

بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی والدین کودکان بیش فعال

آرش پارسی

ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد فیروزآباد.

نام نویسنده مسئول:

آرش پارسی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۷

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی والدین کودکان بیش فعال می باشد. اختلال نقص توجه / بیش فعالی یک اختلال روانی پایدار است که مشخصه ی آن علائم پایدار بی توجهی یا بیش فعالی و تکانشوری هریک به صورت مجزا یا هر دو گروه در کنار هم است. بیش فعالی از اختلالات بسیار رایج در دوران کودکی می باشد، و والدین این کودکان به سبب این اختلالات به مشکلات روانشناختی زیادی دچار شده و سرمایه روانی آنها مخدوش می شود. نتایج بررسی ها نشان داد که حضور کودک بیش فعال در هر خانواده ساختار آن خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می دهد، کودک بر اثر تعارض های شدید میان اعضای خانواده، کل خانواده را درگیر بحران می کند. ممکن است روابط خانوادگی، افزایش فشارهای ناخواسته جسمی، هیجانی و مالی ضعیف شود کودک بیش فعال می تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند از جمله ایجاد تشدید اختلافاتی زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، خجالت و خشم و بسیاری از مسایل دیگر.

واژگان کلیدی: عزت نفس، سلامت روانی، بهزیستی روانشناختی، کودکان بیش فعال.

مقدمه

یکی از طبیعی ترین گروههایی که می تواند نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به، استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم توان ذهنی^۲، نابینا^۳، یا ناشنوا^۴ باشد. کم توان ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می آید.

تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعدد حاکی از آن است که والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند. در چنین موقعیتی گر چه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد بررسیها نشان داده اند که والدین دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتر احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین تری دارند (میکائیلی، ۱۳۸۸).

در سالهای اخیر در کشور ایران مانند سایر کشورهای جهان علاقه بخصوص مهم از طرف مقامات دولتی و هم از جانب مردم به امر بهداشت روانی نشان داده شده است و اثرات آن در بهبود و اوضاع بیمارستانهای روانی و به کاربردن روشهای صحیح در پیشگیری مشاهده می گردد. عدم سازش وجود اختلالات رفتار در جوامع انسانی بسیار مشهور و فراوان است و در هر طبقه و صنفی و در هر گروه و جمعی اشخاص نامتعادل وجود دارند.

هر شخص ممکن است رفتار ناراحتی روانی شود خود به خود کافی نیست زیرا که بهداشت فقط منحصر به تشریح علل اختلالات رفتار نبوده بلکه هدف اصلی آن پیشگیری از وقوع ناراحتی ها می باشد. پیشگیری عبارت است از به وجود آمده عاملی که مکمل زندگی سالم و نرمال باشد و نیز درمان اختلالات جزئی رفتار به منظور جلوگیری از وقوع بیماریهای شدید روانی است. یکی از شرایط اصولی بهداشت اصولی بهداشت روانی این است که شخص به خود احترام بگذارد و خود را دوست بدارد (شاملو، ۱۳۷۶).

در طول یک قرن گذشته بسیاری از روانشناسان اتفاق نظر دارند که انسان نیازمند به عزت نفس است. در ادبیات روانشناختی مطالب مفصلی درباره عزت نفس وجود دارد و تا امروز تحقیقات و مطالعات زیادی درباره عزت نفس و ارتباط آن با متغیرهای متعدد دیگر انجام گرفته است که بیشتر تحقیقات این مطلب مهم و اساسی را تایید می کنند که عزت نفس بالا از عوامل مثبت و موثر در بهداشت روانی و عزت نفس پایین از عوامل مستعد کننده ناراحتی های روانی می باشد. عزت نفس عبارت است: از احساس ارزشمند بودن، این حس از مجموع افکار احساسات، عواطف و تجربیاتمان در طول زندگی ناشی می شود. همه افراد، صرف نظر از سن، جنسیت، زمینه فرهنگی، جهت و نوع کاری که در زندگی دارند، نیازمند عزت نفس هستند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی دارند. آنها می توانند با اطمینان، مشکلات مواجه شوند و از عهده آنها بر آیند (کلمز ۱۳۷۵).

کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر به گروهی از کم توانان-ذهنی اطلاق می شود که دارای بهره هوشی ۵۰ تا ۷۵ هستند و از نظر سنی در محدوده ۶-۱۲ در قرار دارند. در پژوهش حاضر منظور از کم توان ذهنی آموزش پذیر کسی است که براساس تشخیص کارشناسان سنجش آموزش و پرورش در آموزشگاههای استثنایی مشغول به تحصیل هستند. همچنین والدین دارای کودکان کم توان ذهنی از جمله گروههای مورد بررسی در مطالعه حاضر هستند. در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می شود که مشکل کم توان ذهنی یا نابینایی و ناشنوایی ندارد و دچار اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی

² Mental Retarded

³ Blindness

⁴ Deafness

ندارد. کودک استثنایی و والدین نه تنها بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تاثیر قرار می دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می کند. میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می شود. در تعریف سلامت روانی باید این نکته را در نظر داشت که هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، باید با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود دچار استیصال نشود و خود را به وسیله جامعه طرد نسازد فردی است دارای سلامت روانی (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶).

تقریباً ۶۰ سال پیش سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن تعریف کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۴). جاهودا (۱۹۵۸) از نداشتن بیمار روانی به عنوان معیار سلامت روانی انتقاد و به جای آن معیارهای چندگانه را برای سلامت روانی ارائه کرد. متاسفانه تا مدت ها پیشرفت قابل ملاحظه ای در کاربرد این دیدگاه های در قلمروهای علمی و عملی مشاهده نشد. سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان بودن، احساس شادکامی و بهزیستی^۵ را نیز در بر می گیرد. اغلب روانپزشکان، روان شناسان و محققان بهداشت روانی جنبه های مثبت سلامت را نادیده می گیرند. تلاش هایی که در جهت گذر از الگوهای سنتی سلامتی صورت گرفته گر چه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته ولی کافی نیست. البته الگوهای جدید سلامت نیز به طور عمده بر ویژگی های منفی تاکید دارند و در آنها ابزارهای اندازه گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحرك^۶، درد^۷، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی^۸، اضطراب^۹ و نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سروکار دارند. در دهه گذشته ریف^{۱۰} و همکارانش (۱۹۲۶) ۶ الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل تشکیل می شود. پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود) رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن) رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط). الگوی ریف به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مولفه های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه گیری کرد.

از ویژگی های عمده انسان آگاهی او از رفتار خود و بر خوداری وی از نیروی تفکر است، انسان می تواند از رفتار خود آگاه باشد و در برخورد با مسائل و امور مختلف از نیروی تفکر خود استفاده کند، اما انسان همیشه از آنچه که انجام می دهد آگاه نیست، به سخن دیگر گاهی انسان عملی را انجام می دهد که اما از انگیزه رفتار خود یا هدف آن رفتار آگاه نمی باشد. وقتی والدین برای اولین بار با این حقیقت روبرو می شوند که کودکشان استثنایی است واکنش آنها پیامد هایی خواهد داشت، وجود کودک معلول ذهنی اثرات عمیقی بر روی نحوه ارتباط یک یک افراد خانواده با هم و هریک از آنها با کودک معلول وارد می سازد و همین اثرات ناخوشایند چنانچه به گونه ای منطقی و چاره جویانه قابلیت حل نیابند ضایعات جبران ناپذیری بر روان والدین، سایر نوباوگان خانواده خصوصاً کودک معمول باقی می گذارد. واکنش های شایع والدین ممکن است به صورت احساس گناه^{۱۱} ناکامی و محرومیت^{۱۲} انکار واقعیت یا کتمان حقیقت^{۱۳} اضطراب و نگرانی باشد میلانی فر (۱۳۴۷).

⁵ well-being

⁶ Mobility

⁷ Pain

⁸ Depression

⁹ Anxiety

¹⁰ Ryff

¹¹ FRUSTRATION

¹² Frustration

¹³ Denial of Reality

این قبیل واکنشها تا زمانی که به کنترل در نیایند و تعدیل نشوند نه فقط سلامت روانی اعضای خانواده را به مخاطره می اندازند بلکه نوع تعامل و ارتباط اعضای خانواده و کودک معلول ذهنی یا جسمی را پیچیده می سازد و در نهایت موجب اضمحلال انرژی روانی و دیگر توانمندیهای آنان می شوند.

عزت نفس

عزت نفس یکی از عوامل مهم و اساسی در رشد و شکوفایی انسانهاست که در دهه های اخیر مورد توجه بسیاری از روان شناسان و پژوهشگران امور تربیتی قرار گرفته است. عزت نفس به معنای قضاوت شخص از ارزشمندی خود است و به نگرش فرد از خود دلالت می کند. افراد با بررسی نحوه ی کنار آمدن با استانداردها و ارزشهای مورد نظر خود و مقایسه ی چگونگی عملکرد خود با دیگران به این قضاوت دست می پردازند. عزت نفس چگونگی احساس خود درباره ی خود است و بر همه ی افکار، ادراکات، هیجانات، آرزوها، ارزشها و اهداف شخصی نفوذ دارد و کلید رفتار آدمی می باشد. بنابراین، عزت نفس هسته ی مرکزی ساختارهای روانشناختی فرد است که وی را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسایش خاطر وی را فراهم می آورد. عزت نفس نقش محافظت کننده ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشار آور منفی زندگی حمایت می کند. فردی که از ارزشمندی بالایی برخوردار است، به راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشار آور بیرونی بدون تجربه ی برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان روانی مواجه شود. عزت نفس پائین به عنوان عامل خطر برای پرخاشگری، بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی، همسر آزاری، کودک آزاری و نظایر آن مشاهده شده است. اخیراً برخی سیاستمداران و مسئولان مدارس پیشنهاد کرده اند که مدارس و دیگر مؤسسات اجتماعی باید برنامه هایی برای ارتقای عزت نفس افراد طراحی کنند. این پیشنهاد بر این فرض استوار است که عزت نفس علت و نه معلول مشکلات اجتماعی است، مستقل از موقعیت های خاص وجود دارد و می تواند با مداخلات خارجی ارزیابی شود. بی تردید عزت نفس یکی از مهمترین و اساسی ترین جنبه های شخصیت و تعیین کننده ویژگیهای رفتاری ما است. توجه به این امر، به ویژه در مورد کودکان دارای نیازهای آموزشی ویژه و نیز کسانی که به آنها آموزش می دهند، از اهمیت خاصی برخوردار است. عزت نفس به مانند یک سرمایه ی ارزشمند حیاتی از مهمترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت افراد می باشد. افراد دچار ناتوانی، به دلیل نگرشهای منفی والدین، تجارب منفی در برخورد با همسالان عادی و ناکامی های پی در پی در مدرسه به تدریج دلسرد و سرخورده شده و توالی چنین شکست ها و مشکلاتی موجب می شود که آنها نسبت به خود احساس بی ارزشی داشته باشند و در نتیجه این احساس منجر به آسیب در عزت نفس آنها شود (ولی زاده و همکاران، ۱۳۸۷).

عزت نفس یک شاخص بسیار مهمی در شخصیت افراد است و به مقدار ارزشی که ما به خود نسبت می دهیم و فکر می کنیم دیگران برای ما قائل هستند، گفته می شود. قدمت تاریخی این موضوع به مباحثی که علما و فلاسفه تعلیم و تربیت در گذشته داشته اند برمی گردد. در طول صد سال گذشته بسیاری از روان شناسان این نظر را پذیرفته اند که انسان دارای یک نیاز به عزت نفس می باشد (آدلر^{۱۴} ۱۳۹۰).

بعضی از نظریه پردازان اظهار می دارند که به طور کلی ارزش گذاری نسبت به خویشتن را می توان عزت نفس نامید (آلپورت^{۱۵} ۱۹۳۷، راجرز^{۱۶} ۱۹۵۹، سالیوان^{۱۷} ۱۹۵۳، طارن هورنی^{۱۸} ۱۹۳۷، جیمز^{۱۹} ۱۸۹۰، مازلو^{۲۰} ۱۹۷۰). اسمیت هارتر و روزنبرگ عزت نفس را عنصری از خود پنداره می دانند که به قضاوت ما نسبت به تواناییهای بالقوه و بالفعل دلالت دارد. فردی که عزت نفس بالایی دارد خود پذیرا و خود ارزشمند است. روانشناسان اجتماعی عزت نفس را ارزیابی مثبت و منفی از خود می دانند. به طور کلی فرض می شود عزت نفس تا حدودی باثبات است. همچنین عزت نفس به عنوان یک احساس کلی از خود ارزش و کفایت

¹⁴ Adler

¹⁵ Allport

¹⁶ Rogers

¹⁷ Sullivan

¹⁸ Horn

¹⁹ James

²⁰ Maslow

شخصی یا به عنوان احساس عمومی پذیرش خود، خوبی و احترام به خود تعریف می شود (کوپر اسمیت^{۲۱}، ۱۹۶۷، وایلی^{۲۲}، ۱۹۹۰، شهرآرای، ۱۳۸۷). عزت نفس یا همان خود بزرگواری یکی از خصوصیات مهم و اساسی شخصیت هر فردی را تشکیل می دهد و به طور حتم روی سایر جنبه های شخصی انسان اثر می گذارد و کمبود یا فقدان آن باعث عدم رشد سایر جنبه های شخصیت یا ناموزونی آنها خواهد شد و حتی ممکن است پایه گذار بیماریهای روانی گوناگونی مانند افسردگی، کمرویی و ترس و... شود (بیابان گرد^{۱۳۷۳}).

تحقیقات نشان داده است که بچه هایی که دچار ناتوانی یادگیری هستند احتمالاً سیکل منفی از عزت نفس پایین را تجربه می کنند، انگیزه و پشتکارشان برای انجام تکالیف کاهش می یابد و این باعث می شود شکست بیشتری را تجربه کنند (کاور، بروکواسکی^{۱۹۹۹}، گریز^{۱۹۹۴}، گارنی^{۱۹۸۸}، به نقل از کوزن^{۱۹۹۹}).

مولفه های اساسی عزت نفس:

پنج مولفه عزت نفس از دیدگاه جامع نگر «اینرونر» در ذیل مطرح شده است، توصیف موارد با استناد به عزت نفس بالا و پایین توسط بربا (۱۹۸۹) مطرح شده است:

۱- امنیت: احساسی از اطمینان قوی است که شامل این نکات می شود، احساس راحتی، وقوف در آنجا که از وی انتظار می رود، توانایی وابستگی به افراد و موقعیت ها و درک قواعد و محدودیت ها، دارا بودن احساس قوی امنیت (می توانم از پشتیبانی دیگران بر خودار شوم) پایه ای است که ساختار مولفه های دیگران بر آن اساس پایه ریزی می گردد از این رو کودکان باید قبل از انجام هر عملی نسبت به آن اطمینان خاطر حاصل نمایند، چنانچه کودک احساس ناراحتی نماید (نسبت به آنچه که از من انتظار می رود مطمئن نیستم) در جذب مولفه های دیگر عزت نفس با مشکل مواجه خواهد شد.

۲- خود پذیری: احساس فردیتی است که اطلاعاتی درباره خود و توصیف دقیق و واقع بینانه را بر حسب نقش ها، اسنادها و ویژگیهای جسمانی را در بر می گیرد. کودکانی که واجد خود پذیری قوی باشند (من خود را دوست دارم و می پذیرم) احساس فرد گرایی، شایستگی، کفایت و تحسین از خود دارند و کودکانی که احساس خود پذیری ضعیفی دارند (من خودم را دوست ندارم) در پذیرش خود فاقد اراده اند.

۳- پیوند جویی: احساسی از پذیرفتن و مقبولیت است به ویژه در روابطی که مهم قلمداد می شوند، همچنین به معنای احساس پذیرفته شدن و مورد احترام قرار گرفتن از سوی دیگران به کار می رود. کودکانی که دارای احساسات پیوند جویی قوی باشند (احساس تعلق داشتن) رابطه راحت و رضایتمندی با دیگران برقرار می کنند. حال آنکه احساس پیوند جویی ضعیف در کودک کسی نمی خواهد با من باشد) منجر به انزوا طلبی و احساس بیگانگی وی خواهد شد.

۴- شایستگی: این مولفه به احساس موفقیت و فضیلت در کارایی اشاره دارد و شامل وقوف بر نیرومندی ها، توانمندی ها و پذیرش ضعف ها نیز می شود. کودکانی که واجد احساس شایستگی می باشند (من احساس توانایی می کنم، بنابراین می توانم با هر خطری رو برو شوم).

۵- تعهد: در این مولفه دارا بودن هدف و انگیزه در زندگی مورد نظر است به طوری که به خویشتن اجازه دهد تا اهداف واقع بینانه و قابل حصولی داشته باشد و در قبال پیامدهای تصمیمات خود احساس مسئولیت نماید.

ماهیت عزت نفس:

از آنجایی که عزت نفس مفهوم روانشناختی بسیار عام و گسترده ای است و در عین حال بسیار مهمی می باشد، والدین معمولاً تشویق به رشد ویژه آن را دشوار می یابند، مگر اینکه عزت نفس را به طور مشخص تعریف کنند. عزت نفس همان ارزیابی

²¹Asmet

²²Veilly

²³Cover-brokovaski

²⁴Kris

²⁵Garni

²⁶Cozon

نفس است که برطبق معیارهای فردی خاص صورت می پذیرد. هر فرد، نقش آن معیارها را در تعیین ارزش انسانی خود بسیار تلقی می کند.

عزت نفس برای بقا و سلامت روانی انسان حیاتی است «عزت نفس» همیشه از ارزش ثابتی برخوردار نیست، بنابراین می توان بسته به شرایط جسمی (سلامت یا بیماری)، تجربه ها زندگی (موفقیت یا شکست) و حالات روحی (شاد یا غمگین) مثبت و منفی نوسان داشته باشد. عزت نفس یکی از ملزومات عاطفی زندگی است و بدون آن بسیاری از نیازهای اساسی برآورده نمی شوند (گرین برگ و همکاران ۱۹۹۲). در واقع، عزت نفس بعد ارزیابانه خود پنداره، توصیف فرد از خود است و اشاره به این دارد که چگونه خود را ارزشیابی می کنیم. برای انسان این امکان وجود دارد که رنگها، صداها، شکلها و احساسهای خاصی را دوست نداشته باشد. اما اگر فرد بخشهای از خود را دوست نداشته باشد، ساختار روانی او به شدت آسیب می بیند.

سلامت روان:

ریشه لغوی واژه انگلیسی «health» در واژه های «haelth»، «haelp» به معنی کل و «haelen» (heal) انگلیسی قدیم و کلمه آلمانی قدیم «heilen» و «heilida» به معنی کل قرار دارد. گراهام^۱ (۱۹۹۲) این ریشه لغوی را با کلمات انگلیسی «halig» و آلمانی قدیم «heilig» که به معنی مقدس است ارتباط داده است. بنابراین از نظر ریشه شناسی لغوی سالم بودن به معنی کلیت داشتن یا مقدس بودن است بدین ترتیب شامل ویژگی های معنوی و فیزیکی است. از نظر سارتریوس سلامتی غیر قابل رویت است. و مستلزم تظاهر کارکرد بخش های مستقل روانی جسمی و اجتماعی است. مانی این رویکردهای کل نگر در مورد سلامتی را به کل جهان گسترش می دهد و سلامتی بشر را از سلامتی سیاره زمین جدایی ناپذیر می داند. تودور (۱۹۹۶) سلامتی روان را به شرح زیر تعریف می کند. سلامت روان شامل: توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره وری و بدون وجود دردسر است. سلامت روان مفهوم انتزاعی و ارزیابی نسبی گری از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش هایش است و نمی توان آن را جدای از سایر پدیده های چند عاملی فهمید که فرد را به موازاتی که در جامعه به عمل می پردازد، می سازند. سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان هایی که موثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی رفتار ملاحظه گرانه و گرایش شاد را حفظ می کنند. سلامت روان عنوان و برچسبی است که دیدگاه ها و موضوعات مختلف مانند: عدم وجود علایم احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را در بر می گیرد. برای ارائه یک تئوری در مورد سلامت روان، موفقیت برون روانی کافی نیست باید سلامت درونی روانی را به حساب آوریم. سلامت روان ظرفیت رشد و نمو شخصی می باشد. و یک موضوع مربوط به پختگی است. سلامت روان یعنی هماهنگی بین ارزش ها، علایق ها و نگرش ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه برنامه ریزی واقع بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است. سلامت روان، سلامت جسم نیست بلکه به دیدگاه و سطح روانشناختی ارتباطات فرد، محیط اشاره دارد. بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله روان انجام می شود. سلامت روان ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه ای است که ما را قادر به درک ظرفیتهای طبیعی خود می کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسانهایی که دنیای ما را می سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران بوجود می آورد. سلامت روان، توانایی عشق ورزیدن و خلق کردن است، نوعی حس هویت بر تجربه خود به عنوان موضوع و عامل قدرت فرد، که همراه است با درک واقعیت درون و بیرون از خود و رشد واقع بینی و استدلال.

تعریف سلامت روانی:

سلامت روانی را می توان براساس تعریف کلی و وسیع تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به طور گسترده ای تغییر یافته است. عمر طولانی تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلاء به بیماریهای مهلک با کشف آنتی بیوتیک ها و پیشرفتهای علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است. بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی

فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تاثیر می گیرد و بر آنها تاثیر می گذارد. بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می کند که فرد با خود وسبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می توان آن قسمت هایی را که در باره ی خود یا زندگی اش مساله ساز است تغییر دهد (هرشن سن و پاور، ۱۹۸۸، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۴).

یهودا (۱۹۵۹، به نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۴) مواردی را برای تعریف سلامت روانی ارائه کرد:

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| الف) نگرش مثبت به خود | ب) میزان رشد، تحول و خودشکوفایی |
| ج) عملکرد روانی یکپارچه | د) خود مختاری یا استقلال شخصی |
| ه) درک صحیح از واقعیت | و) تسلط بر محیط |

دیگران نیز موارد دیگری را ارائه دادند ولی از نظر اسمیت^۱ (۱۹۶۱، به نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۴) همه ی این موارد، مفاهیم اصلی یکسان را برداشتند. بنابراین وی پیشنهاد کرد به جای شمردن اینگونه موارد بهتر است ابعاد بهداشت روانی بر اساس اصول زیر انتخاب شود:

- | | |
|------------------------------------|--|
| الف) نشان دادن ارزش های مثبت بشری | ب) داشتن قابلیت اندازه گیری و تشخیص |
| ج) داشتن ارتباط با نظریه های شخصیت | د) مرتبط بودن با بافت های اجتماعی که برای آن تعریف و مشخص شده اند. |
- به این ترتیب، متخصصان بعدی کارشان را روی مفاهیمی کلی از قبیل بهنجار بودن یا بهزیستی متمرکز کردند. امروزه مفهوم مقابله^۲ به منزله ملاک سلامت روانی به نوشته های رشته های تخصصی گوناگون بهداشت روانی راه یافته است (هرشن سن و پاور، ۱۹۸۸، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۴). بعضی از محققان معتقدند سلامت روانی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می تواند با جامعه کنار بیاید. سلامت روانی به معنای احساس رضایت، روان سالمتر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۹، ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۶).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی، و حل مناسب و منتطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی، به طوری که فرد بتواند از مجموعه تضادها ترکیبی متعادل به وجود آورد، می داند. طبق تعریفی که این سازمان ارائه می دهد، وظیفه اصلی بهداشت روانی، تامین سلامت روان است تا به مدد آن بتواند قوا و استعدادهای روانی را پرورش داد. در واقع، بهداشت روانی مبتنی بر سه پایه است:

- | | |
|--|---|
| الف) حفظ و تامین سلامت روان | ب) ریشه کن ساختن عوامل بیماری زا و پیشگیری از ابتلاء به بیماریهای روانی |
| ج) ایجاد زمینه ی مساعد برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت نهفته در آنها (سامی کرمانی، ۱۳۵۴). | |
- به طور کلی شخص دارای سلامت روان می تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می رسد تعریف رضایت بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است. بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد (بنی جمال واحدی، ۱۳۷۰).

خصوصیات افراد دارای سلامت روانی:

بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی، افراد دارای سلامت روانی دارای خصوصیات زیر هستند:

آنان احساس راحتی می کنند، خود را آنگونه که هستند می پذیرند، از استعدادهای خود بهره مند می شوند، نگرانی، ترس و اضطراب و حسادت کمی دارند و دارای اعتماد به نفس می باشند. سیستم ارزشی آنان از تجارب شخصی خودشان سرچشمه می گیرد. احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، به علایق افراد دیگر توجه می کنند و نسبت به آنها احساس مسئولیت نشان می

²⁸.Smith

²⁹.Coping

دهند. سعی نمی کنند بر دیگران تسلط یابند. آنها با مشکلات روبرو می شوند و نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند. محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل می دهند و تا آنجا که ضرورت دارد با آن سازگار می شوند (بنی جمال واحدی، ۱۳۷۰). تحقیقات متعددی در خصوص سلامت روانی انجام گرفته است که برخی از این تحقیقات رابط بین سلامت روانی و خانواده و همچنین ازدواج مجدد را مورد بررسی قرار داده اند، پس لازم است تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته است مورد بررسی قرار گیرند.

در مطالعه ای که تحت عنوان مقایسه ی بهداشت روانی بین دانشجویان مجرد و متاهل خوابگاهی انجام گرفت به شرح زیر می باشد. نمونه تحقیق مذکور ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر مجرد و ۶۰ نفر متاهل) می باشد که به صورت تصادفی انتخاب شده اند و نتایج نشان داد که بین دانشجویان مجرد و متاهل نمره کل سلامت روانی (یعنی از نظر اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی) تفاوت معنی داری وجود ندارد. محقق علت معنی ندار بودن دو گروه از لحاظ سلامت روان را به علت وجود عوامل مزاحم مانند نمونه های انتخاب شده هر دو گروه خوابگاه دانشجویی زندگی می کنند و چون هر دو گروه از خانواده همسرشان دور هستند و همچنین مشکلات مربوط به خوابگاه ها و مشکلات خاص خود دانشجویان می داند (اختیاری امیری، ۱۳۸۳). در تحقیقی که تحت عنوان: بررسی رابطه ی عملکرد خانواده و سلامت عمومی فرزندان انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین عملکرد خانواده به طور کلی و سلامت عمومی دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد. از میان متغیرهای عملکرد خانواده، بین میزان همبستگی خانواده و سلامت عمومی دانش آموزان رابطه مثبت و معنی داری به دست می آمد. بین میزان ابزار و بیان خود و سلامت عمومی دانش آموزان نیز رابطه ی مثبت و معنی داری مشاهده شد. نتایج بدست آمده چه در ابعاد نظری و چه در بعد تحقیقاتی نشانگر این است که نحوه ی تعاملات درون خانواده با میزان سلامت عمومی فرزندان آنها در ارتباط است (حنانی، ۱۳۸۳).

در تحقیق دیگری که تحت عنوان: ارتباط بین سازگاری خانواده با سلامت روانی و سطح رضاء نیازهای روانشناختی فرزندان نوجوان انجام گرفت. نتایج نشان داد که عملکرد خانواده در ابعاد شش گانه حل مشکل، ارتباط نقش همراهی عاطفی و کنترل عاطفی و نیز عملکرد با مشکلات روانی (شکایت جسمانی، ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به صورتی که هر چه عملکرد خانواده ضعیف تر باشد مشکلات روانی نیز بیشتر خواهد شد. همچنین عملکرد با میزان احساس نیازهای روانی، آزادی عمل، شایستگی و ارتباط، همبستگی منفی معناداری داشت. به صورتی که هر چه عملکرد خانواده ضعیف تر باشد، عدم ارضای نیازهای روانی، ارتباط، شایستگی و آزادی عمل نیز بیشتر خواهد بود. یافته دیگر نشان داد که عملکرد کل، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی خانواده ها با مقیاس، تفاوت معنی داری نداشت، اما حل مشکل ارتباط کنترل رفتار و نقش ها با جامعه، تفاوت معنی داری داشت و ضعیف تر بود. نتایج تحقیق بیانگر اهمیت تاثیر پذیری فرزندان از ناساگاری والدین و محیط نآرام خانواده بود و نتایج نشان داد که چنانچه خانواده به وظایف خود عمل نکنند، سلامت روانی روزه مره فرزندان، ارتباط کلامی و غیر کلامی اعضای الگوهای رفتاری مناسب و نهایتاً تعیین قواعدی برای کنترل رفتار، دارای عملکرد ضعیف هستند. (رحیمی نژاد و پاک نژاد، ۱۳۸۳).

در پژوهشی که در شهر اهواز تحت عنوان: مقایسه ی سلامت روان زنان در خانواده های تک همسر به زنان در خانواده های چند همسری انجام گرفت. نتایج نشان داد که احتمالاً فشار روانی ناشی از چند همسر داشتن یک مرد، بتدریج تعادل روانی زنان چنین خانواده هایی را بر هم زده و آنها را مستعد ابتلاء به بیماریهای روانی می کند. آشفتگی ناشی از بر هم خوردن شکل طبیعی خانواده منجر به عقاید ضد سازشی و کاهش رضایت از زندگی، عصانیت، عدم کنترل رفتار و... خواهد شد. (زارعی و همکاران، ۱۳۸۳).

همچنانکه در جریان طبیعی رشد جوانان در صدد تثبیت هویت بزرگسالانه ای برای خود هستند سطوح مختلف افسردگی و استرس مرتبط با مشکلات در میان نسل جوان در حال گسترش است علاوه بر این اسمیت^۱ و راتر^۲ (۱۹۹۵) گزارش کرده اند که از سال ۱۹۴۵، اختلالات روانی، اجتماعی که در برگیرنده ی افسردگی، اختلالات تغذیه، و رفتار های خودکشی است در

³⁰ Smith

³¹ Rutter

بزرگسالان به طور اساسی شیوع بیشتری یافته است. همچنین بر اساس گزارش سازمان بهداشتی، طی ده سال گذشته، تعداد جوانانی که بیمار تشخیص داده شده و به بیمارستان های روانی ارجاع داده شده اند افزایش قابل ملاحظه ای یافته است. پژوهشی که روی جوانان ۱۸ ساله در اسکاتلند انجام شده است نشان می دهد که ۱/۳ پسران و ۲/۵ دختران دارای اختلالات روانشناختی هستند (بهرامی احسان، ۱۳۸۱).

نتایج مطالعه ات تطبیقی که در سه کشور اروپایی انجام شده است حکایت از آن دارد که حدود ۲۷ درصد افراد از افسردگی رنج می برند. همچنین کاجر^۳ (۱۹۹۴) گزارش کرده است که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد جوانان دارای مشکلات رجدی هیجانی، رفتاری هستند (بهرامی احسان، ۱۳۸۱).

نظریات نوین مبتنی بر شناخت درمانی:

افراد دارای سلامت روان معتقد به یک سیستم اعتقادی و ارزشی هستند و خصوصیات نظام و اعتقاد او نیز منطبق با ادراک او از واقعیات است. طرز تفکر چنین فردی فاقد خصوصیات تعمیم پذیری، مبالغه کردن، فیلتر ذهنی و... است. فرد دارای سلامت روانشناختی به جنبه های مثبت خود به اندازه کافی و به صورت واقع بینانه توجه می نماید. چنین فردی در حیطه طبیعی خودش گام بر می دارد و نهایتاً صادقانه مسئولیت رفتار و تفکرش را می پذیرد (اوی، ۱۹۹۳).

نظریه ی ویلیام گلاس:

انسان سالم بنا بر به نظریه گلاس کسی است دارای ویژگی های زیر می باشد:

- ۱- واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با واقعیت ها به صورت واقع گرایانه ای روبرو شود.
- ۲- هویت موفق داشته باشد یعنی هم عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تایید کنند.
- ۳- مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند. پذیرش مسئولیت کامل ترین نشانه سلامت روانشناختی است.
- ۴- توجه او به لذت دراز مدت تر، منطقی تر و منطقی باموقعیت باشد.
- ۵- بر زمان حال و آینده تاکید نماید نه بر گذشته و تاکید ای بر آینده نیز جنبه دور نگری داشته باشد نه به صورت خیال پردازی باشد. واقعیت درمانی گلاس نیز بر سه اصل: قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخص این سه اصل تحقق یابد نشانگر سلامت روان- شناختی است (گلاس، ۱۹۶۵).

نظریه ی اسکینر^{۳۳}:

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل بارفتار با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شوند از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد، به علاوه انسان سالم بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط حدودی از عوامل محیطی مشخص گردد. انسان سالم کسی است که تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب از عوامل متناسب از دیدگاه اسکینر این باشد که انسان بایستی از علم، نه برای پیش بینی بلکه برای تسلط بر محیط خودش استفاده کند. در این معنا فرد سالم کسی است که بتواند با هر روش بیشتر از اصول عملی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت نگری و غیره را کنار بگذارد.

³²Kutcher

³³Skinner

بهزیستی روانشناختی :

در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه های فرد سالم است.

امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی بهزیستی است (ریف و سینگر، ۱۹۹۸، آنتونوفسکی، ۱۹۸۷، استرامپفر^۱، ۱۹۹۰).

بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید دارد به عنوان مثال دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران. جمع گسترده ای از ادبیات تحقیقی در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی به تجزیه و تحلیل چالشهای و مشکلات اساسی زندگی پرداخته است (ریف^۲ و کیس^۳، ۲۰۰۲).

نظریه پردازان «گستره ی زندگی»^۴ نظیر اریکسون (۱۹۵۹) و نوگارتن^۵ (۱۹۷۳) التزامهای دوره های مختلف سنی و راه هایی را که فرد بطور موفقیت آمیزی می تواند بر آنها غلبه کند را تبیین کرده اند. روانشناسان علاقمند به رشد و پیشرفت کامل انسان سازه هایی از قبیل خودشکوفایی (ابراهام مزلو، ۱۹۶۸) کمال رشد^۱ (گوردون آلپورت، ۱۹۶۸) و تفرد (کارل یونگ، ۱۹۳۲) را پیشنهاد و ارائه کرده اند.

احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانانگیز مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانانگیز منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (مایرز^۲ و دینر^۳، ۱۹۹۵).

باید توجه داشت که تجربه هیجانانگیز خوشایند و مثبت همزمان با تجربه ی هیجانانگیز ناخوشایند و منفی صرف کند به همان نسبت زمان کمتری را برای هیجانانگیز منفی باقی می گذارد. از سوی دیگر باید توجه داشت که هیجانانگیز مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند. یعنی احساس رضامندی مثبت تنها با فقدان هیجانانگیز منفی پدید نمی آید و عدم حضور هیجانانگیز منفی لزوما حضور هیجانانگیز مثبت را به همراه نمی آورد، بلکه برخوردار از هیجانانگیز مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است. بنابراین، احساس بهزیستی (شادی) سه مولفه مجزا و در عین حال مرتبط با یکدیگر را می بایست مورد شناسایی قرار داد:

الف) حضور نسبی هیجانانگیز مثبت
ب) فقدان و عدم حضور هیجانانگیز منفی
ج) رضامندی از زندگی.

در مطالعات گوناگون افراد شاد را با ویژگی های زیر تعریف می کنند:

³⁴ Strumpfer

³⁵ Ryff

³⁶ Keyes

³⁷ Life-span

³⁸ Neugarten

³⁹ Maturity

⁴⁰ Myeris

⁴¹ Diener

اول آنکه از عزت نفس و احترام به خود بالایی برخوردارند و خودشان را دوست دارند. در یکی از آزمون های عزت نفس با جمله هایی نظیر « من از با خود بودن لذت می برم » و « من ایده های خوبی دارم کاملاً موافق هستم ». این افراد به اخلاقیات توجه بسیار دارند و عقلانی رفتار می کنند (ژانوف بولمن، ۱۹۸۹، مایرز، ۱۹۹۳، به نقل از کرمی نوری، ۱۳۸۱).

دوم آنکه افراد شاد احساس کنترل شخصی بیشتری را در خود احساس می کنند، آنهایی که انجام امور بیشتر به توانایی های خود می اندیشند تا به درماندگی و ناتوانایی هایی خویش، با استرس بیشتری مقابله می کنند (دو مونت، ۱۹۸۹، لارسن، ۱۹۸۹، به نقل از کرمی نوری، ۱۳۸۱).

سوم آنکه افراد شاد خوش بین هستند. افراد خوش بین با این جملات موافقت کامل دارند که: « وقتی با کار جدیدی روبرو می شوم، انتظار موفقیت در آن کار را دارم ». با این افراد موفق تر، سالم و شادتر از افراد بدبین هستند (دمبر، بروک، ۱۹۸۹، سلیگمن، ۱۹۹۱، به نقل از کرمی نوری، ۱۳۸۱).

چهارم آنکه افراد شاد برون گرا هستند و در ارتباط و همکاری با دیگران توانمندند افراد شاد در مقایسه با افراد ناشاد، چه در تنهایی و چه در حضور دیگران، احساس شادی می کنند و از زندگی خود و دیگران، از زندگی در نواحی گوناگون شهری یا روستایی، و یا اشتغال در مشاغل گوناگون انفرادی و اجتماعی به یک اندازه لذت می برند (دینر و همکاران، ۱۹۹۲).

یکی از مهم ترین مدل هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل ریف و همکاران است. ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی های بالقوه واقعی خود می داند. این مدل از طریق ادغام نظریه های مختلف رشد فردی عملکرد سازگارانه شکل گرفته و گسترش یافته است بهزیستی روانشناختی در مدل ریف و همکاران از شش مؤلفه تشکیل شده است: مؤلفه پذیرش خود به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها توانایی ها و فعالیت های خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان ها تلاش می کنند علی رغم محدودیت هایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است مؤلفه خودمختاری به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه، مربوط می شود داشتن ارتباط مثبت با دیگران، دیگر مؤلفه این مدل، به معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاکنده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسانهایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می کوشند رابطه ای گرم بر اساس، اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند مؤلفه هدفمندی در زندگی، به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیت ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می دهد و به شکل مؤثر با آنها، درگیر می شود. یافتن معنی برای تلاش ها و چالشهای زندگی در قالب این مؤلفه قرار می گیرد. تسلط بر محیط مؤلفه دیگر این مدل به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. لذا فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد مؤلفه رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد شخصی پیوسته باز می شود. فردی با این ویژگی همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش و از طریق یادگیری و تجربه است.

۱- اختلال بیش فعالی

اختلال بیش فعالی (ADHD) از جمله اختلال هایی است که مدتی نسبتاً طولانی از توصیف آن می گذرد. در سال ۱۸۴۵ پزشک آلمانی به نام هنریخ هافمن در قطعه شعری طنز آمیز نوجوانی را به نام فلیپ بیقرار توصیف کرد، و از این رو، اختلال بیش فعالی به نام بیماری هافمن معروف شد. در طی سالهای ۱۹۰۰ تا ۱۹۱۰ کودکان بیش فعال، سرکش و تکانشی را که بسیاری از آنها دچار صدمات عصب شناختی بودند، تحت عنوان سندرم بیش فعالی معرفی می کردند. با مطرح شدن تحقیقات جدیدتر، عدم توجه و تکانشوری نیز در این اختلال مد نظر قرار گرفت (داگلاس، ۱۹۷۲). به همین خاطر، عنوان "بیش فعالی" جای خود را به کمبود توجه/بیش فعال (ADHD) داد.

گزارش های میزان بروز اختلال کم توجهی بیش فعالی در ایالات متحده از ۲ تا ۲۰٪ کودکان مدارس ابتدایی متغیر است. رقم محتاطانه حدود ۲ تا ۷٪ کودکان مدارس ابتدایی در سنین پیش از بلوغ است. در بریتانیا میزان بروز کمتر از ایالات متحده و کمتر از ۱٪ گزارش شده است. ADHD در پسرها به نسبت ۲ بر ۱ تا ۹ بر ۱ از دخترها شایع تر است. در بستگان درجه اول افراد مبتلا به ADHD خطر ابتلا به این اختلال و نیز سایر اختلالات نظیر اختلال رفتاری ایزایی، اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی بالا است. هم شیرهای کودکان مبتلا به ADHD احتمالاً در آزمون های پیشرفت تحصیلی نسبت به سایر کودکان نمرات ضعیف تری کسب می کنند و شواهدی از شکست های تحصیلی نشان می دهند. در والدین کودکان مبتلا به ADHD میزان بروز هیپرکینیزی پر جنبی، جامعه ستیزی، اختلال سوء مصرف الکل و اختلال تشنجی بالاتر از حد عادی است. هر چند این اختلال معمولاً تا سن سه سالگی شروع می شود اما عموماً تا زمانی که کودک وارد محیط سازمان یافته مدرسه نظیر آمادگی یا کودکانستان نشده گذاشته نمی شود. یعنی زمانی که اطلاعات معلم در مورد مقایسه توجه و تکانش گری کودک با همسالانش در دست باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۲- سبب شناسی

در حال حاضر بر این نکته اتفاق نظر وجود دارد که علت ADHD مربوط به تعامل پیچیده سیستم های عصبی - تشریحی و عصبی - شیمیایی است. این اجتماع نظر مبتنی بر مطالعات مربوط به ژن ناقل دوپامین، مطالعات تصویر برداری عصبی و داده های عصب- رسانه ها (نوروترنسمیترها) است. اکثر کودکان مبتلا به ADHD شواهدی از آسیب آشکار ساختمانی در دستگاه عصبی شیمیایی خاص برای این اختلال رابطه ای قابل پیش بینی بین آن و انواعی از اختلالات دیگری که بر عملکرد مغز تاثیر می گذارند (نظیر اختلالات یادگیری) وجود دارد. عواملی که برای ADHD مطرح شده اند عبارتند از: مواجهه با سموم در دوره قبل از تولد، زودرسی و صدمه مکانیکی قبل از تولد به دستگاه جنین. افزودنی های خوراکی، رنگ ها، مواد نگهدارنده و قند نیز به عنوان عوامل احتمالی رفتار بیش فعال مطرح شده اند. اما شواهد علمی دخالت این عوامل را در پیدایش ADHD نشان نداده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۳- عوامل ژنتیک

همگامی بالا در دوقلوه های یک تخمکی نسبت به دوقلوهای دو تخمکی از جمله شواهدی است که نشان می دهد اختلال کم توجهی بیش فعالی ممکن است پایه ژنتیک داشته باشد. همچنین در برادر خواهرهای کودکان بیش فعال خطر ابتلا به این اختلال تقریباً ۲ برابر جمعیت کلی است. یکی از برادر خواهرها ممکن است عمدتاً علائم بیش فعالی و دیگران عمدتاً علائم بی توجهی از خود نشان دهند. در والدین تنی کودکان مبتلا به این اختلال خطر بروز اختلالات سلوک در کودکان مبتلا به ADHD بیشتر است و اختلالات مصرف الکل و اختلال شخصیت ضدا اجتماعی در والدین کودکان شایعتر از جمعیت کلی است (همان منبع).

عوامل مربوط به رشد: شواهدی وجود دارد که نشان می دهد ماه سپتامبر اوج شیوع تولد کودکان مبتلا به ADHD با یا بدون اختلالات یادگیری است. معنای ضمنی این یافته آن است که مواجهه پیش از تولد با عفونت های زمستانی در سه ماه اول حاملگی در بروز برخی علائم ADHD در برخی کودکان مستعد نقش دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۴- عوامل عصبی فیزیولوژیک :

اسکن های توموگرافیک کامپیوتری مغز کودکان مبتلا به ADHD یافته های ثابتی را نشان نمی دهند. مطالعاتی که با استفاده از توموگرافی نشر پوزیترون انجام شده است نشانگر کاهش جریان خون مغز و میزان متابولیسم در نواحی لوب پیشانی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی در مقایسه با گروه شاهد بوده است. اسکن های توموگرافی نشر پوزیترون نیز نشان داد که در دختران نوجوان مبتلا به این اختلال متابولیسم گلوکز در مقایسه با زنان و مردان شاهد طبیعی و مردان مبتلا به ADHD به طور کلی افزایش یافته است. یک نظریه یافته های بالینی را با این فرض توجیه می کند که لوب های پیشانی در

کودکان مبتلا به ADHD مکانیسم مهاری خود را روی ساختمان های پایین تر به خوبی اعمال نمی کنند که همین امر منجر به مهار گسیختگی می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۵- عوامل روانی اجتماعی:

کودکان پرورشگاهی اغلب بیش فعال هستند و میدان توجه محدودتری دارند. این نشانه ها از محدودیت هیجانی طولانی ناشی شده و با رفع عوامل محرومیت مثل به فرزند در آمدن و انتقال به خانه والدین از بین می روند. حوادث استرس آمیز روانی، اختلال در تعادل خانواده و سایر عوامل اضطراب آور در شروع یا دوام اختلال بیش فعالی کم توجهی نقش دارند. عوامل زمینه ساز ممکن است شامل مزاج کودکان، عوامل ژنتیکی خانوادگی و توقعات جامعه برای رعایت رفتار یا عملکرد معمول و پذیرفته شده باشد (همان منبع).

۶- تشخیص

سابقه مفصل پیش از تولد در مورد الگوهای اولیه رشد کودک و مشاهده مستقیم معمولاً وجود نشان های اصلی بیش فعالی و رفتار تکانشی را نشان می دهد. بیش فعالی ممکن است در بعضی موقعیت ها (مثلاً در مدرسه) مشاهده شده و در موقعیت های دیگر مثلاً مصاحبه چهره به چهره و تماشای تلویزیون دیده نشود. ممکن است در فعالیتهای سازمان یافته خوشایند مانند ورزش کمتر خود را نشان دهد. ولی تشخیص این اختلال ایجاب می کند که علائم مخرب و مداوم بیش فعالی تکانشگری یا بی توجهی حداقل در دو زمینه مختلف تخریب ایجاد کرده باشد. برای مثال بسیاری از کودکان دچار ADHD در خانه و مدرسه مشکلاتی دارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

سایر خصوصیات مشخص کننده ADHD میدان توجه کوتاه و حواس پرتی سریع است. در مدرسه کودکان مبتلا به این اختلال قادر به انجام دستور العمل ها نبوده و نیازمند توجه بیشتری از سوی معلمین هستند آنها در خانه اغلب از خواسته های والدین پیروی نمی کنند این کودکان تکانشی عمل میکنند و دچار بی ثباتی هیجانی بوده و تحریک پذیر و انفجاری هستند (همان منبع).

کودکانی که بیش فعالی ویژگی عمده آنهاست بیشتر ارجاع داده می شوند تا کودکانی که علامت عمده آنها کم توجهی است. در کودکانی که دچار نوع عمدتاً بیش فعالی تکانشی هستند نسبت به کودکان مبتلا به نوع عمدتاً بی توجه احتمال این که با گذشت زمان تشخیصی ثابتی داشته باشند، بیشتر است و بیشتر از آنها به طور همزمان دچار اختلال سلوک می شوند. اختلالات خواندن، ریاضیات، زبان و هماهنگی حرکتی ممکن است همراه به ADHD دیده شود. سابقه کودک ممکن است نشانه هایی از عوامل پیش از تولد (از جمله ژنتیک) هنگام تولد و پس تولد که بر ساختار عملکرد دستگاه عصبی مرکزی اثر می گذارند به دست دهد. سرعت رشد و انحرافات مربوط به رشد واکنش والدین به گذارهای رفتاری پراسترس و یا قابل توجه باید مورد توجه قرار گیرند زیرا ممکن است به تعیین میزان سهم والدین در پیدایش بی کفایتی و کژکاربهای کودک یا نحوه واکنش به آنها کمک کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

سابقه تحصیلی و گزارش معلمین از این جهت مهم است که به کمک آن می توان تعیین کرد که مشکلات یادگیری و رفتار کودک در مدرسه عمدتاً ناشی از ناتوانی در حفظ توجه است یا به علت نقصان در درک مطالب درسی ایجاد شده است. مشکلات تحصیلی اضافی ممکن است ناشی از مسائل نگرشی یا تکاملی طرد اجتماعی و ضعف خودانگاره بر اثر بی کفایتی باشد. این گزارش ها همچنین ممکن است نحوه برخورد کودک با این مشکلات را نشان دهد. نحوه ارتباط کودک با برادر، خواهر، همسالان، بزرگسالان و فعالیت های آزاد و سازمان یافته سرنخ های با ارزشی از وجود ADHD را فراهم می کند (همان منبع).

۷- خصوصیات بالینی

اختلال ADHD ممکن است در دوران شیرخواری آغاز شود هر چند به ندرت تا قبل از دوره نوپایی تشخیص داده می شود. شیرخواران مبتلا به این اختلال نسبت به محرکها بسیار حساسند و تحت تاثیر صدا، نور، حرارت و سایر تغییرات محیطی

خیلی زود ناراحت می شوند. گاهی نیز برعکس، چنین کودکانی شل و بی حالند، اکثر اوقات می خوابند و به نظر می رسد که در ماه های اول زندگی رشد آهسته ای دارند. هر چند فعالیت ها در گهواره، خواب کم و گریه فراوان در این کودکان شایع تر است. احتمال اینکه با برقراری محدودیت های اجتماعی، فعالیت جابجایی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی / پیش فعالی کاهش یابد. کمتر از کودکان طبیعی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

در مدرسه کودکان مبتلا به ADHD ممکن است به سرعت پاسخ دادن به سوالات امتحانی را شروع کند اما پس از جواب دادن یکی دو سوال دست از فعالیت بردارند. ممکن است نتوانند منتظر نوبت خود بشوند و بخواهند به جای هر کس دیگر جواب دهند. در خانه نیز قادر نیستند حتی برای چند لحظه هم خاموش باشند. کودکان مبتلا به این اختلال اغلب انفجاری یا تحریک پذیر هستند. این تحریک پذیری ممکن است بر اثر محرک نسبتا بی اهمیتی ایجاد شود که موجب سردرگمی و ترس آنها شده است. این کودکان اغلب از نظر هیجانی بی ثبات بوده و به آسانی خنده یا گریه سر می دهند و خلق عملکرد آنها نیز متغیر و غیر منتظره است. رفتار تکانشی و ناتوانی آنها برای به تعویق انداختن ارضا خود از خصوصیات مشخص آنهاست. چنین کودکانی اغلب مستعد حادثه هستند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۸- سیر و پیش آگهی

سیر ADHD بسیار متغیر است. مشخص شده علائم تقریبا در ۵۰ درصد موارد تا نوجوانی یا بزرگسالی ادامه دارد. در ۵۰ درصد مابقی علائم در زمان بلوغ یا اوایل بزرگسالی فروکش می کنند. در برخی موارد پرتحرکی برطرف می شود. ولی کاهش میدان توجه و مشکلات کنترل تکانه باقی می ماند. پرتحرکی معمولا نخستین علامتی است که فروکش می کند و حواس پرتی آخرین علامتی است که برطرف می شود. ADHD معمولا در اواسط کودکی فروکش نمی کند. پایداری اختلال را می توان از روی سابقه خانوادگی، حوادث منفی زندگی، همراهی علائم سلوک، افسردگی و اختلالات اضطرابی پیش بینی کرد. احتمال بهبود قبل از سن ۱۲ سالگی کم است. اگر بهبودی روی دهد معمولا بین ۱۲ تا ۲۰ سالگی است. اکثر بیماران مبتلا که بهبود نسبی پیدا کرده، مستعد رفتار ضد اجتماعی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات خلقی هستند. مشکلات یادگیری معمولا در سراسر عمر ادامه می یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

تقریبا ۴۰ تا ۵۰ درصد علائم در دوران بزرگسالی دوام می آورند. در افراد مبتلا ممکن است بیش فعالی کاهش یابد ولی همچنان تکانشی و مستعد حادثه باقی بمانند. هر چند پیشرفت های تحصیلی و آموزشی این افراد پایین تر از سایر افراد است ولی سابقه اشتغال اولیه آنها از کسانی که تحصیلات مشابه دارند متفاوت نیست (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

در کودکان مبتلابی که علائمشان تا دوران نوجوانی دوام می آورد، خطر ابتلا به اختلال سلوک بالا است. کودکانی که به طور همزمان مبتلا به ADHD و اختلال سلوک هستند نیز در معرض خطر ابتلا به اختلال مرتبط با مواد قرار دارند. به نظر می رسد بروز اختلالات سو مصرف مواد در نوجوانی بیشتر به وجود اختلال سلوک ارتباط دارد تا ADHD (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

اکثر کودکان مبتلا به ADHD دچار برخی از مشکلات اجتماعی هستند. در آن دسته از کودکان مبتلا که دچار کژکاری اجتماعی هستند میزان بروز اختلالات روانی همراه بیشتر است و این کودکان در زمینه رفتار در مدرسه و روابط با همسالان و اعضای خانواده مشکلات بیشتر دارند. به طور کلی به نظر می رسد فرجام ADHD در کودکی به میزان آسیب روانی پایدار همراه بخصوص اختلال سلوک، ناتوانی اجتماعی و عوامل مربوط به خانواده آشفته بستگی دارد. بهترین نتایج ممکن است با بهبود عملکرد اجتماعی کودک، کاهش پرخاشگری و اصلاح هر چه سریعتر شرایط خانوادگی به دست آید (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۹- درمان

دارودرمانی: درمان دارویی خط اول درمان ADHD محسوب می شود. محرک های دستگاه عصبی مرکزی داروهای انتخاب اول هستند. زیرا مشخص شده اثر بخشی بالایی دارند و عموما عوارض خفیف قابل تحملی ایجاد می کنند. هر چند سوابق مستند مربوط به فرآورده های کوتاه اثر و پیوسته رهش متیل فنیدیت (-metadate CD- concerta - Ritalin SR- Ritalin metadate)، دکستروآمفتامین (Dexedrine spansules, dexdrrine) و ترکیب ملح آمفتامین و دکستروآمفتامین

(Adderallxr , adderla) بی خطری این داروها را نشان داده اند. اما در راهبردهای فعلی مصرف یکبار در روز فرآورده های پیوسته رهش به دلیل سهولت مصرف و کاهش عوارض بازگشتی (rebound) ارجحیت دارند یک شکل جدیدتر متیل فنیدیت دکسمتیل فنیدیت است که فقط حاوی د-انانتیومر است اخیراً به بازار عرضه شده است و هدف از تولید آن افزایش اثرات درمانی و کاهش عوارض آن دسته از مبتلایان به ADHD است که پاسخ ناقصی نسبت به متیل فنیدیت نشان داده اند. یکی از مزایای انواع پیوسته رهش داروها در بسیار از کودکان این است که مصرف یک وعده در صبح سبب حفظ اثرات درمانی در تمام طول روز می شود و دیگر لازم نیست کودک برای مصرف وعده دوم یا سوم دارو فعالیت تحصیلیش را قطع کند. مزیت فیزیولوژیک فرآورده های پیوسته رهش محرکهای فوق این است که سطح دارو در تمام طول روز در حد ثابتی باقی می ماند و این امر مانع بروز دوره های بازگشت و تحریک پذیری می شود. داروهای خط دوم درمان کودکان و نوجوانان دچار ADHD عبارتند از اتوکوکتسین stratetra که یک مهار کننده باز جذب نوراپی نفرین است. داروهای ضد افسردگی نظیر بوپروپیون و ونلافاکسین آگونیستهای گیرنده آفا آدرنژیک (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

بحث و نتیجه گیری

خانواده یک نظام اجتماعی و از ارکان جامعه را به نوعی کوچکترین سلول اجتماعی می باشد که از مناسبات قانونی و شرعی بین زن و شوهر تشکیل می گردد و وظیفه والدین مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباطات سالم اعضای خانواده با هم و کمک به استقلال کودکان می باشد. از طرفی به اعتقاد جمعی از روان شناسان، مهمترین ابزار انسان برای رسیدن به سعادت خوشبختی عزت نفس می باشد. فقدان عزت نفس یا احساس مقاومت در تماس با دیگران خود را به صورت خجالت، شرمندگی، خود بینی اغراق آمیز و نیاز به خود نمایی و تمایل شدید به تمجید و تاکید دیگران بروز می دهد.

به اعتقاد برخی از روان شناسان، هنگام وجود احساس ناراحتی و فقدان شادمانی، عزت نفس افراد کاهش می یابد، به عبارت دیگر، بین شادمانی و عزت نفس ارتباط علی متقابل وجود دارد. تامین بهداشت همه افراد جامعه از مهم ترین مسایل اساسی هر کشور است، این امر در سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی مورد ملاحظه قرار می گیرد، در صورتی که بعد روانی بهداشت به اندازه کافی مورد توجه قرار نگیرد، فراوانی مشکلات روانی و رفتاری رو به فزونی خواهد گذاشت تا حدی که عوارض ناشی از بی توجهی به آن در ابعاد فردی و اجتماعی، خانوادگی و انسانی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اثرات سوء و غیر قابل جبران رادر پی خواهد گذاشت.

بدیهی است که بیماری روانی مخصوص یک قشر یا یک منطقه خاص نبوده و تمامی طبقات جامعه را در بر می گیرد و هیچ انسانی از فشار روانی و اجتماعی مصون نیست و به طور کلی باید گفت وجود یک بیماری روانی به کار و اقتصاد خانواده لطمه وارد می کند، در آمد سرانه را کاهش می دهد و رفاه و نشاط فردی را از اعضای خانواده سلب می کند و با تخریب وضایع کردن نیروی انسانی، در اقتصاد و اجتماع تاثیر عمیق و سوء بر جای می گذارد. به همین دلیل بهداشت روان در اغلب کشورها در راس برنامه برنامه ملی و بهداشت همگانی قرار دارد.

حضور یک کودک استثنایی در خانواده فشار روانی زیادی بر والدین و اعضای خانواده وارد می کند و می تواند سلامت روان آنان را به مخاطره اندازد. بسیار حائز اهمیت است که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه با نوع احساسات خود در برخورد با کودکان آشنا شوند. برای سازش با کودک خود نیاز دارند که احساس نسبتاً خوبی در مورد خود پیدا کنند. زندگی، ازدواج و کار والدین این گونه کودکان ایجاب می کند تا حدی رضایتمندی را احساس کنند، ممکن است با توجه به این واقعیت که کودکی ناتوان دارند احساس غم و ناراحتی کنند، اما نیازی نیست که کل زندگی آنها را هاله ای از غم فرا گیرد.

اسکینر^۱ اظهار می دارد که سلامت روانی و انسان سالم به معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد، به علاوه انسان سالم بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم پندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط می باشد و هر رفتار توسط حدودی از عوامل محیطی مشخص گردد. انسان سالم کسی

است که از تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب از عوامل متناسب از دیدگاه اسکنیر این باشد که انسان بایستی از علم، به برای پیش بینی بلکه برای تسلط بر محیط خودش استفاده کند. بنابراین فرد سالم کسی است که بتواند با هر روش بیشتری از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت نگری و غیره را کنار بگذارد.

رفتار و ویژگیهای شخصیتی والدین تحت تاثیر رویدادهایی است که درسالهای زندگی برای آنها اتفاق می افتد از این رو برای درک فرایندهای روانی آنها یعنی ادارک، الگوهای تفکر، انگیزه ها، هیجانها تعارضها و شیوه های مقابله با آن بایستی بدانیم که این فرایندها از کجا سرچشمه می گیرند و چگونه با گذشت زمان تغییر می کنند.

واکنش همه والدین در مقابل مشکل فرزندشان یکسان نیست، ولی به طور کلی می توان پذیرفت که قریب به اتفاق والدین این گونه کودکان در مقابل بیش فعالی فرزندشان به نحوی واکنش نامطلوب از خود بروز می دهند که نوع و میزان این عکس العمل ها با توجه به جنبه های شخصیتی آنها، زمان بروز واکنش و... با یکدیگر متفاوت می باشد، لذا تمام والدین احتیاج به نوعی کمک دارند تا بتواند ابتدا به طور کامل با مشکلاتشان را با افراد متخصص داشته باشند و از این مهم جز با آگاهی و اطلاع دقیق و مستدل از مسائل و مشکلات والدین دارای فرزند معمول و بررسی وضعیت روانشناختی والدین مسیر نمی گردد با توجه به اینکه وضعیت روانشناختی والدین به طور مستقیم و غیر مستقیم بر شکل گیری رفتار کودکان و مناسبات اجتماعی خویش تاثیر اساسی دارد بسیار حایز اهمیت خواهد بود که بدانیم که والدین این کودکان دارای چه ویژگیهای شخصیتی بوده و چه تفاوتهایی با یکدیگر دارند تا از این رهگذر داده های دقیق تری جهت استفاده از روشهای مشاوره و توانبخشی و درمان فراهم آورده و زمینه های لازم جهت اقدامات خاص و اساسی در ابعاد مشاوره، انجمن اولیاء و مربیان، کودکان استثنایی، آموزش خانواده و... فراهم گردد.

نتایج این پژوهش می تواند برای والدین، مربیان و... که مسئول تعلیم و تربیت کودکان هستند الهام بخش باشد یا به احساسات و نیازهای کودکان توجه نموده و در زمینه ی کمک به عزت نفس و سلامت روانی و همچنین بهزیستی روانشناختی و همچنین خود شکوفایی والدین گام بردارد.

منابع و مراجع

- [۱] بازرگان عباس، سرمد زهره، حجازی الهه، (۱۳۸۷)، روشهای تحقیق در علوم رفتاری، تهران، انتشارات آگاه.
- [۲] سنجولی حمیده، (۱۳۸۸)، رابطه تجربه‌ی معنوی با سلامت روانی در والدین دارای فرزندان استثنایی و والدین فرزندان عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد .
- [۳] شاطرلو عالییه، افزایش عزت نفس دانش آموزان کم توان ذهنی از راه توجه به مولفه های خود پنداره، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳۸۶ شماره ۷۴، ص ۲۷ .
- [۴] عمران نسب عمران، (۱۳۸۷)، بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان در دانشجویان سال آخر کارشناسی علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- [۵] فیضی ژاله، (۱۳۸۶)، رابطه سلامت عمومی، کمالگرایی و عزت نفس در پزشکان عمومی، پایان نامه کارشناسی ارشد .
- [۶] لطافتی بریس، امین (۱۳۸۸) نظریه پردازان سلامت روان، ۷۶ فصلنامه تازه های روان‌درمانی، سال شانزدهم، شماره ۵۵ و ۵۶.
- [۷] مشکی و همکاران (۱۳۸۷)، بررسی تاثیر برنامه آموزشی با به کارگیری عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی فیض، دوره دوازدهم، شماره ۴.
- [۸] یوسفی لویه مجید، مداخله های روان شناختی در مورد کودکان با نیازهای ویژه تعلیم و تربیت استثنایی ۱۳۸۷ شماره ۸۵ و ۸۴ .
- [9] Adler. A. (1926). *The Neurotic Constitution*. New York Dood mead
- [10] Burden.R.L(1980) measuring the effects of sters on the mother of handicapped imfamts: mast depression always follow?
- [11] Beckman, P.J(1991). Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without
- [12] Cmic, k.,friedrich,w., Greenberg,m(1983).Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology.American journal of mental deficiency, 88, 125-231
- [13] Corsini. R.(1973). *Current Psychotheraphes*. Peacock Pubilshers. Inc Itasaca. Lllonnis
- [14] Corson. V.(1999)Bermer.A.Elizabeth.N.Mental Health Nursing. Sau Nders Compaany
- [15] Edwards, A.J(1977),*Education psychology*, landon.15-66
- [16] Ellis. A. doubson. (1988) *How to live with and without anger* New york: Reasers Digestpress
- [17] Leinonen. J. a,solataus, t . S, Punamaki. R.I, (2003)jurnal of child psychiatry,44(2),227-41
- [18] Ryff. C. D. Keyes. C. l. m Shomtkin .D. (2002). Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional. *Journal of Personality and social psychology*. 62 (6). 1007-1022
- [19] Skinner. B. F. (1973). *Beyond Freedom and Dignity* palific Grov. California u.s.a