

مقایسه احساس خود ارزشمندی، سلامت روانی و محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا

ارزو هنرفش^۱، پرویز شریفی درآمدی^۲ و سمیرا وکیلی^۳

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

^۲دانشیار، استادیار، دانشکده روان شناسی، هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران dr-sharifidaramadi@yahoo.com

^۳استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه احساس خود ارزشمندی، سلامت روانی و محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر نابینا و بینا در شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند و با استفاده از نمونه گیری هدفمند در دسترس، تعداد ۶۰ نفر که ۳۰ نفر دانش آموزان نابینا از مدارس شهید محبی و تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزان بینا در مدرسه فرهنگ (هر دو واقع در منطقه ۵ تهران) انتخاب شده بودند. این پژوهش از نوع تحقیقات پس رویدادی (علی-مقایسه ای) است. روش جمع آوری اطلاعات مقیاس خودارزشمندی، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28، پرسشنامه محبوبیت والدین (افروز-اسدی، ۱۳۹۳) می باشد. داده‌ها با استفاده از مدل آماری تحلیل واریانس چند متغیری، دو گروه مستقل (استفاده گردیده شد. یافته‌ها بین احساس خود ارزشمندی، در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد. بین سلامت روانی در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد. بین محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد. می توان نتیجه گیری کرد که، نوجوانان بینا در مولفه های خودارزشمندی نمرات بالاتری در مقایسه با نوجوانان نابینا کسب کرده اند که این تفاوت از نظر آماری معنادار است. افراد نابینا از سطح پایین تر سلامت روان در مقایسه با گروه بینا برخوردار بودند. اختلاف معناداری میان میانگین نمرات نوجوانان بینا و نابینا در پرسشنامه محبوبیت والدین وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: احساس خودارزشمندی، سلامت روان، محبوبیت والدین، نوجوانان نابینا.

مقدمه

تولد فرزند مانند بسیاری از رویدادهای زندگی در هر سن، موقعیت و زمانی به علت تغییراتی که ایجاد می کند، نیازمند سازگاری های جدیدی است. این پدیده علی رغم استرس، خشم، ناکامی و تعارضاتی که به طور موقت بر والدین تحمیل می کند، به دلیل طبیعی بودن، با راحتی بیشتری مورد پذیرش قرار می گیرد. ولی در مورد خانواده هایی که دارای فرزند با مشکلات بینایی هستند موقعیت بسی پیچیده و پر چالش تر است. خود ارزشمندی باور هر فرد نسبت به ارزشها و توانایی های خود که برای خود چقدر اهمیت و احترام قائل است و موفقیت های خود را نشانه تلاش و کوشش خود می داند. افراد به طور طبیعی تمایل به پیشرفت دارند، افراد با عزت نفس بالا موفقیت خود را به خود نسبت می دهند و سعی می کنند بیشتر تلاش کند اما افراد با عزت نفس پایین موفقیت خود را به شرایط و موقعیت ها جهت می دهند و تلاش و کوشش بسیار کمی دارند (اسماعیلی، ۱۳۸۰).

مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت های بین فرهنگ ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و آنچه مسلم است این است که حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است (شاکری نیا، ۱۳۹۱).

مروری بر پژوهش های انجام شده نشان می دهد که از نظر تاریخی پژوهش های دهه ی ۱۹۵۰ بیشتر به تاثیر رفتار والدین بر کودک توجه داشتند، در حالی که در مطالعات دهه ۱۹۶۰، اثرات منفی کودکان بر والدین برجسته تر شده است. (احمدپناه، ۱۳۸۰)

اعتماد به نفس را نوعی نگرش تعریف نموده اند که به فرد اجازه می دهد دیدگاه واقعی و مثبتی نسبت به خود داشته باشد و سبب می شود فرد به تواناییهای خود اعتماد کند و احساس کنترل بر زندگی داشته باشد (چامپاین، ۱۹۹۶).

(مازلو، ۱۹۵۴) بنابراین یکی از نیازهای اساسی انسانها در تمام مراحل زندگی داشتن میزان معینی از اعتماد به نفس است اعتماد به نفس را می توان متغیری محسوب کرد که از زندگی اجتماعی و تجاری اکتسابی محیط تاثیر می پذیرد. علت عمده پیدایش اعتماد به نفس را باید در رابطه فرد با اجتماع به ویژه در دوران پراهمیت کودکی و نوجوانی جستجو کرد (اسلامی نسب، ۱۳۷۳). یکی از متغیرهایی که بر سلامت روانی می تواند تاثیرگذار باشد خودارزشمندی است. خودارزشمندی یکی از نتایج ناشی از بررسی و تحلیل عامل بین ذهن، خود و شخصیت می باشد (محمدعلی زکی، ۱۳۹۱). خودارزشمندی بر این اساس تکیه دارد که مردم با توجه به تجارب فردی و اجتماعی خود در می یا بند که موقعیتهای زندگی چگونه وضعیتهایی برای موفقیت یا شکست آنها فراهم می کنند. با توجه به تجارب موجود در زندگی هر انقدر مردم قدر و منزلت و ارزش و بهای خود بهتر بدانند، به همان نسبت اعتماد به خویشتن افزوده و در نهایت عزت نفس بالایی برخوردار خواهند بود. قدردانی از خود و بها دادن به خویشتن از مصادیق مهم خودارزشمندی است که موجب شکل گیری عزت نفس می شود.

خودارزشمندی به مثابه نیروی بالقوه انگیزشی تلقی می شود که در عزت نفس نمایان می کند.

(کروکولف، ۲۰۰۱، کرور، لاهتان، کوپروبوووثی، ۲۰۰۳). خود ارزشمندی موجب ارتقا سلامت عمومی، خودتنظیمی، منبع انگیزشی، کاهش افسردگی و اصلاح رفتار اجتماعی، چگونگی درست و مناسب مواجهه با حوادث و وقایع روزمره زندگی بوده و در سطوح مختلف زندگی فردی، خانوادگی و آموزشی و اجتماعی اثرات خود را نمایان می کند (سامرز، ۲۰۰۴).

بررسیهای گوناگون روان شناسی حاکی از آن است که اعتماد به نفس با عزت نفس (استنک، ۱۹۹۶) توانایی ریسک کردن، پذیرش

¹ champaign

² Estank

غیرمشروط خود، بی‌نیازی به تایید یگران (چامپاین، ۱۹۹۶)، احترام به خود و دیگران، تحمل شکست پیشرفت تحصیلی، رشد اخلاقی (اسلامی نسب، ۱۳۷۳) ارتباط مستقیمی دارد و در صورت کمبود اعتماد به نفس مشکلات فردی و اجتماعی بیشماری گریبانگیر فرد می‌شود (قائمی، ۱۳۶۳).

به طور کلی می‌توان گفت نقص بینایی می‌تواند روی اعتماد به نفس و مفهوم خود افراد موثر واقع شود نقص بینایی به عنوان یک مانع در تعاملات اجتماعی باعث می‌شود که نابینایان نسبت به همسن و سالان خود ارتباط اجتماعی کمتری داشته باشند و چون ادراک از خود و برداشت فرد از خود دارای بار قوی اجتماعی است، لذا روی بعد عاطفی ارزشیابی خود یا همان عزت نفس آنان تاثیر می‌گذارد (افروز، ۱۳۷۳).

چشم یکی از حساسترین اعضای حسی بدن انسان و یکی از اصلی‌ترین کانالهای ارتباط او با جهان خارج به خصوص در برقراری روابط متقابل میان افراد یک اجتماع می‌باشد (طاهری عراقی، ۱۳۶۸).

پارسون (۱۹۸۷) اظهار می‌دارد، دانش آموزان دارای نقص بینایی، تصور می‌کنند دانش آموزان عادی دارای عملکردی به مراتب کارآمدتر از آنها می‌باشند. به طور کلی مشکلات مربوط به مفهوم خود و عزت نفس در کودکان نابینا، اساساً به دلیل محدود بودن تجارب تعاملی آنها به وجود می‌آید.

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقص بینایی ممکن است منجر به احساس حقارت و ناتوانی در افراد شود و احتمال دارد از عدم پذیرش اجتماعی، نتایج ضعیف تحصیلی، ناتوانی جسمی و سازگاری ضعیف اجتماعی ناشی گردد (گریوگوردبیل و برنارس، ۲۰۰۹). نابینایان نسبت به آینده خود بیمناک‌ترند و نگرش منفی نسبت به خود دارند. این افراد تصور می‌کنند که افراد عادی دارای عملکرد به مراتب بهتری از آنها هستند، که این امر در نهایت روی خودپنداره و عزت نفس آنها تأثیر منفی دارد و موجب می‌شود نابینایان نتوانند هویت موفق را در خود رشد دهند (نقل از مستعلمی، حسینیان و یزدی، ۱۳۸۴).

برخی پژوهشگران گزارش کرده‌اند که تفاوت معنی داری در عزت نفس و خودپنداره افراد نابینا و سالم وجود دارد (کف، ۱۹۹۹؛ لیف‌شیتز، هن و ویس، ۲۰۰۷). احتمالاً عزت نفس پایین در این افراد، منجر به بروز برخی مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی می‌شود. برای مثال، ساتاپاتی و سینگال (۲۰۰۱) نشان دادند که سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی در افراد نابینا، رابطه معنی‌داری با افزایش عزت نفس و رابطه منفی معنی‌داری با افزایش فشار روانی، رفتارهای اجتنابی و مشکلات رفتاری دارد.

افراد نابینا و کم‌بینا، حتی با وجود رفتارهای سازگارانه و مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، به این دلیل که در انجام کارهای روزمره به دیگران وابسته هستند، عزت نفس پایین دارند. بنابراین، محیط اجتماعی می‌تواند احساس ناکامی و نارضایتی از خودکارآمدی و عزت نفس پایین را در این افراد به وجود آورد. برای مثال، کف و دکویچ (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان دادند که ارتباط خطی مستقیم بین حمایت همسالان با سلامت روان‌شناختی در افراد نابینا وجود دارد.

برگ (۱۹۸۲) اظهار می‌دارد که فرد در صورتی احساس با ارزش بودن می‌کند که رشته عملکرد خود را متصل به منشا محکم و استوار و قابل قبولی بر اجتماع ببیند، بنابراین هر قدر عمل انجام شده با معیارهای فردی و اجتماعی مطابقت بیشتری داشته باشد، احساس اعتماد به نفس بیشتری فراهم خواهد شد (اسلامی نسب، ۱۳۷۴).

امروزه در اصلاح و درمان بسیاری از اختلالات رفتاری به عنوان اولین یا مهمترین گام به ارزیابی و پرورش احساس عزت نفس و تقویت اعتماد به نفس و مهارت‌های فردی و اجتماعی کودکان و نوجوانان می‌پردازند، زیرا اگر این افراد بخواهند از حداکثر ظرفیتهای ذهنی و توانمندیهای بالقوه خود بهره‌مند شوند می‌بایست از نگرشی مثبت نسبت به خود و همچنین انگیزه‌ای قوی برای تلاش برخوردار شوند (بیابانگرد، ۱۳۷۳).

پژوهشگر به دنبال این تحقیق می‌باشد. مساله اساسی پژوهش حاضر آیا بین احساس خود ارزشمندی، سلامت روانی و محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت دارد؟

جامعه آماری:

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر نابینا و بینا در شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۹۶ به تحصیل اشتغال دارند می باشد. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به صورت هدفمند، تعداد ۶۰ نفر که ۳۰ نفر دانش آموزان نابینا از مدارس شهید محبی و تعداد ۳۰ نفر از دانش آموز بینا در مدرسه فرهنگ (هر دو واقع در منطقه ۵ تهران) با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و در دسترس استفاده شدند. طرح پژوهش: تحقیق بنیادی از نظر هدف می باشد. این پژوهش از نوع تحقیقات پس رویدادی (علی-مقایسه ای) است در روش تحقیق علی مقایسه ای پژوهشگر به دنبال کشف و بررسی روابط عوامل و شرایط خاص یا نوعی رفتار که قبلاً وجود داشته یا رخ داده از طریق مطالعه نتایج حاصل از آنهاست (دلاور، ۱۳۸۴).

روش اجرا

بعد از گرفتن مجوز از آموزش و پرورش استثنایی و با همکاری مدارس مرکز نابینایی شهید محبی و دبیرستان فرهنگ با دعوت از نوجوانان و انتخاب افرادی که تمایل به همکاری دارند از آنها خواسته شد تا پرسشنامه های خود ارزشمندی، سلامت عمومی و محبوبیت والدین را کامل کنند. همچنین در مورد دانش آموزان عادی، به صورت در دسترس نمونه های داوطلب از مدارس عادی انتخاب و پرسشنامه های مورد نظر را پاسخ دادند.

روش جمع آوری داده ها:**مقیاس خودارزشمندی:**

مقیاس خودارزشمندی کروکر، لاهتانن، کوپر و بویورثی (۲۰۰۳) (CVWS) می باشد. این مقیاس شامل ۳۵ گویه است که به صورت مدرج هفت نمره ای (۱- کاملاً مخالفم تا ۷- کاملاً موافقم) جهت ارزیابی میزان احساس ارزش، بهاء، قیمت و اهمیت نسبت به خویشتن آزمودنی ها طراحی شده است. این مقیاس شامل هفت پاره مقیاس احساس خودارزشمندی نسبت به حمایت خانواده، رقابت و سبقت جویی، جنبه جسمانی و ظاهری، عشق خدایی، شایستگی علمی و آموزشی، تقوی و پرهیزگاری و میزان موافقت از سوی دیگران می باشد. پایایی مقیاس با ۱۳۴۵ آزمودنی ۰/۸۲ و در بین مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است.

پایایی مقیاس با استفاده از روش آزمون مجدد (با فاصله سه ماه) ۰/۷۵ محاسبه شده است. پایایی هفت پاره مقیاس مذکور به ترتیب بالا ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۹۶، ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۲ به دست آمده است. علاوه بر آن روابط معناداری بین مقیاس خودارزشمندی با مطلوبیت اجتماعی (۰/۳۲)، عزت نفس روزنبرگ (۰/۳۴) و عزت نفس جمعی لوهاتنن و کروکر (۰/۳۷) گزارش شده که معرف روایی مقیاس خودارزشمندی است (کروکر و همکاران، ۲۰۰۳). پایایی ابزار فوق در تحقیق حاضر با استفاده از آمار آلفا کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۹۹ محاسبه شده است. پایایی ابزار به تفکیک جنس در بین دانش آموزان پسر (۱۰۰ نفر) و دختر (۱۰۰ نفر) به ترتیب ۰/۷۰۶ و ۰/۸۳۵ گزارش می شود. نتایج آزمون آلفا کرونباخ در خصوص پرسشنامه سازگاری با دانشگاه در جدول ۱ نمایش داده شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28:

در این پژوهش از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه بهره گرفته شده است. پرسشنامه GHQ توسط گلدبرگ ۱۹۷۲، تدوین شد و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلال روانی در مراکز و محیط های مختلف بوده است.

سؤال های پرسشنامه که به بررسی سلامت عمومی فرد در ماه اخیر می پردازد و توسط نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده می باشند (یعقوبی، ۱۳۸۴؛ ص ۱۰۸).

پرسشنامه با سؤالات جسمانی شروع می شود و هر چه که جلوتر برویم سؤال های روان پزشکی بیش تر می شوند. دلیل این کار این بوده که وجود چنین سؤال هایی در ابتدای پرسشنامه ممکن است آزمودنی هایی را برآشفته کند به گونه ای که حاضر به ادامه همکاری نشوند (یعقوبی، ۱۳۸۴؛ ص ۱۰۸).

الف) طریقه نمره گذاری

پرسشنامه GHQ ۲۸ به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد. روش نمره گذاری این پرسشنامه با استفاده از روش لیکرت می‌باشد. بدین صورت که در آن گزینه بیشتر از همیشه ۴، مثل همیشه ۳، کمتر از همیشه ۲، خیلی بدتر از همیشه مقدار ۱ را می‌گیرند و همچنین گزینه خیر ۴، کمی ۳، زیاد ۲، خیلی زیاد ۱ را می‌گیرد.

- اطلاعات مربوط به مقیاس کارکرد جسمانی

- اطلاعات مربوط به مقیاس کارکرد اجتماعی

- اطلاعات مربوط به مقیاس اضطراب

- اطلاعات مربوط به مقیاس افسردگی

به طوری که ملاحظه می‌شود، این پرسشنامه از ۴ مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال می‌باشد. سؤال‌های مربوط به مقیاس پشت سر هم آمده است به گونه‌ای که سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس کارکرد جسمانی (S)، سؤالات ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب (A)، سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس کارکرد اجتماعی (S)، سؤالات ۲۲ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی (D) می‌باشند.

ب) روایی و پایایی پرسشنامه**روایی پرسشنامه GHQ-28**

بهترین شاخص‌های روایی پرسشنامه‌های غربالگری، دو شاخص حساسیت و ویژگی می‌باشد. ویژگی یک آزمون غربالگری عبارت است از نسبت افراد سالم درست شناسایی شده یا منفی‌های واقعی که به عنوان درصد تخمین بیماران بیان می‌شود و حساسیت آزمون غربالگری عبارت است از نسبت بیماران درست شناسایی شده یا مثبت‌های واقعی که به عنوان درصد بیماری بیان می‌شود (گلدبرگ، ۱۹۸۹؛ ص ۵۰).

تاکنون بیش از ۷۰ مطالعه مورد اعتبار GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام شده است که از این تعداد ۴۵ مطالعه اطلاعات مفصلی راجع به روش‌های نمونه‌گیری ارائه داده‌اند که این موجب می‌شود بتوان مقایسه مستقیمی بین آنها انجام داد «ویلیامز» گلدبرگ و ماری، (۱۹۸۸) این مطالعات را فرا تحلیل کرده‌اند. نتایج نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر ۰/۸۳ این ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۷۵ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۵۸) می‌باشد.

ادری بیچه و گورژه (۱۹۹۲) در اعتبار GHQ-28 را در نمونه‌ای ۲۷۷ نفری از زنان که ۱۲ درصد آنان از خانواده‌های چند همسری ارزیابی کردند. ۹ درصد افراد نمونه بی‌سواد و ۴۱ درصد دارای سواد ابتدایی بودند. آنها از کار خود نتیجه گرفتند که این پرسشنامه ۰/۲۸ حساسیت و ۰/۵۸ ویژگی دارد.

چونگ و اسپیرز در جمعیت کامبوجی‌های ساکن نیوزیلند، حساسیت GHQ-28 را ۸۷/۵ و ویژگی آن را ۸۲/۸ یافته‌اند. یعقوبی (۱۳۷۴) در مطالعه مقدماتی پژوهشی خود اعتبار حساسیت و ویژگی GHQ-28 را مورد بررسی قرار داد. نتایج حاصله نشان داد که در نمره برش ۲۳ حساسیت و ویژگی GHQ-28 به ترتیب برابر ۸۶/۵ و ۰/۲۸ است. همچنین به منظور بررسی روایی همزمان آزمون در مورد یکی از خوشه‌های اصلی مطالعه علاوه بر پرسشنامه GHQ-28 آزمون SCL-90 را نیز اجرا نمود. و همچنین هومن (۱۳۷۶)، پالانگ (۱۳۷۴)، مجاهد، (۱۳۷۴) یزدان پناه، (۱۳۷۵)، میرخشتی (۱۳۷۵) و صولتی (۱۳۷۷) روایی پرسشنامه نسخه فارسی GHQ-28 را به ترتیب به میزان ۰/۴۸، ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۶۲، ۰/۹۲، ۰/۹۸ گزارش نموده‌اند.

پایایی پرسشنامه GHQ-28

مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای پرسشنامه GHQ-28 است. چونگ و اسپیرز (۱۹۴۴) در مطالعه بر روی ۲۲۳ تن از افراد بزرگسال به این نتیجه رسیدند که ضریب پایایی، بازآزمایی پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۰/۵۵ و ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای هر یک از مقیاس‌ها (چهارگانه مذکور و بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷) بوده است.

مقیاس محبوبیت والدین (افروز - اسدی، ۱۳۹۳):

این مقیاس توسط اسدی و افروز (۱۳۹۳) تهیه شده است. مقیاس دارای ۳۰ گویه می باشد. مقیاس محبوبیت والدین با هدف ارزیابی محبوبیت والدین نزد فرزندان خود تهیه شده است و در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (از ۱ کاملاً موافقم تا ۵ کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. اسدی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰/۷۴ گزارش کرده است.

روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها:

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: ۱- توصیفی، ۲- استنباطی، آمار توصیفی (نمودار ستونی، میانگین، انحراف استاندارد، جداول فراوانی) استنباطی: تحلیل واریانس چند متغیری، آدوگروه مستقل یافته ها:

آیا بین احساس خودارزشمندی، سلامت روان و محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟

جدول ۴-۶. آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی واریانس ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	df1	df2	F	سطح معناداری
احساس خودارزشمندی	۱	۵۸	۰/۵۴	۰/۴۶
سلامت روان	۱	۵۸	۰/۵۹	۰/۴۴
محبوبیت والدین	۱	۵۸	۰/۶۶	۰/۴۱

با توجه به جدول فوق فرض همگنی واریانس ها در سطح کلیه متغیرها رعایت شده است. به عبارتی از آنجاکه آماره لیون به دست آمده در کلیه خرده مقیاس ها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، فرض همگنی واریانس ها تایید می شود.

جدول شماره ۴-۷. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

M BOX	F	Sig
۸/۹۷	۱/۳۲	۰/۲۴

با توجه به جدول فوق و از آنجاکه میزان $F=1/32$ می باشد، می توان گفت در سطح آماره ۰/۰۵ مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است. به عبارتی ماتریس واریانس کوواریانس جامعه و نمونه در این مورد بر هم منطبق هستند.

جدول ۴-۸. خلاصه آزمون های چند متغیری

شاخص آماری	F	سطح معناداری
اثر پیلاهی	۲۵/۶۲	۰/۰۰
لامبدای ویلکز	۲۵/۶۲	۰/۰۰

T هاتلینگ	F	سطح معناداری
	۲۵/۶۲	۰/۰۰

با توجه به جدول فوق و میزان $F(3,56)=25/62$ برای آماره لامبدای ویلکز و $F(3,56)=25/62$ برای اثر پیلاهی و T هاتلینگ $F(3,56)=25/62$ که در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار هستند. می توان گفت میان مقدار متغیرهای وابسته در گروه ها اختلاف وجود دارد.

جدول ۹-۴. تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در افراد بینا با نابینا

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور اتا
احساس خودارزشمندی	۱۲۰۶/۰۱	۱	۱۲۰۶/۰۱	۲۹/۶۲	۰/۰۰	۰/۲۶
سلامت روان	۳۹۰/۱۵	۱	۳۹۰/۱۵	۳۵/۵۵	۰/۰۰	۰/۳۸
محبوبیت والدین	۴۷۶/۰۱	۱	۴۷۶/۰۱	۳۲/۳۶	۰/۰۰	۰/۳۵

در جدول فوق به تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در میان دو گروه پرداخته شده است. با توجه به ($p \leq 0/05$)، مجزور اتا برابر با ۰/۲۶ و ($F=29/6$) احساس خودارزشمندی می توان گفت، تفاوت مشاهده شده میان دو گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و افراد بینا در مقایسه با نوجوانان نابینا احساس خودارزشمندی بیشتری را تجربه می کنند. همچنین، از آنجاییکه ($p \leq 0/05$)، مجزور اتا برابر با ۰/۳۸ و ($F=35/55$) در متغیر سلامت روان نیز در سطح آماري ۰/۰۵ معنادار است، در این زمینه نیز فرض پژوهش تایید شده و فرض خلاف رد می شود. لذا، می توان گفت، افراد نابینا از سطح پایین تر سلامت روان در مقایسه با گروه بینا برخوردار بودند.

از سوی دیگر، با توجه به آماره ($p \leq 0/05$)، مجزور اتا برابر با ۰/۳۵ و ($F=32/36$) در خصوص متغیر محبوبیت والدین، در این زمینه نیز دلایل کافی برای رد فرض صفر و پذیرش فرض خلاف وجود دارد. لذا، می توان گفت نوجوانان بینا در مقایسه با نوجوانان نابینا سطح بیشتری از محبوبیت والدین را ادراک می کنند.

سوال جانبی ۱: آیا بین احساس خودارزشمندی در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟

با توجه به اینکه میان دو گروه در سطح احساس خودارزشمندی اختلاف معناداری مشاهده شده است. در ادامه به بررسی تفاوت مشاهده شده در سطح خرده مقیاس های احساس خودارزشمندی می پردازیم.

جدول شماره ۱-۴ آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی واریانس ها در خرده مقیاس های احساس خودارزشمندی

متغیر	df1	df2	F	سطح معناداری
حمایت خانواده	۱	۵۸	۰/۲۲	۰/۶۳
رقابت و سبقت جویی	۱	۵۸	۰/۴۰	۰/۵۲
جنبه ظاهری و جسمانی	۱	۵۸	۱/۲۱	۰/۳۱
عشق خدایی	۱	۵۸	۰/۲۹	۰/۰۹
شایستگی علمی	۱	۵۸	۰/۰۲	۰/۸۷
تقوی و پرهیزکاری	۱	۵۸	۰/۱۷	۰/۴۵
موافقت از سوی دیگران	۱	۵۸	۰/۰۴	۰/۸۲

با توجه به جدول فوق فرض همگنی واریانس ها در سطح کلیه خرده مقیاس های پرسشنامه خودارزشمندی رعایت شده است. به عبارتی از آنجاکه آماره لیون به دست آمده در کلیه خرده مقیاس ها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، فرض همگنی واریانس ها تایید می شود.

جدول شماره ۲-۴. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در احساس خودارزشمندی

M BOX	F	Sig
۱۷/۹۸	۲/۶۰	۰/۰۹

با توجه به جدول فوق و از آنجاکه میزان $F=17/98$ می باشد، می توان گفت در سطح آماری $0/05$ مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است. به عبارتی ماتریس واریانس کوواریانس جامعه و نمونه در این مورد بر هم منطبق هستند.

جدول شماره ۳-۴ خلاصه آزمون های چند متغیری خرده مقیاس های خودارزشمندی

شاخص آماری	F	سطح معناداری
اثر پیلای	۶۰/۳۸	۰/۰۰
لامبدای ویلکز	۶۰/۳۸	۰/۰۰
T هاتلینگ	۶۰/۳۸	۰/۰۰

با توجه به جدول فوق و میزان $F(7,52) = 60/38$ برای آماره لامبدای ویلکز و $F(7,52) = 60/38$ برای اثر پیلای و T هاتلینگ $F(7,52) = 60/38$ که در سطح معناداری $0/05$ معنادار هستند. می توان گفت میان مقدار متغیرهای وابسته، در سطح خرده مقیاس های احساس خودارزشمندی در گروه ها اختلاف وجود دارد.

جدول ۴-۴. تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه خرده مقیاس های خودارزشمندی در افراد بینا با نابینا

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
حمایت خانواده	۵۰/۴۱	۱	۵۰/۴۱	۲۰/۷۰	۰/۰۰	۰/۵۴
رقابت و سبقت جویی	۲۱۲/۸۱	۱	۲۱۲/۸۱	۶۸/۰۵	۰/۰۰	۰/۶۰
جنبه ظاهری و جسمانی	۳۶۵/۰۶	۱	۳۶۵/۰۶	۸۹/۸۴	۰/۰۰	۰/۲۸
عشق خدایی	۷۰/۴۱	۱	۷۰/۴۱	۲۳/۵۰	۰/۰۰	۰/۰۷
شایستگی علمی	۲۱/۶۰	۱	۲۱/۶۰	۴/۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷
تقوی و پرهیزکاری	۹۸/۸۱	۱	۹۸/۸۱	۲۱/۸۶	۰/۰۰	۰/۱۹
موافقت از سوی دیگران	۵۸/۰۱	۱	۵۸/۰۱	۱۴/۲۰	۰/۰۰	۰/۱۶

در جدول فوق به تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه نمرات نوجوانان بینا و نابینا در سطح خرده مقیاس های پرسشنامه احساس خودارزشمندی پرداخته شده است. براین اساس، با توجه به ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/54$ و $F=20/70$ در خرده مقیاس حمایت خانواده، ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/60$ و $F=68/05$ در زیرمولفه رقابت و سبقت جویی، ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/28$ و $F=89/84$ در ادراک جسمانی و ظاهری از خود، ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/07$ و $F=21/60$ در خرده مقیاس شایستگی علمی و ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/27$ و $F=14/20$ در خرده مقیاس موافقت از سوی دیگران که همگی معنادار هستند، می توان گفت نوجوانان بینا در این زیرمولفه ها نمرات بالاتری در مقایسه با نوجوانان بینا کسب کرده اند که این تفاوت از نظر آماری معنادار است.

در عین حال، با توجه به ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/19$ و $F=23/50$ در خرده مقیاس عشق به خدا و ($p \leq 0/05$)، مجذور اتا برابر با $0/16$ و $F=21/86$ در خرده مقیاس تقوی و پرهیزکاری که از نظر آماری معنادار هستند، می توان گفت، نوجوانان نابینا نمرات بالاتری در سطح این دو خرده مقیاس در قیاس با گروه بینا کسب کرده اند که اختلاف مشاهده شده معنادار و قابل بررسی است.

سوال جانبی ۲: آیا بین سلامت روان در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟

با توجه به اینکه میان دو گروه در سطح سلامت روان اختلاف معناداری مشاهده شده است. در ادامه به بررسی تفاوت مشاهده شده در سطح خرده مقیاس های سلامت روان پرداخته شده است.

جدول ۴-۵. آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی واریانس ها در خرده مقیاس های سلامت روان

متغیر	df1	df2	F	سطح معناداری
نشانه های جسمانی	۱	۵۸	۱/۳۹	۰/۲۴
نارساکنش وری اجتماعی	۱	۵۸	۱/۱۳	۰/۲۹
اضطراب	۱	۵۸	۰/۲۴	۰/۶۲
افسردگی	۱	۵۸	۳/۳۸	۰/۰۷

با توجه به جدول فوق فرض همگنی واریانس ها در سطح کلیه خرده مقیاس های پرسشنامه سلامت روان رعایت شده است. به عبارتی از آنجا که آماره لیون به دست آمده در کلیه خرده مقیاس ها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، فرض همگنی واریانس ها تایید می شود.

جدول شماره ۴-۶. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در سلامت روان

M BOX	F	Sig
۱۳/۲۸	۱/۶۹	۰/۰۷

با توجه به جدول فوق و از آنجا که میزان $F=13/28$ می باشد، می توان گفت در سطح آماره ۰/۰۵ مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است. به عبارتی ماتریس واریانس کوواریانس جامعه و نمونه در این مورد بر هم منطبق هستند.

جدول ۴-۷. خلاصه آزمون های چند متغیری خرده مقیاس های سلامت روان

شاخص آماری	F	سطح معناداری
اثر پیلای	۱۰/۱۶	۰/۰۰
لامبدای ویلکز	۱۰/۱۶	۰/۰۰
T هاتلینگ	۱۰/۱۶	۰/۰۰

با توجه به جدول فوق و میزان $F(4,55)=10/16$ برای آماره لامبدای ویلکز و $F(4,55)=10/16$ برای اثر پیلای و T هاتلینگ $F(4,55)=10/16$ که در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار هستند. می توان گفت میان مقدار متغیرهای وابسته، در سطح خرده مقیاس های سلامت روان در گروه ها اختلاف وجود دارد.

جدول ۴-۸. تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه خرده مقیاس های سلامت روان در افراد بینا با نابینا

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانه های جسمانی	۳۲/۲۶	۱	۳۲/۲۶	۱۱/۰۹	۰/۰۰
نارساکنش وری اجتماعی	۲۵/۳۵	۱	۲۵/۳۵	۶/۷۵	۰/۰۱
اضطراب	۱۱/۲۶	۱	۱۱/۲۶	۳/۰۳	۰/۰۸
افسردگی	۳۲/۲۶	۱	۳۲/۲۶	۱۷/۲۲	۰/۰۰

در جدول فوق به تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه نمرات نوجوانان بینا و نابینا در سطح خرده مقیاس های سلامت روان پرداخته شده است. براین اساس، با توجه به $F=11/09$ در خرده مقیاس نشانه های جسمانی، $F=6/75$ در زیرمولفه نارساکنش وری اجتماعی، $F=17/22$ در افسردگی می توان گفت، نوجوانان نابینا علائم جسمانی، نارساکنش وری اجتماعی و نشانه های افسردگی بیشتری را در مقایسه با نوجوانان بینای همسال خود گزارش می دهند. با اینحال، تفاوت مشاهده شده

میان نمرات اضطراب دو گروه در سطح ۰/۰۵ و از نظر آماری معنادار نبود، لذا در این زمینه اختلاف معناداری میان دو گروه دیده نشده است.

سوال جانبی ۳: آیا بین محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟

جدول ۹-۴. آزمون t دو گروه مستقل جهت مقایسه محبوبیت والدین در دو گروه

گروه	میانگین	Df	t	سطح معناداری
بینا	۱۲۰/۸۳	۵۸	۵/۶۸	۰/۰۰
نابینا	۱۱۵/۲۰			

همانگونه که در جدول فوق نمایش داده شده است، با در نظر گرفتن $t=5/68$ و در سطح ۰/۰۵ اختلاف معناداری میان میانگین نمرات نوجوانان بینا و نابینا در پرسشنامه محبوبیت والدین وجود دارد. لذا فرض صفر رد شده و فرض خلاف یا فرض پژوهشگر با ۹۵٪ اطمینان تایید می شود.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: آیا بین احساس خود ارزشمندی، سلامت روانی و محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟ با توجه به $F=29/62$ در احساس خودارزشمندی می توان گفت، تفاوت مشاهده شده میان دو گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و افراد بینا در مقایسه با نوجوانان نابینا احساس خودارزشمندی بیشتری را تجربه می کنند. همچنین، از آنجاییکه $F=35/55$ در متغیر سلامت روان نیز در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار است، در این زمینه نیز فرض پژوهش تایید شده و فرض خلاف رد می شود. لذا، می توان گفت، افراد نابینا از سطح پایین تر سلامت روان در مقایسه با گروه بینا برخوردار بودند. از سوی دیگر، با توجه به آماره $F=32/36$ در خصوص متغیر محبوبیت والدین، در این زمینه نیز دلایل کافی برای رد فرض صفر و پذیرش فرض خلاف وجود دارد. لذا، می توان گفت نوجوانان بینا در مقایسه با نوجوانان نابینا سطح بیشتری از محبوبیت والدین را ادراک می کنند. در تحقیق فلاح که به بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روان شناختی والدین کودکان ۱۲-۷ ساله در شهرستان کرمانشاه ناحیه ۲ انجام شد به این نتیجه رسید که نمره سلامت روانی در والدین دانش آموزان مرزی بیشتر از دانش آموزان عادی است بدین معنی که والدین کودکان مرزی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و همچنین از لحاظ عزت نفس بین والدین دانش آموزان عادی و مرزی تفاوت مشاهده نشد و مشخص شد که نمره بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان مرزی می باشد بدین معنی بهزیستی روان شناختی بیشتری دارند (فلاح، ۱۳۹۱).

در تحقیق اونتال^۱ و همکاران (۲۰۱۰) که به بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت روانی و عزت نفس پرداخته است. با استفاده از مدل آماری رگرسیون چند متغیری و اجرای پرسشنامه بر روی نوجوانان و جوانان تعیین نمود که ارتباط مثبت معنی داری بین عزت نفس و سلامت روان با کیفیت زندگی وجود دارد. بدین ترتیب که با افزایش عزت نفس سلامت روانی نیز افزایش می یابد و بالعکس لازم به ذکر است که ارتباط فوق در سطح $\alpha=0/01$ معنی دار است، با این پژوهش همسو است.

آیا بین احساس خود ارزشمندی، در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟ با توجه به $F=20/70$ در خرده مقیاس حمایت خانواده، $F=68/05$ در زیرمؤلفه رقابت و سبقت جویی، $F=89/84$ در ادراک جسمانی و ظاهری از خود، $F=21/60$ در خرده مقیاس شایستگی علمی و $F=58/01$ در خرده مقیاس موافقت از سوی دیگران که همگی در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند، می توان گفت نوجوانان بینا در این زیرمؤلفه ها نمرات بالاتری در مقایسه با نوجوانان نابینا کسب کرده اند که این تفاوت از نظر آماری معنادار است.

¹ -unterhal.

در عین حال، با توجه به $F=23/50$ در خرده مقیاس عشق به خدا و $F=21/86$ در خرده مقیاس تقوی و پرهیزکاری که از نظر آماری معنادار هستند، می توان گفت، نوجوانان نابینا نمرات بالاتری در سطح این دو خرده مقیاس در قیاس با گروه بینا کسب کرده اند که اختلاف مشاهده شده معنادار و قابل بررسی است. نتایج پژوهش با این افرادی که دارای عزت نفس بالاتر بودند، نسبت به افراد دارای عزت نفس پایین، از وضعیت تحصیلی مطلوب تری برخوردارند. بنابراین، احتمالاً می توان برای پیشبرد وضعیت تحصیلی می توان از روش های تقویت عزت نفس بهره برد (حسینی، دژکام، میرلاشاری، ۱۳۹۰). پژوهشها نشان داده اند، افراد دچار اختلال بینایی و اختلال شنوایی که از عزت نفس زیاد برخوردارند خیلی موثرتر می آموزند، روابط سودبخش تری را برقرار می کنند، بهتر می توانند از فرصتها استفاده کنند، مولد بوده و خودکفا می باشند (گلدشتاین و مورگان، ۲۰۰۴). با این پژوهش همسواست. می توان نتیجه گیری کرد که افراد با ناتوانایی بینایی و یا دیگر ناتوانی هایی به مثابه دلیل نگرش های منفی والدین، تجارب منفی در برخورد با همسن و سالان عادی و ناکامی پی در پی در مدرسه و دانشگاه، به تدریج دلسرد و سرخورده می شوند و توالی چنین شکست ها و مشکل ها موجب می شود، نسبت به خود احساس بی ارزشی کنند که ممکن است به آسیب در عزت نفس آنها منجر شود. افراد نابینا در موضوعاتی مانند حرمت خود شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص های سلامت و آسیب پذیری روان شناختی و همچنین توان اجتماعی، توانمندی در حل مساله، خود گردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن که همگی به نوعی سازه ای روان شناختی عزت نفس را افزایش می دهند، نسبت به افراد عادی ضعیف تر هستند. به طوری که همین عوامل، عزت نفس پایین در این افراد را توجیه می کند.

آیا بین احساس سلامت روانی در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟

با توجه به $F=11/09$ در خرده مقیاس نشانه های جسمانی، $F=6/75$ در زیرمؤلفه نارساکنش وری اجتماعی، $F=17/22$ در افسردگی می توان گفت، نوجوانان نابینا علائم جسمانی، نارساکنش وری اجتماعی و نشانه های افسردگی بیشتری را در مقایسه با نوجوانان بینای همسال خود گزارش می دهند. با این حال، تفاوت مشاهده شده میان نمرات اضطراب دو گروه در سطح $0/05$ و از نظر آماری معنادار نبود، لذا در این زمینه اختلاف معناداری میان دو گروه دیده نشده است. نریمانی و آقا محمدیان، رجبی (۱۳۸۶) پژوهشی با عنوان مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی نشان داد که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند و از میان سه گروه مادران کودکان کم توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، مادران کودکان کم توان ذهنی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند، با این پژوهش همسواست. می توان نتیجه گیری کرد که برای سلامت عمومی فرایند سازگاری و انطباق پذیری از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. بنابراین شخصی که بتواند با محیط خود (اعضای خانواده، همکاران و همسایگان و به طور کلی اجتماع) انطباق پذیر گردد. از دید روان شناختی فرد بهنجاری در نظر گرفته می شود این شخص با تعادل روانی مطلوب در محیط دانشگاهی فعالیت کرده و تعارض های خود را با دنیای بیرون و درون حل کرده است. و در مقابل ناکامیهای اجتناب ناپذیر زندگی مقاومت خواهد داشت حال اگر فردی توانایی بروز و مقابله با مشکلات روزمره را نداشته باشد. و در نتیجه با محیط پیرامون به شیوه نامناسب و دور از انتظار برخورد کند از نظر روان شناختی از سلامت عمومی برخوردار نیست و همواره با این خطر رو به رو خواهد بود که تعارض های حل نشده خود را به صورت روان نژدانه نشان دهد اکثر روان شناسان توافق نظر دارند.

که غیر عادی بودن، عدم مقبولیت اجتماعی، ادراک یا تفسیر شخصی نادرست از واقعیت، حالات محیطی ناخوشایند از جمله ملاک هایی است که تعیین کننده سلامت عمومی است و در صورتی که این گونه موارد را نشان ندهد از سلامت عمومی برخوردار نمی باشد (صدقی، ۱۳۸۳). طبق نظریه فروید ویژگی های خاص برای سلامت روانی ضرورت دارد نخستین ویژگی خود آگاهی است یعنی هر آنچه که ممکن است در ناخودآگاه موجب مشکل شود بایستی خود آگاه شود و خود آگاهی حقیقی ممکن نیست مگر اینکه کنترل غیر واقعی و غیر ضروری یا زیاد از حد (من برتر) در هم شکسته شود به نظریه خود آگاهی

عنصر اصلی (ولی نه عنصر کافی)، سلامت روان است (کورسینی ۱۹۷۳، ۱۹۶). فروید بیگانگی منطقی از علاقه مندی ها و اشتیاق های عمومی را معیار نهایی سلامت روانی می داند. (گداستیک ۱۹۳۹، ۱۹۵).

آیا بین محبوبیت والدین در نوجوانان نابینا و بینا تفاوت وجود دارد؟

با در نظر گرفتن $t=5/68$ و در سطح $0/05$ اختلاف معناداری میان میانگین نمرات نوجوانان بینا و نابینا در پرسشنامه محبوبیت والدین وجود دارد. لذا فرض صفر رد شده و فرض خلاف یا فرض پژوهشگر با ۹۵٪ اطمینان تایید می شود. (اسدی، ۱۳۹۴) در پژوهشی که به بررسی رابطه رضامندی زوجیت در والدین کودکان با آسیب شنوایی و کودکان عادی با میزان محبوبیت و پذیرش آنها در نزد فرزندانشان می باشد به این نتیجه رسید که حضور دانش آموز با آسیب شنوایی برای پدران و مادران استرس زا و تهدید کننده ی رضامندی زوجیت بوده که رضامندی زوجیت والدین می تواند عامل مهمی در ارتقای میزان محبوبیت آن ها در نزد فرزندانشان به حساب آید. لذا توصیه می شود توجه ویژه ای به برنامه ریزی جهت کاهش استرس والدین دارای دانش آموزان با آسیب شنوایی شود، همسواست می توان نتیجه گیری کرد که پذیرش فرزند از سوی والدین، پایه محبوبیت و مقبولیت اجتماعی را استوار می سازد. چنانچه والدین بدون توجه به عواملی مانند جنسیت، استعداد و هوش، وضعیت چهره و ظاهر، تحرک و پویایی اجتماعی و نیز رتبه و ترتیب تولد، فرزندشان را بپذیرند و او را همان گونه که هست قبول داشته باشند، در حقیقت بر هویت خانوادگی او مهر تایید زده اند و در این صورت او اطمینان پیدا خواهد کرد که مورد محبت و علاقه خانواده است و محبوب شدن را از این طریق تجربه می کند. محدودیت ها: طولانی بودن روند اداری جهت کسب مجوز از نظام آموزش و پرورش از جمله موانع انجام تحقیق بود. عدم همکاری مسئولین آموزشی در اجرای پرسشنامه نیز کار را دشوار ساخته بود. پیشنهادها: پیشنهادهای پژوهشی: - در نظر گرفتن مولفه هایی همچون سطح اقتصادی به عنوان متغیر در پژوهش های آتی - با توجه به دیدگاه سیستمی به خانواده، توجه به نقش دیگر اعضای خانواده در پژوهش های آتی - قلیل بودن حجم نمونه - عدم دسترسی به ابزارهای اندازه گیری جامع پیشنهادهای کاربردی: آموزش های گروهی به والدین در جهت افزایش سطح احساس خودارزشمندی. برگزاری کارگاههای آموزشی در جهت آموزش سلامت عمومی. استفاده از ابزارهای اندازه گیری جامع توأم با مصاحبه بالینی. استفاده از حجم نمونه بزرگتر.

منابع:

- احمد پناه، م. (۱۳۸۰). تاثیر کم توان ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی سال اول، شماره اول، ۲۴ - ۳۶
- اسدی، ر. (۱۳۹۴). رابطه رضایت زناشویی والدین با میزان محبوبیت آنان در فرزندان با و بدون آسیب شنوایی. پایان نامه ارشد، دانشکده روانشناسی علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران.
- اسلامی نسب، ع. (۱۳۷۴)، روانشناسی اعتماد به نفس. تهران: انتشارات مهرداد
- افروز، غ. (۱۳۷۹). روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته گام. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غ. (۱۳۸۵). مباحثی در روان شناسی و تربیت کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- افروز، غ. (۱۳۶۵). نگاهی به ویژگیهای روانی اجتماعی افراد نابینا. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- امری، ب. (۱۳۸۳): رضامندی زناشویی، ابراز هیجان والدین و مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان. فصلنامه روان شناسی، ۸ (۱): ۵۲-۶۹.
- اوجی، ز. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه رابطه بین خود پنداره و سلامت روانی دانش آموزان بینا و نابینا در دوره دبیرستان، پایان نامه کارشناسی ارشد، واحد تهران مرکز.
- آنکه چی، م. و مهری، ع. (۱۳۹۰)، بررسی عزت نفس در دانش آموزان شهر سبزواز سال تحصیلی ۸۸-۸۹، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، شماره ۱ اول.
- باقری، خ. (۱۳۸۶). نگاهی دوباره به اندیشه اسلامی، انتشارات مدرسه.
- بیابانگرد ا. (۱۳۷۳). روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. تهران انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

- چهارزی، ا. (۱۳۸۰). سلامت فکر، تهران: چاپخانه بهمن.
- حسینی؛ ع. (۱۳۸۶). *ملاحظات پیرامون بهداشت روانی از دیدگاه اسلام*، مجله علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، دوره چهارم، شماره دوم.
- دلور؛ ع. (۱۳۸۴). *مبانی علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، انتشارات رشد.
- راجرز؛ ک. (۲۰۰۴)، *درآمدی بر انسان شدن*، ۱۳۸۹، ترجمه: قاضی؛ قاسم تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.
- رضائی، م؛ دولتیان، م؛ شمسی، ج. و علوی مجد، ح. (۱۳۹۰). بررسی همبستگی عزت نفس با اختلال عملکرد و رضایت مندی نسبی در زنان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۱ ششم.
- زکی، م. (۱۳۹۱). *آزمون اعتباریابی پرسشنامه خودارزشمندی در بین دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانهای شهر اصفهان*. روشها و مدل‌های روانشناختی، سال دوم. شماره هفتم
- زینالی؛ ح. (۱۳۸۵). *بهداشت عمومی در خانواده*، ماهنامه تربیت، معاونت آموزش و پرورش نظری و مهارتی وزارت آموزش و پرورش.
- سارافینو، ا. (۲۰۰۲). روانشناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- سارافینو، ا. (۲۰۰۲). روانشناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- شاملو، س. (۱۳۸۸). *بهداشت عمومی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۷۹). روان شناسی و آموزش کودکان نابینا. تهران: نشرگفتمان خلاق
- شولتز، د. و سیدنی، ا. (۱۳۸۵). ترجمه ی: سید محمدی، یحیی: نظریه های شخصیت تهران: موسسه نشر، ویرایش، چاپ نهم.
- شولتز، د. و شولتز سیدنی، ا. (۱۳۸۶). نظریه های شخصیت مترجم: یحیی سید محمدی، تهران، نشر ویرایش.
- صادقی، س. (۱۳۸۰). «*بررسی عوامل شخصیتی مؤثر در سازگاری زناشویی*»، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران، تهران.
- طاهری عراقی، م. (۱۳۶۴). نابینا. انتشارات روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور تهران .
- طاهری عراقی، م. (۱۳۶۸). نابینا و نابینا در جامعه ما (اثرات فردی و اجتماعی نابینا در ایران).
- غررالحکم و دررالکلم، ترجمه: سید هاشم رسولی محلاتی، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی
- فلاح، س. (۱۳۹۱). بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روان شناختی والدین کودکان ۱۲-۷ ساله در شهرستان کرمانشاه ناحیه ۲، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- کاشانی، ع. (۱۳۷۷). رضایت شغلی و فرسودگی شغلی در معلمان کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- کدیور، پ. (۱۳۸۲). *روان شناسی تربیتی*، تهران: انتشارات سمت.
- گنجی، ح. (۱۳۸۵). *بهداشت روانی (چاپ هفتم)*. تهران: انتشارات ارسباران، ص ۱۴۵ - ۱۴۴
- گنجی؛ ح. (۱۳۸۶). *بهداشت عمومی*، تهران: نشر ارسباران، چاپ اول.
- لارنس؛ پ. (۱۳۸۴). *روانشناسی شخصیت*، ترجمه: جوادی و کدیور، انتشارات فرهنگی رسا.
- لطف آبادی، ح. (۱۳۸۷). *روان شناسی رشد*، ج ۲، چاپ ۲، تهران: انتشارات سمت.
- محمودی، ا. (۱۳۹۲). *مقایسه عزت نفس و مهارت اجتماعی دانش آموزان ناشنوا و نابینا در مقطع راهنمایی تحصیلی شهرستان کرج*، فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی - سال سیزدهم - شماره ۴ - پیاپی ۱۱۷.
- مزلو، آ. (۱۹۷۶). *روانشناسی شخصیت سالم*، ترجمه شیوا رویگریان. تهران، ناشر سازمان چاپ هدف
- مکوندی، ف. و برون، ل. (۱۳۹۴). *مقایسه عزت نفس و پرخاشگری والدین کودکان عادی و والدین کودکان استثنایی کم توان*
- ذهنی ۷-۱۲ ساله شهر اهواز. اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی و علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه بصورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش .

میلانی فر، ب. (۱۳۷۲). بهداشت روانی. نشر قومس.

میلانی فر، ب. (۱۳۸۶). بهداشت عمومی، چاپ ۵، تهران: انتشارات قومس.

نریمانی، م؛ آقامحمدیان، ح. و رجبی، س. (۱۳۸۶) مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال نهم، شماره سی سوم و سی چهارم صفحه ۲۴-۱۵، بهار و تابستان

منابع انگلیسی

- Childhood to Early Adulthood. Journal of Adult Development.
- Collins , D.(2006). Narcissim and self – enhancement self – presentation, affect and the moderating role of contingencies of self – worth , a thesis submited in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of clinical psychology, school of psychological simce, faculty of seince , technology, and engineering , latro be university , bundoord, Victoria, Austrolia.
- Crocker, J. and wolf , C.t(2001) . contingencies of self – worth . psychological review, 108, 593-623.
- Crocker, J.(2008). From egosystem to ecosystem: Implications for learning,
- Crocker, J., Luhtanen , R K. cooper, M.L, and Bourette, s. (2003) . con Hgencies of self-worth in college students : theory and measurement , journal of personality and social psychology , 85, 894-908.
- Crocker, J., Sommers, S., & Luhtanen, R.K. (2004). Contingencies of self-worth:Progress and prospects.European Review of Social Psychology, V.15:133-181.
- Demetriou..A(2003).ind, Self, and Personality: Dynamic Interactions from Late.
- Goldestein,H;Morgan,L.(2004).social interaction and modeles of friendship development. Available site : <http://www.eric.com>.
- Harris Eares, susan (2007) Atchment style, self- esteem and perceived peer norms as predictors of sexuality risky behavior among 17-24 years old college students, A dissertation to the faculty of Mississippi state university .
- Hunt, N., 8 Marshal, k(2002) Exceptional children and youth. By Houghton Mifflin Company.
- Luhtanen, R. K., & Crocker, J. (2005). Alcohol use in college students: Effects of level of self-esteem, narcissism, and contingencies of self-worth. Psychology of Addictive Behaviors, 19 (1), 99-103.
- Maddi ,S.R. kobasa . S.C. (1994) .Hardiness and mental health . journal of personality assessment . 63 (2). 262- 274. 1ed .london: routledge.
- Maddi,s,r(1990).Issues and intervention in stress mastry .in s.h fridman (ed) personality and disease .usa:oxfird university press.
- Maddi,s,r(1990).Issues and intervention in stress mastry .in s.h fridman (ed) personality and disease .usa:oxfird university press.
- Maddi,s.R. AND KOBASA.S.C (1984). The hardy executive :health under stress.homwood .IL:dow jones – IRWIN .
- Maddi,s.R. AND KOBASA.S.C (1984). The hardy executive :health under stress.homwood .IL:dow jones – IRWIN .
- orientation and academic achievement: an examination of sixth- and ninth-grade
- Park, L.E., Crocker, J., (2005) . Interpersonal consequences of contingent self- worth . paper presented at the 15 an nual students of color of Rackham Conference university of Michigan , Ahna Arbor, MI. February.
- regular education students. Adolescence, 37, 146, 255-266.
- relationships, and well-being. In H. Wayment & J. Brauer (Eds.), Transcending

- Sarafino ,E.P (2002). Health psychology – biopsychosocial interactions (4 thed) NJ;John wiley and sons.
- Sarafino ,E.P (2002). Health psychology – biopsychosocial interactions (4 thed) NJ;John wiley and sons.
- self-interest: Psychological explorations of the quiet ego (pp. 63-72). ashington ,DC : American Psychological Association support,parent attachment, competence and self-worth as predictors of tivational.
- Spade, A,. Julie(2007) . the relationship between students balling behaviors and self – steem. Addissertation submitted to the graduate college of Bowling Green state university.