

مقایسه سلامت روان، رضایت زناشویی و نگرانی والدین کودکان درخودمانده با والدین

کودکان عادی شهر اهواز

دکتر پرویز عسکری *

سیده فرزانه جعفری**

حمیده ابافت***

چکیده :

هدف پژوهش حاضر ، یافتن پاسخی برای این پرسش است که آیا بین والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی از نظر سلامت روان، رضایت زناشویی و نگرانی تفاوت وجود دارد یا خیر. آزمودنی های این پژوهش متشکل از ۵۰ نفر از والدین (۲۵ نفر پدر و ۲۵ نفرمادر) کودکان درخودمانده (پسر و دختر) و ۵۰ نفر از والدین (۲۵ نفر پدر و ۲۵ نفرمادر) کودکان عادی شهر اهواز بود که به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از مقیاس ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ)، ۴۷ سوالی رضایت زناشویی (Enrich) فرم کوتاه و ۲۱ سوالی نگرانی (AWI) که روایی و پایایی آنها قبلاً به دست آمده استفاده گردید. طرح تحقیق یک طرح علی پس از وقوع است و برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) در سطح معناداری $P < 0/05$ استفاده شد. نتایج حاصل از این یافته نشان داد که به طور کلی بین سلامت روان، رضایت زناشویی و نگرانی والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی تفاوت معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: سلامت روان ، رضایت زناشویی، نگرانی، اَتیسم

* عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی

*** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی

مقدمه:

اختلال اتیستیک^۱ در سال ۱۹۴۳ توسط لئوکارنر^۲ کشف شد. این اختلال یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی حاد در دوران کودکی است که دارای ویژگی هایی چون تنهایی، درخودماندگی، ناتوانی در ارائه ژست های بدنی خاص، تاخیر رشدی، یکنواختی کلام و صدا اصرار بر یکنواختی محیط و ممانعت از تغییر در آن هستند.

میزان وقوع اختلال اتیستیک در کودکان ۵ در هزار و هم چنین میزان وقوع اختلال نافذ رشد به استثنای اتیسم ۱۵ در ۱۰۰۰۰ ذکر کرده اند و این اختلال ۴-۵ برابر در پسرها بیشتر از دخترهاست. اختلال اتیستیک به دلیل برخورداری از چندین ویژگی مانند در برداشتن طیف متنوعی از ناهنجاری های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی، و همچنین تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان های مقطعی و موثر، پیش آگهی نه چندان مطلوب، می توان فشارهای روانی گوناگون را بر خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند.

به دلیل تنوع و تعدد مشکلات این کودکان در حوزه های مختلف، سلامت روان چنین خانواده هایی به خطر می افتد. به تدریج که خانواده به بیماری و اختلال کودک پی می برد واکنش های آنها از حالت هیجانی و ناگهانی به سمت شناختی می رود. والدین ممکن است احساس گناه شدید کنند و خود را مقصر اصلی مشکل کودک بدانند. آنها ممکن است فکر کنند زمان زیادی را برای کمک به کودک از دست داده اند و تحقیقات نشان می دهد که مادران معمولاً فشار روانی بیشتری نسبت به پدران دارند. برخی پدرها فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده تر از مشکلات کودک تلقی می کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می دانند. (رافعی، ۱۳۸۵).

^۱ Autistic disorder

^۲ Leo Carner

طبق تحقیقات جانستون^۱ (۲۰۰۲) ابدوتو^۲ (۲۰۰۴) و مورفی^۳ (۲۰۰۴) والدینی که کودک درخودمانده دارند از نظر مشکلات روان شناختی نظیر، افسردگی، اضطراب، احساس گناه، سازگاری اجتماعی، پریشانی، رضایت زناشویی ضعیف، ناخوشنودی از زندگی و ناامیدی در معرض خطر بیشتری قرار دارند. والدین این گونه کودکان با چالش های زیادی در رویارویی با رویدادهای استرس زایی مختلف در زندگی روزانه خود مواجه هستند. این خانواده ها فشار مالی زیادی را برای تأمین هزینه های درمانی این کودکان متحمل می شوند که فشار و بار روان شناختی را در آن ها افزایش می دهد (هستینگز،^۴ ۲۰۰۵) در پژوهشی که ولز^۵ (۲۰۰۸) انجام داده نشان داد که والدین کودکانی با مشکلات مربوط به سلامت روانی، مشکلات رفتاری یا اتیسم در مقایسه با والدین کودکان سالم، کودکان خود را با سلامتی کمتر، مشکلات شدیدتر و نیازهای بیشتر به مراقبت های مربوط به سلامت که همواره در حال تغییر است ارزیابی می کنند.

رضایت زناشویی چنین والدینی نیز تحت تاثیر این مشکلات قرار میگیرند. پدران سریعتر از مادران به مرحله ی پذیرش کودک می رسند و مادران بیشتر گرفتار هیجانات منفی ناشی از این اختلال هستند و این والدین وقتی به ارزیابی زندگی خود می پردازند مشاهده می کنند که تمام وقتشان را صرف کودک و درمان های وی نموده و از سایر فرزندان و اجتماع وبستگان فاصله گرفته اندویکدیگر رامقصر این اوضاع قلمداد می کنند وهمه مسئولیت ها را متوجه یکدیگر می دانند و زندگی زناشویی آنها به شدت مورد تهدید قرار میگیرد و هر دو با فشار روانی ناشی از تزلزل بنیان خانواده مواجه می شوند (رافعی، ۱۳۸۵)

هر چند وجود کودک در خودمانده می تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بروضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند، اما این ضایعات و اثرات به میزان زیادی قابل جبران و تخفیف هستند لیکن جبران و یا کاهش این اثرات مستلزم داشتن شناخت علمی از آن هاست. پس می توان با انجام کارهای

^۱ Johnston
^۲ Abbeduto
^۳ Murphy
^۴ Hastings
^۵ wells

تحقیقاتی بر روی کسانی که بیشترین بار عاطفی کودکان را بردوش دارند، یعنی والدین کودکان درخودمانده، و انعکاس نتایج آن به دست اندرکاران و دستگاه های مربوط راهگشای رفع مشکلات آنان گردید.

بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر تلاشی است برای یافتن پاسخی به سوال زیر:

۱- آیا بین سلامت روان، رضایت زناشویی و میزان نگرانی والدین کودکان در خود مانده با والدین

کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟

بر اساس سوال فوق فرضیه های زیر تدوین گردیدند.

۱- بین سلامت روان والدین کودکان درخودمانده با والدین کودکان عادی شهر اهواز تفاوت وجود دارد .

۲- بین رضایت زناشویی والدین کودکان درخودمانده با والدین کودکان عادی شهر اهواز تفاوت وجود دارد.

۳- بین میزان نگرانی والدین کودکان درخودمانده با والدین کودکان عادی شهر اهواز تفاوت وجود دارد.

روش

تحقیق به روش علمی - مقایسه ای انجام یافته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری در این پژوهش شامل والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی شهر اهواز می باشد که به صورت تصادفی انتخاب شد و شامل ۵۰ نفر والدین کودکان درخودمانده و ۵۰ نفر والدین کودکان عادی می باشد. آزمون های زن و مرد هر دو گروه به نسبت مساوی حدود ۵۰٪ نمونه را به خود اختصاص داده اند.

ابزارهای پژوهشی

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^۱ طراحی و تدوین شد. یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد. فرم ۲۸ ماده ای این پرسشنامه بر اساس روش تحلیل عاملی از روی ۶۰ سوال اولیه استخراج گردید است. این فرم دارای این فریت است که برای تمامی افراد جامعه که ۱۲ سال به بالا دارند قابل استفاده است. روایی این پرسشنامه متکی بر رواسازی عاملی و استخراج عوامل چهارگانه مورد سنجش (علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی) در این پرسشنامه است که توسط تدوین کننده این پرسشنامه در دستورالعمل اجرایی گزارش شده است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۶) در مطالعه بر روی ۲۴۴ بیمار مراجعه کننده به پزشکان عمومی، نتایج حاصله از دو پرسشنامه GHQ-28 و SCL-36 را از طریق فرم مصاحبه بالینی (CIS) مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان دادند که حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی آزمون برابر ۸۶، ۷۷، و ۲۰ درصد است؛ در حالی که حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی آزمون SCL-36 برابر با ۸۴، ۷۲، و ۲۴ درصد بود.

ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون برابر ۰/۷۸ بدست آمد. وازکوئیز^۲ و همکاران (۱۹۸۶) در یک مطالعه نشان دادند که آزمون GHQ وسیله معتبری برای غربالگری اختلالات روانی است و حساسیت و ویژگی آزمون را به ترتیب برابر ۸۰ و ۷۲ درصد گزارش کردند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰).

نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) نیز میزان حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه این آزمون را به ترتیب برابر با ۸۴/۲، ۹۴/۴ و ۷/۸ درصد گزارش نمودند.

در این تحقیق ضرایب پایایی مقیاس سلامت عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۴ می باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

^۱-Kollberg

^۲-Wazqueez

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ

پرسشنامه انریچ در سال ۱۹۸۹ توسط اولسون^۱ و همکاران تهیه گردید و به عنوان یک ابزار پژوهشی معتبر برای ارزیابی رضامندی زناشویی همسران مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه جهت بررسی زمینه های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه های نیرومندی و پربارسازی رابطه زناشویی کاربرد دارد. پرسشنامه انریچ به عنوان یک مقیاس کوتاه که می تواند نسبت به تغییرات خانواده ها در طول زندگی حساس و متناسب باشد، ساخته شده است. مقوله های انریچ موضوعات محتوایی مهمی را که در تحقیقات قبلی شناخته شده اند، منعکس می کند. ارزیابی این حوزه ها در ازدواج میتواند موضوعات مشکل زای بالقوه برای یک زوج را توصیف کند یا حوزه های توانایی و باروری را شناسایی نماید. همچنین این پرسشنامه به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج هایی به کار می رود که نیاز به مشاوره و بررسی تقویت رابطه زناشویی دارند و به عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعدد برای بررسی میزان رضایت از زندگی زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. در تحقیق سلیمانیان (۱۳۷۳) ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۹۵ ، در تحقیق میرخشتی (۱۳۷۵) ۰/۹۲ بدست آمده است. (ملازاده، ۱۳۸۱) در تحقیق حاضر ضرایب پایایی این پرسشنامه از دو روش الفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ ، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده می باشد.

پرسشنامه نگرانی (AWI-20)

این پرسشنامه در سال ۱۳۷۶ توسط تقوایی و همکاران تهیه گردید. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال که از نوع درجه بندی است و آزمودنی پس از مطالعه هر سوال پاسخ مورد نظر خود را با درج علامت ثبت

^۱ -Ollsson

می کند، شاخص کل نگرانی (AWI) نمره ای است که فرد در ۲۰ سوال این مقیاس به دست می آورد. بررسی محتوای مواد مقیاس نگرانی اهواز (AWI) نشان می دهد که ماده های این مقیاس تا حد بسیار زیادی با الگوی ارائه شده توسط تالیس^۱، آیزنگ^۲ و ماتوز^۳ (۱۹۹۲) همخوانی دارد. تقوایی (۱۳۷۶) با استفاده از روش تحلیل عوامل نشان داده که مقیاس AWI از لحاظ اعتبار نظری، وضعیت رضایت بخشی دارد. همچنین وی نشان داده است، مقیاس (AWI) با خرده مقیاس شکایت جسمانی SCL 90R همبستگی ۰/۳۳ و با خرده مقیاس مرور ذهنی پرسشنامه کنترل هیجانی همبستگی ۰/۲۴ دارد.

تقوایی برای بررسی پایایی مقیاس AWI از روش آزمون مجدد استفاده کرد که همسانی نتایج آزمون را در طی زمان سنجش می نماید. سپس ضریب همبستگی بین نمره آزمودنی ها $r=0/71$ بوده که حاکی از پایایی مطلوب این مقیاس است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه نگرانی با استفاده از روش الفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ بوده که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده می باشد. برای اعتبار پرسشنامه یاد شده نیز نمره آن با نمره سوال ملاک همبسته نمودیم و مشخص گردید که رابطه مثبت معنی داری بین آنها وجود دارد ($r=0/54$ و $p=0/001$) که بیانگر برخورداری پرسشنامه نگرانی از اعتبار لازم می باشد.

پرسشنامه عوامل جمعیت شناختی

این فرم توسط پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی نظیر: جمعیت، سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات و تعداد فرزندان مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از روش های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی و نیز از روش های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس استفاده گردید.

^۱ -Tallis

^۲ -Eyzenek

^۳ -Mathews

یافته ها

داده های جمع آوری شده با استفاده از روش های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

گزارش نتایج این تجربه و تحلیل ها در سه بخش ارائه می شود.

الف: یافته های مربوط به عوامل جمعیت شناختی آزمودنی ها

ب: یافته های توصیفی

ج: یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

الف: یافته های مربوط به عوامل جمعیت شناختی آزمودنی ها

جدول ۱: توزیع آزمودنی ها بر حسب جنسیت

گروه						جنسیت
کل		والدین دارای کودکان عادی		والدین دارای کودکان اوتیسم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۰/۰	۵۰	۵۰/۰	۲۵	۵۰/۰	۲۵	زن
۵۰/۰	۵۰	۵۰/۰	۲۵	۵۰/۰	۲۵	مرد
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	کل

جدول ۲: توزیع آزمودنی ها بر حسب سن (سال)

گروه						سن (سال)
کل		والدین دارای کودکان عادی		والدین دارای کودکان اوتیسم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۶/۵	۲۶	۳۴/۷	۱۷	۱۸/۴	۹	۳۰ - ۲۱
۵۰/۰	۴۹	۴۶/۹	۲۳	۵۳/۱	۲۶	۴۰ - ۳۱
۲۳/۵	۲۳	۱۸/۴	۹	۲۸/۶	۱۴	۵۰ - ۴۱
۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	کل

جدول ۳: توزیع آزمودنی ها بر حسب وضعیت اشتغال

گروه						وضعیت اشتغال
کل		والدین دارای کودکان عادی		والدین دارای کودکان اوتیسم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۵/۱	۳۳	۲۲/۲	۱۰	۴۶/۹	۲۳	غیر شاغل
۶۴/۹	۶۱	۷۷/۸	۳۵	۵۳/۱	۲۶	شاغل
۱۰۰	۹۴	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۴۹	کل

جدول ۴: توزیع آزمودنی ها بر حسب سطح تحصیلات

گروه						سطح تحصیلات
کل		والدین دارای کودکان عادی		والدین دارای کودکان اوتیسم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵/۲	۵	۲/۱	۱	۸/۳	۴	ابتدایی
۱۴/۶	۱۴	۱۰/۴	۵	۱۸/۸	۹	راهنمایی
۴۱/۷	۴۰	۲۹/۲	۱۴	۵۴/۲	۲۶	متوسطه
۱۶/۷	۱۶	۳۱/۲	۱۵	۲/۱	۱	فوق دیپلم
۲۱/۹	۲۱	۲۷/۱	۱۳	۱۶/۷	۸	لیسانس
۱۰۰	۹۶	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۴۸	کل

جدول ۵: توزیع آزمودنی ها بر حسب تعداد فرزند

گروه						تعداد فرزند
کل		والدین دارای کودکان عادی		والدین دارای کودکان اوتیسم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۷/۰	۳۷	۴۶/۰	۲۳	۲۸/۰	۱۴	۱ فرزند
۲۶/۰	۲۶	۲۰/۰	۱۰	۳۲/۰	۱۶	۲ فرزند
۲۸/۰	۲۸	۲۴/۰	۱۲	۳۲/۰	۱۶	۳ فرزند
۹/۰	۹	۱۰/۰	۵	۸/۰	۴	۴ فرزند

۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	کل
-----	-----	-----	----	-----	----	----

ب: یافته های توصیفی

جدول ۶: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی ها در متغیر سلامت روان، رضایت زناشویی و نگرانی والدین دارای کودکان اوتیسم و عادی شهر اهواز

تعداد	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	شاخص های آماری ←		
					آزمودنی ها	گروه	متغیرها
۲۵	۶۶	۵	۱۵/۲۳	۳۲/۴۴	مادران	والدین دارای کودکان اوتیسم	سلامت روان
۲۵	۵۵	۷	۱۲/۹۴	۲۸/۱۲	پدران		
۵۰	۶۶	۵	۱۴/۱۵	۳۰/۲۸	کل والدین		
۲۵	۵۲	۲	۱۴/۰۲	۲۶/۶۰	مادران	والدین دارای کودکان عادی	
۲۵	۸۱	۷	۱۴/۷۹	۲۱/۰۸	پدران		
۵۰	۸۱	۲	۱۴/۵۳	۲۳/۸۴	کل والدین		
۲۵	۲۰۶	۱۳۰	۲۰/۲۷	۱۵۲/۰۸	مادران	والدین دارای کودکان اوتیسم	رضایت زناشویی
۲۵	۱۸۹	۱۲۰	۱۸/۱۶	۱۵۲/۲۰	پدران		

۵۰	۲۰۶	۱۲۰	۱۹/۰۵	۱۵۲/۱۴	کل والدین	والدین دارای کودکان عادی	مرد
۲۵	۲۰۷	۹۹	۲۶/۹۸	۱۶۰/۰۸	مادران		
۲۵	۲۰۷	۱۰۷	۲۶/۱۸	۱۶۵/۲۰	پدران		
۵۰	۲۰۷	۹۹	۲۶/۴۴	۱۶۲/۶۴	کل والدین	والدین دارای کودکان اوتیسم	
۲۵	۴۹	۰	۱۱/۵۳	۳۲/۶۸	مادران		
۲۵	۵۱	۰	۱۴/۴۲	۲۹/۴۸	پدران		
۵۰	۵۱	۰	۱۳/۰۱	۳۰/۹۸	کل والدین	والدین دارای کودکان عادی	
۲۵	۵۰	۵	۱۳/۸۱	۲۲/۸۰	مادران		
۲۵	۴۸	۰	۱۳/۰۵	۲۰/۶۸	پدران		
۵۰	۵۰	۰	۱۳/۳۴	۲۱/۷۴	کل والدین		

نتایج بیانگر آن است که در میان این سه مقیاس بالاترین میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۲/۶۸ و ۱۱/۵۳ و پایین ترین میانگین و انحراف معیار مربوط به مقیاس نگرانی پدران کودکان عادی ۲۰/۶۸ و ۱۳/۰۵ می باشد.

یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش:

جدول ۷- نتایج بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس عاملی برای بررسی تفاوت بین سلامت روان

والدین کودکان درخودمانده با والدین کودکان عادی.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (P)
گروه	۱۰۳۶/۸۴	۱	۱۰۳۶/۸۴	۵/۰۸	۰/۰۲۶
جنسیت	۶۰۵/۱۶	۱	۶۰۵/۱۶	۲/۹۷	۰/۰۸۸
گروه * جنسیت	۹/۰۰	۱	۹/۰۰	۰/۰۴۴	۰/۸۳۴
خطا	۱۹۵۶۰/۶۴	۹۶	۲۰۳/۷۵	—	—
کل	۹۴۴۳۶/۰۰	۱۰۰	—	—	—

با توجه به داده های حاصل از جدول فوق F مشاهده شده گروه برابر با $۵/۰۸$ است که در سطح $p = ۰/۰۲۶$ معنی دار می باشد. این یافته حاکی از آن است که بین والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی از لحاظ سلامت روان تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول تایید می گردد.

جدول ۸- نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس عاملی برای بررسی تفاوت بین رضایت زناشویی والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی .

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
گروه	۲۷۵۶/۲۵	۱	۲۷۵۶/۲۵	۵/۱۱	۰/۰۲۶
جنسیت	۱۷۱/۶۱	۱	۱۷۱/۶۱	۰/۳۱۹	۰/۵۷۴
گروه * جنسیت	۱۵۶/۲۵	۱	۱۵۶/۲۵	۰/۲۹۰	۰/۵۹۱
خطا	۵۱۷۱۷/۶۸	۹۶	۵۳۸/۷۲	—	—
کل	۲۵۳۱۹۶/۰۰	۱۰۰	—	—	—

با توجه به داده های حاصل از جدول فوق F مشاهده شده گروه برابر با $۵/۱۱$ است که در سطح $p = ۰/۰۲۶$ معنی دار می باشد این یافته حاکی از آن است که بین والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم تایید می گردد.

جدول ۹- نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس عاملی برای بررسی تفاوت بین نگرانی والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
گروه	۲۱۷۱/۵۶	۱	۲۱۷۱/۵۶	۱۲/۲۹	۰/۰۰۱
جنسیت	۱۶۳/۸۴	۱	۱۶۳/۸۴	۰/۹۲۷	۰/۳۳۸
گروه * جنسیت	۴/۸۴	۱	۴/۸۴	۰/۰۲۷	۰/۸۶۹
خطا	۱۶۹۵۹/۲۰	۹۶	۱۷۶/۶۵	—	—
کل	۲۳۲۳۷۴/۰۰	۱۰۰	—	—	—

با توجه به داه های حاصل از جدول فوق f مشاهده شده گروه برابر با ۱۲/۲۹ است که در سطح $p = ۰/۰۰۱$ معنی دار می باشد. این یافته حاکی از آن است که بین والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی از لحاظ نگرانی تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری:

همان گونه که در جدول شماره ۷ ملاحظه گردید f مشاهده شده در رابطه با سلامت روانی والدین کودکان در خودمانده با والدین کودکان عادی تفاوت معناداری را نشان می دهد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش هالیدی و هانزلیک^۱ (۱۹۹۰) فضیلا، وحید (۲۰۰۵) همخوانی دارد. فرآیند تولد کودک برای والدین لذت آوراست گرچه این فرآیند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم مشکلات زیادی که والدین برای تولد فرزند متحمل می شوند باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند ولی به محض آگاهی والدین از کم توانی فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. والدین وقتی که با اختلال فرزند خود روبرو می شوند دچار استرس و فشار روانی شدید می گردند و همین امر می تواند سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر بیندازد. از سوی دیگر احتمال دارد والدین به دلیل احساس گناه و تقصیر ، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک ، دچار غم و اندوه و افسردگی گردند و در مجموع ، این شرایط می تواند سبب گوشه گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس بی ارزشی و خودکم بینی آنها خصوصاً مادر شود.

با توجه به جدول شماره ۸ و f مشاهده شده می توان این گونه استلال کرد که علت معنادار بودن تفاوت رضایت زناشویی بین والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی به این دلیل است که

^۱ Halldy , & Hanzlik

این کودکان نیاز به خدماتی دارند که متفاوت و پیچیده تر از نیازهای سایر گروههای استثنایی است. و خانواده هایی که کودکان دارای ناتوانی های شدید یا چند گانه است با فشار زیاد و مسائل دردناکی روبرو می گردند که بیشتر خانواده های دارای کودک عادی هیچ گاه این فشارها را متحمل نمی شوند و این تاثیر بسزایی بر روی روابط زناشویی آنها می گذارد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش های جانستون^۱ (۲۰۰۱) ، هامارت، تومپسون، زابروکی، استیل و ماتنی^۲ (۲۰۰۱) و مورفی^۳ (۲۰۰۴) همخوانی دارد. بر اساس مندرجات جدول شماره ۹ چنین برآورد می شود که f مشاهده شده در رابطه با نگرانی والدین کودکان درخودمانده با والدین کودکان عادی تفاوت معنی داری را نشان می دهد. نتایج از این پژوهش با پژوهش ، میلر^۴ (۱۹۹۸) و ولز (۲۰۰۸) همخوانی دارد. به تدریج که خانواده به بیماری و اختلال کودک پی می برد واکنش های آنها از حالت هیجانی و ناگهانی به سمت شناختی می رود. ترس و نگرانی از آینده کودک و همچنین واکنش های جامعه ، بستگان و نزدیکان به این مشکل، پیش آگهی نه چندان مطلوب این اختلال و نگرانی از وضعیت تحصیلی و پیچیدگی و ابهام این اختلال همیشه برای خانواده منبعی از فشار روانی خواهد بود.

در پایان راه کارهای موثر جهت مقابله با احساسات ناراحت کننده برای والدین ارائه می گردد.

- از دیگر والدین کمک بگیرید.
- با همسر خود، افراد خانواده و اطرافیان خود صحبت کنید.
- روی موارد مثبت زندگی خود تکیه کنید.
- از نشان دادن احساسات خود هراسی به دل راه ندهید.
- به خاطر داشته باشید گذشت زمان مرهم بسیاری از دردهاست.

^۱ Johnston

^۲ Hamarat , Thompson, zabrocky, steele, & Matheny

^۳ Murphy

^۴ Miller

- از خانواده خود در برابر مشکلات حمایت کنید و به یکدیگر قدرت بخشید.
- مسلم بدانید شما تنها نیستید.
- از افسوس خوردن بپرهیزید.
- واقعیت ها را بپذیرید.

منابع فارسی

- تقوایی ، همکاران (۱۳۷۶) . ساخت و اعتبار یابی مقیاس برای سنجش نگرانی و بررسی رابطه آن با اضطراب ، افسردگی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان پسر یا دختر دانشگاه آزاد اسلامی اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.
- جعفری، سید غلامعلی (۱۳۸۷) . مقایسه ویژگی های شخصیتی، نگرانی و امید به زندگی بیماران مولتیپل اسکلروز (MS) و افراد عادی . پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد اهواز.
- رافعی ، طلعت (۱۳۸۵) . اتیسم ارزیابی و درمان .
- ملازاده ، جواد (۱۳۸۱) . رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیتی و سبک های مقابله‌ای در فرزندان شاهد . رساله دکتری روانشناسی ،دانشگاه تربیت مدرس ، تهران .
- نوربالا ، احدعلی ؛ کاظم ، محمد ؛ باقری یزدی ، سید عباس و یاسمی ، محمد تقی (۱۳۸۰) . سیمای سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران . تهران : انتشارات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی .

منابع لاتین

- Abbeduto, L. et al. (2004) psychological well being and coping in mothers of youths with autism ,Down syndrome ,or fragile x syndrome. American journal on mental Retardation ,3,237-254 .
- Basu,(2004).Quality-of –life issues mental health care: past, present. German journal of psy- chia ,7,35-43.
- Family voices-keeping Families at the center of children’s health care-2008.
- Finley, I.,& Eckhardt, B. (1981).psychiatric disorder among the young people Australian and New Zealand Journal of psychiatry.15,256-270.
- Fazaila,s., and wahid,B (2005).there is significant stress among Parents Having children with Autism.(Rawal Medg;33:214-216).
- Hally,M .B. & Hanzlik. J.R.(1990):A comparison of perceived competence in child-veering between Mothers of children with Down syndrome and Mothers of children without delay. Education and training in mental retardation,25(2).
- Hamarat , E . , Thompson . D . , Zabrocky , K . M . Steele , D . , & matheny , K .B.(2001) perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction young Research.270181-196.
- Hastings,R.P.et al.,(2005).coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children journal of pediatric psychology, 17,587-605.
- Johnston, E., Goldberg, S.,Morris, S.,&lienson, J.(2001). Stress in uk families conducting intensire home-based behavioral intervention for their young children with autism and down syndrome. Journal of Autism and developmental Disorder,31,327-36.
- Miller,A.C,Gordon,R.M.Daniele,R.J.(1998)stress, appraisal and coping in mothers of disabled and no disabled children. Journal of pediatric psychology,17,587-605.

Murphy, M. et al. (2004). psychological well being among parents of youth with Down syndrome of fragile X syndrome. Academy on mental Retardation.

Tallis , & Eysenck , M , & Mathews , A . (1991) . Elevated evidence requirements and worry. personality and Individuals Differences, 22(1),21-27.

Wells, N. (2008) children with Behavioral and mental Health Conditions .
www.familyvoices.org .

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.