر و دیویدسون^۱، ۲۰۰۳). لذا محقق بر آن است با بررسی تاثیر تاب آوری و خودکارآمدی را بر روی رضایت زندگی مادران کودکان ناتوان ذهنی اندازه گیری کند.

بیان مسئله

وجود کودک استثنایی در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (برجیس و جوادی، ۱۳۹۲) به طوری که به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می‌گردد و این مشکلات می‌تواند شامل مواردی مانند هماهنگ کردن وظایف معمول خود با برنامه‌های درمانی کودک، سازگاری عاطفی با موقعیت متفاوت فرزند(رئیس دانا، کمالی، طباطبایی و شفارودی، ۱۳۸۸)؛ صرف زمان زیاد برای تعیین درمان، فراهم کردن مراقبتها در خانه، پرداختن به مشکلات مدرسه، و رسیدگی به مشکلات رفتاری کودک کم توان (بیکر، بلچرکینس و ادلبروک^۲، ۲۰۰۲) باشد.

تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول رنج می‌برند و باید با این واقعیت که کودکان شرایط خاصی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می‌کند، کنار آیند. مطالعات انجام شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک کم توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می‌شود (روچ و اورسمند^۳، ۱۹۹۹؛ به نقل از تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷) چرا که مادر اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم بینی و بی ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی، آقامحمدیان

1. Conner & Davidson

2. Baker, Blacher Crnic & Edelbrock

3. Roch & Orsmond

و رجبی، ۱۳۸۶). وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (سالوویتا^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های بسیاری به مقایسه ابعاد سلامت روان و رضایت از زندگی مادران کودکان عادی و استثنایی پرداخته اند و نشان داده اند که میزان سازش یافتگی اجتماعی (کوهسالی، میرزمانی، کریملو و میرزمانی، ۱۳۸۶)؛ سلامت روانی (راید- برانت، ۱۹۹۰؛ به نقل از نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶) و رضایت زناشویی (دینی ترکی، بهرامی، داور منش و بیگلریان، ۱۳۸۵) در مادران کودکان استثنایی کمتر از مادران کودکان عادی است در حالی که میزان فشار روانی (خوشابی، فرزاد فرد، کاکاسلطانی، پوراعتماد و نیک خواه، ۱۳۸۹؛ دینی ترکی و همکاران، ۱۳۸۵)؛ تنیدگی فرزندپروری (خرم آبادی، پوراعتماد، طهماسبیان و چیمه، ۱۳۸۸) و استفاده از راهبرد مقابله ای هیجان محور هنگام مقابله با تنیدگی‌ها (رجبی دماوندی، پوشنه و غباری بناب، ۱۳۸۸) در مادران کودکان استثنایی به مراتب بیشتر از مادران گروه عادی است.

از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان شناختی را افزایش دهد، تاب آوری^۲ و خودکارآمدی است.

گارمزی و ماستن^۳ (۱۹۹۱) تاب آوری را یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نموده اند. والر^۴ (۲۰۰۱) تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌داند. البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک است، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). افزون بر این اکثر پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (گارمزی، ۱۹۹۱ و ماستن، ۲۰۰۱). تالی هیمانی^۵ (۲۰۰۲) در پژوهشی تاب آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده هایی با کودکان نا توانی ذهنی و معلولیت جسمی انجام داده بودند، نتیجه گرفتند که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند.

1. Salovita
2. resilience
3. Garmezy & Masten
4. Walle
5. Tali Heiman

یکی دیگر از متغیرها که می‌تواند به شکل منفی تحت تأثیر کودکان با ناتوانی ذهنی قرار گیرد، خودکارآمدی خانواده‌ها، بخصوص مادران است. همچنین خودکارآمدی از عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی است. در واقع باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که انسان‌ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می‌گذارند، هنگام برخورد با دشواری‌ها تا چه مدت مقاومت می‌کنند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چه اندازه نرمش پذیرند (باقری، سهرابی، ۱۳۹۲). خودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت یا شکست در سراسر زندگی انسان محسوب می‌شود (چانگ، کروگان، وونگ^۱، ۲۰۰۷). خودکارآمدی در واقع اعتقاد راسخ فرد نسبت به تواناییهای خود است که باعث بسیج انگیزه و منابع شناختی و رشته‌ا عملی که برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار خاص لازم است، می‌شود. قبل از اینکه فرد کاری را انتخاب کند و تلاش خود را در آن کار آغاز نماید. ابتدا اطلاعاتی را در مورد ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود در آن مورد خاص ارزیابی و جمع‌بندی می‌نماید. کارآمدی شخصی تعیین می‌کند که آیا فرد قدرت سازگاری برای انجام آن رفتار خاص را دارد یا نه و همچنین مشخص می‌کند که فرد علی‌رغم مشکلات موجود چه قدر تلاش خواهد کرد و چه مدت به تلاش خود در آن زمینه خاص ادامه خواهد داد (پاجارس^۲، ۲۰۰۰ به نقل از شمعی زاده، ۱۳۸۴). در کل خودکارآمدی مادر کودک ناتوان ذهنی باعث سازگاری او با موقعیت بوجود آمده می‌شود.

لذا مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند که این مکانیزم، باعث کسب اطلاعات بیشتر در زمینه ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می‌شود. از طرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط دارند و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند. مادران بیشتر بر حسب مسایل هیجانی، روابط خانوادگی و خارج از خانواده واکنش نشان می‌دهند و مطالعاتی که در مورد تأثیر تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی بر خانواده انجام گرفته است نشان می‌دهد که در مورد مادران سطوح بالایی از فشار روانی، نشانگان افسردگی و کاهش رضایت از زندگی می‌شود و همچنین فرصت کمتری برای خود و همچنین سلامت جسمی خود دارند و به لحاظ شخصیتی و خلیات سطح پایین دارند. لذا پژوهشگر در صدد پاسخ با این سوال است که بین تاب‌آوری و خودکارآمدی با رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی چه رابطه‌ای وجود دارد؟

ضرورت و اهمیت موضوع

کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می‌تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد. والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند. تولد یک کودک ناتوان

¹. Chang , Crogan & Wung

² -Pajares

بر خانواده می‌تواند اثرات عمیقی داشته باشد و از آنجایی که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد، تاثیر می‌گذارد (رابینسون و رابینسون^۱، ترجمه ماهر، ۱۳۸۴).

تولد کودک عقب مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می‌توانند با بحرا نها به خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف پذیر باشند (شفر^۲، ترجمه بلورچی، ۱۳۸۲).

مطالعه در ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که مادران کودکان ناتوان ذهنی دارای استرس و بحران‌های روانی بوده‌اند و وجود کودک ناتوان سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنان را تهدید می‌کند و غالباً تاثیر منفی آنان دارد و میزان رضایت آنان را از زندگی پایین می‌آورد (سالویتا، ایتالینا و لنونن^۳، ۲۰۰۳).

فردیچ^۴ (۱۹۸۱) معتقد است که بعضی از خانواده‌های دارای کودک ناتوان و معلول از نظر اجتماعی منزوی هستند و ممکن است در مقابل شرایط و مشکلات زندگی تاب‌آوری پایینی داشته باشند و کارآمدی آنان پایین بیاید. مطالعه شریعتی و داورمنش (۱۳۸۴) نیز مؤید این امر است که وجود یک فرزند عقب مانده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌گردد و هر قدر شدت عقب ماندگی ذهنی فرزند بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگتر و رضایت از زندگی پایین‌تر می‌آید.

گوپتا و سینگل^۵ (۲۰۰۴) اشاره کرد که تاثیر داشتن کودک ناتوان تنها روی والدین نیست بلکه روابط بین فامیل را در بر می‌گیرد و باعث تغییر در روابط با فامیل می‌شود. و همچنین معتقد است که استرس تجربه شده ناشی از حضور کودک ناتوان در خانواده منجر به اختلاف‌های زناشویی در رابطه با تربیت کودک می‌شود.

مطالعه دمایر^۶ (۱۹۹۱) نشان داد که والدینی که دارای کودک ناتوان هستند در روابط زناشویی مشکل دارند چرا که استرس مزمن میل جنسی را کاهش می‌دهد و لذت و خوشی را از آنان می‌گیرد.

تولد یک کودک عقب مانده ذهنی به خودی خود یک عامل فشارزا برای اعضای خانواده محسوب می‌شود و یک عامل نگران‌کننده برای سازگاری خانواده است (کوهسالی و میرزمانی، ۱۳۸۷).

یکی از مهم‌ترین لوازم سلامت روانی، وجود محیط خانوادگی سالم است. این محیط زندگی را می‌توان طوری تنظیم کرد، که هر چند در بهبود وضع افراد، مؤثر نباشد لاقلاً موجب تخریب آنان نشود. با توجه به

1. Robinson & Robinson

2. Shaffer

3. Salovita, Italinna & Leinonen

4. Friedrich

5. Gupta & Singhl

6. de Meyer

آمار سال ۱۳۸۵ در کل حدود یک میلیون و پانصد و هفتاد هزار نفر معلول وجود دارد که از این تعداد رقم قابل توجهی معلول ذهنی هستند.

بنابراین پژوهش حاضر قصد دارد در نهایت به این سوال کلی پاسخ دهد که بین تاب‌آوری و خودکارآمدی با رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی شهر تهران چه رابطه‌ای وجود دارد؟

اهداف پژوهش

- رابطه بین تاب‌آوری با رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی.
- رابطه بین خودکارآمدی با رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی.
- میزان پیش‌بینی‌پذیری رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با استفاده از تاب‌آوری و خودکارآمدیشان.

فرضیه‌های پژوهش

- بین رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با خودکارآمدی آنان رابطه مثبت دارد.
- بین رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی با تاب‌آوری آنان رابطه مثبت دارد.
- رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی براساس تاب‌آوری و خودکارآمدی آنان قابل پیش‌بینی است.

تعاریف نظری و عملیاتی

تعاریف نظری

تاب‌آوری: گارمزی و ماستن (۱۹۹۱) تاب‌آوری را چنین تعریف می‌کنند، یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط چالش‌انگیز و تهدیدکننده. تاب‌آوری به زبان ساده، سازگاری مثبت است در واکنش به شرایط ناگوار (والر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱).

خودکارآمدی: خودکارآمدی به باورهای افراد درباره توانایی‌هایشان در سازمان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد (مسعودنیا، ۱۳۸۶).

رضایت از زندگی: رضایت از زندگی مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک (شناختی و عاطفی) شخص از کل زندگی است (تیم^۲، ۲۰۱۰).

1. Waller
2. Thimm

تعاریف عملیاتی

تاب آوری: منظور از تاب آوری در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۲۵ سوالی تاب آوری کانر و دیویدسون بدست می‌آورد.

خودکارآمدی: منظور از خودکارآمدی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۱۷ سوالی خودکارآمدی شرر بدست می‌آورد.

رضایت از زندگی: منظور از رضایت از زندگی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۵ سوالی رضایت از زندگی داینر بدست می‌آورد.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه تحقیق

الف- مبانی نظری

ب- پیشینه مطالعاتی در داخل کشور و خارج از کشور

الف- مبانی نظری

مقدمه

این فصل با هدف آشنایی با مباحث نظری و پیشینه پژوهش‌های انجام شده مرتبط با موضوع پژوهش مورد نگارش قرار گرفته است. در بخش مبانی نظری پیرامون مسائلی مانند تاریخچه و تعاریف رضایت از زندگی نظریه‌های مطرح شده عناصر موثر بر رضایت از زندگی، تعاریفی از تاب‌آوری و نظریاتی در این خصوص و ویژگی‌ها و مدل‌های آن و همچنین تعاریفی در خصوص خودکارآمدی و دیدگاه‌های مهم مطرح شده و همچنین نقش آن در زندگی افراد بحث شده است و در بخش پیشینه، پژوهش‌های داخلی و خارجی در ارتباط با موضوع پژوهش مطرح خواهد شد.

رضایت از زندگی

تکامل معنوی، تقرب به خدا و حیات وصف‌ناپذیر و جاویدان اخروی، عالی‌ترین هدف انسان در حیات خویش است که البته باید آن را به دست آورد. مهم این است که دنیا تنها بستر تحقق این هدف است. در زندگی، هیچ راهی برای رسیدن به هدف عالی وجود ندارد و اساساً حیات، جز با کنشها و واکنشهای ما در پهنه پر پیچ و خم و پر راز و رمز زندگی شکل نمی‌گیرد. از این رو دنیا و زندگی در آن، بسی مهمتر از آن

است که در اذهان عمومی وجود دارد. انسان و زندگی مفاهیمی هستند که هرگز از یکدیگر جدا نمی شود. زندگی، جزء جدایی ناپذیر انسان است و هیچ راه فراری از آن نیست. پس انسان تا هست، باید زندگی کند. اما می توان پرسید: زندگی گوارا و لذتبخش، کدام است؟ بشر در جستجوی خوشبختی است و در پی آن است که به زندگی رضایت مندانه دست یابد. هیچ کس نیست که بخواهد زندگی همراه با نارضایتی داشته باشد. رضایت خواهی، ویژگی فراگیر تمامی انسانها است و انسان، گمشده ای به نام رضایت احساس خوشبختی دارد (پسنیدیده، ۱۳۸۶).

احساس خرسندی و رضایت از جنبه های مختلف زندگی، از مؤلفه های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می کنند. رضایت از زندگی با ارزشها ارتباط نزدیک اما پیچیده ای دارد و معیارهایی که افراد براساس آن درک ذهنی خود را از سعادت ارزیابی می کنند، متفاوت است. رضایت از زندگی در انسان نه تنها بازتاب ترکیب کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت فرآیندهایی در سطح فردی است بلکه علاوه بر آن حاصل تعامل عوامل سطح فردی و فرهنگی است (عظیمی هاشمی، ۱۳۸۳).

اهمیت احساس رضایت، محققان را به این زمینه هدایت می نماید که چرا و چگونه افراد زندگی را به شیوه مثبت تجربه می کنند. در پذیرفته ترین مدل مفهومی، احساس سعادت در دو بعد احساسی (احساسات مثبت و منفی) و شناختی که رضایت از زندگی نامیده می شود، مفهوم سازی شده است (داینر^۱، ۱۹۹۴؛ به نقل از لاگهلین^۲، ۲۰۰۱).

تعاریف رضایت از زندگی

رضایت از زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی بوده و در اصطلاح مفهومی چند وجهی، نسبی، و متأثر از زمان و مکان و ارزشهای فردی و اجتماعی است و همچنین دارای ابعاد عینی و بیرونی، ذهنی و درونی است که نمی توان برای آن تعریفی جامع و مانع ارائه داد (خوارزمی، ۱۳۸۳).

رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او است. به عبارتی هر چه شکاف بین سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر گردد، رضایتمندی او کاهش می یابد، اما سطوح آرزوهای فرد به تدریج با وضعیت وی تطبیق خواهد یافت (کامبل^۳ و دیگران، ۱۹۷۶؛ به نقل از شوکت آبادی، ۱۳۸۵).
فلس و پری^۴ (۱۹۹۶) رضایت از زندگی را به عنوان یک احساس نیک تعریف می کنند که شامل ارزیابی قابل مشاهده و درونی از احساسات نیک مادی، جسمانی، و اجتماعی است که به وسیله ای منحصر به فرد از ارزشها اندازه گیری می شود (شوکت آبادی، ۱۳۸۵).

¹ -Dainer

² -Laughlin

³ -Cambel

⁴ - Felse & parry

مایکالس^۱ (۱۹۸۶) رضایت از زندگی را تفاوت ادراک فرد از این که اشیا چگونه هستند و چگونه می‌توانند باشند، تعریف کرده است.

سوزا و سانجا^۲ (۲۰۰۵) رضایت از زندگی را به عنوان تفاوت بین آن چه که شخص می‌خواهد و آن چه که هست بیان می‌کنند. این دو در حقیقت یک تفاوت بین واقعیت و ایده آل را مطرح کرده اند. رضایتمندی از زندگی بیانگر میزان ارضای تمایلات و نیازهای اساسی انسان است. رضایتمندی را می‌توان به عنوان ارضای نیازهای اساسی و تلقی مثبت و احساس خوشایند افراد به قلمروهای مختلف زندگی بیان کرد (عظیمی هاشمی، ۱۳۸۳).

از نظر تامبورینی^۳ (۱۹۹۹؛ به نقل از اسلامی، ۱۳۸۴)، رضایت از زندگی مجموعه ای از رفاه جسمی، روانی، و اجتماعی است که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود، مثل شادی، رضایت، افتخار، سلامتی و موقعیت اقتصادی.

عوامل موثر بر رضایت از زندگی

ژن ها

نتایج به دست آمده از تأثیر ژنها بر روی رضایت از زندگی نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد تفاوت‌های موجود در شادمانی توسط ترکیب ژنتیکی افراد قابل توجیه است. همچنین سطح سروتونین^۴ و دوپامین^۵ در مغز با شادمانی افراد همبستگی دارد (دونوان و هالپرن^۶، ۲۰۰۲).

نقش ژنها از مطالعه دو قلوها حاصل شده است. مطالعه و بررسی دو قلوها نشان داده است که دو قلوهای یک تخمکی، سطح بهزیستی^۷ مشابهی دارند. همبستگی بهزیستی به دست آمده در بین دو قلوهای یک تخمکی در حدود ۴۶٪ و برای دو قلوهای غیرهمسان در حدود ۰۸٪ است. این نتایج همچنین هنگامی که دو قلوها جدا از هم پرورش یافته اند برای دو قلوهای غیرهمسان در حدود ۰۲٪ - به دست آمده است. تفسیر محققان از این یافته‌ها این است که ۴۰ تا ۵۰ درصد بهزیستی افراد ارثی است (دونوان و هالپرن، ۲۰۰۲).

- 1 - Mayklas
- 2 - Sousa & Sanja
3. Tambourine
- 4 - Serotonin
- 5 - Dopamine
- 6 - Halperen
- 7 -Well - being