

مقایسه‌ی تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی

A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children

نیلوفر میکانیلی^۱، مسعود گنجی^۲ و مسعود طالبی جویباری^۳
N. Meikaeilei¹, M. Ganji² & M. Talebi Joybari³

Abstract: The purpose of this study was to compare marital satisfaction, resiliency and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. The research design is descriptive and comparative. The study population consisted of all parents of students with learning disabilities and normal boys and girls. Study group of 50 parents of students with learning disabilities and a comparable group of 50 parents are normal. Method of sampling is random. Analysis of the data involved both descriptive and inferential statistics including means, standard deviations, and multivariate analysis of variance, Pearson's Correlation Coefficient and regression analysis. Resilience questionnaire was used to the scale marital satisfaction, General Health Questionnaire. The results indicate that there are significant differences between the two groups in Satisfaction with Life, the psychological resiliency, and General healthy. According to the present findings can be concluded. the psychological resiliency can be increased levels of satisfaction with life and general health increased in this group of fragile groups.

Keywords: marital satisfaction, resiliency and mental health, parents of children with learning disabilities

چکیده: هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین کودکان با وجود ابتلا به ناتوانی یادگیری و عادی بوده است. طرح پژوهش، توصیفی از نوع مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی والدین دانش‌آموزان دختر و پسر ناتوانی یادگیری و عادی می‌باشد. گروه قابل مطالعه ۵۰ نفر از والدین دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری و گروه قابل مقایسه نیز ۵۰ نفر از والدین دانش‌آموزان عادی تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی می‌باشد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده شده است. از مقیاس تاب‌آوری کونزو و دیوید سون، مقیاس رضایت از زندگی (CD-RTS9) و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (G.H.Q-28) استفاده شده است. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در رضایت از زندگی، تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت عمومی وجود دارد. همچنین همبستگی معنی‌داری بین تاب‌آوری روان‌شناختی با رضایت از زندگی و سلامت عمومی وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان می‌دهد که تاب‌آوری توان پیش‌بینی رضایت زناشویی و سلامت روان را دارد. بر اساس یافته‌های حاضر می‌توان نتیجه گرفت با افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی می‌توان میزان رضایت از زندگی و سلامت عمومی را در گروه والدین مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: رضایت زناشویی، تاب‌آوری و سلامت روان، والدین کودکان ناتوان از یادگیری

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، University of Mohaghegh Ardabili (n.meikaeilei@yahoo.com)
 ۲. استادیار گروه آمار، دانشگاه محقق اردبیلی
 ۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی
- دریافت مقاله: ۹۱/۲/۲۳ - پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۱۴

مقدمه

افرادی که دچار اختلال یادگیری بودند، زمانی در زمره کم توانان ذهنی قلمداد می‌شدند؛ اما پژوهشگران دریافتند که برخی از کودکان، هوشبهر عادی یا حتی بالاتر از عادی دارند و با وجود این، در یادگیری برخی از دروس آموزشگاهی، با وجود کوشش قابل توجهی که از خود نشان می‌دهند، ناتوان هستند. این افراد را کودکانی با ناتوانی‌های یادگیری نامیدند (تبریزی، ۱۳۸۰).

کلمه ناتوانی یادگیری برای اولین بار توسط ساموئل کرک^۱ در سال ۱۹۶۳ به کار برده شد. ساموئل کرک این اصطلاح را به عنوان یک برآیند سازشی مطرح کرد و این به واسطه‌ی برچسب‌های گوناگونی بود که تا آن زمان برای توصیف کودک با هوشبهر بهنجار و دارای مشکلات یادگیری به کار می‌رفت. تا به حال تعاریف متعددی از «ناتوانی یادگیری^۲» و یا «اختلالات یادگیری^۳» و یا «مشکلات یادگیری^۴» ارائه شده است. در فرهنگ واژگان افروز و عبادی ناتوانی یادگیری معادل واژه‌ی (LD)^۵ به معنی فقدان توفیق یا عدم توانایی یادگیری در زمینه‌های خاصی در مقایسه با توفیق افرادی که توانایی ذهنی مشابه دارند، تعریف شده است. بیشتر تعاریف، بر روی یک یا دو اختلال اساسی در فرآیندهای روانی در ارتباط با درک و استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری تأکید دارند. همچنین اختلال یادگیری معادل واژه‌ی Learning disorder به صورت یک آسیب جسمی یا نقص عصبی تشخیص داده شده که در پیشرفت تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند، تعریف شده است (عبادی و افروز، ۱۳۷۹). ناتوانی‌های یادگیری گستره‌ای بسیار وسیع‌تر از مشکلات تحصیلی را شامل می‌شود و نیازمند توجه به حوزه‌های اجتماعی، خانوادگی، عاطفی و رفتاری زندگی کودک در بافت خانواده نیز می‌باشد (لرنر^۶، ۱۹۹۷). ناتوانی‌های یادگیری

1. Samuel Kirk
2. learning disability
3. learning disorder
4. learning difficulties
5. learning disability
6. Lerner

دانش‌آموزان ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده‌های آن‌ها می‌گذارد و مطالعات مختلف نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که فرزندان آن‌ها به اختلال ناتوانی یادگیری دچارند دارای مشکلات سازشی بیشتر نسبت به والدین عادی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که پدر و مادر کودکان مشکل دار، محدودیت‌هایی از قبیل بهداشت، احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند (کوئین و پاول^۱، ۱۹۸۵؛ روآچ، آرموند و بارات^۲، ۱۹۹۹ و والتین، درمات و اندرس^۳، ۱۹۹۸). یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری می‌باشد.

گارمزی و ماستن^۴ (۱۹۹۱) تاب‌آوری^۵ را یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نموده‌اند. والر^۶ (۲۰۰۱) تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌داند. البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است (کانرو و دیویدسون^۷؛ ۲۰۰۳). افزون بر این اکثر پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می‌باشد (گارمزی، ۱۹۹۱ و ماستن، ۲۰۰۱).

-
1. Quine & Paul
 2. Roach, Ormond & Barratt
 3. Valentine, McDermott & Anderson
 4. Garmezy & Masten
 5. resilience
 6. Walle
 7. Conner & Davidson

ولف^۱ (۲۰۰۱) در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان^۲ بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشد، مانند توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد. در پژوهشی که انا الریکسون، جان والاندِر و فرد بایسنی^۳ (۲۰۰۵) انجام داده بودند، به این یافته دست یافتند که تاب‌آوری متغیری است که می‌تواند کیفیت زندگی را در نوجوانان با معلولیت حرکتی افزایش دهد. تالی هیمانی^۴ (۲۰۰۲) در پژوهشی تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌هایی با کودکان ناتوانی یادگیری و معلولیت جسمی انجام داده بودند، نتیجه گرفتند که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند.

یکی دیگر از متغیرها که می‌تواند به شکل منفی تحت تأثیر کودکان با ناتوانی یادگیری قرار گیرد، رضایت زناشویی^۵ خانواده‌ها می‌باشد. برقراری ارتباط مؤثر با طرف مقابل، عدم عصبانیت، حفظ استقلال فردی زن و مرد ضمن مشارکت با هم، ارزش قائل شدن به خواسته‌ها و علایق همسر، همراهی و همدلی، داشتن اهداف و آرمان مشترک، قبول سختی‌ها و آمادگی برای مواجهه با مشکلات زندگی و کنار هم بودن در روزهای خوشی و سختی و تأکید و توجه بر نکات مثبت شخصیت همسر، ابراز دوستی و اهمیت دادن به یکدیگر را از عوامل در استمرار زندگی مشترک و رضایت زن و مرد دانسته‌اند (صافی، ۱۳۷۴). ارتباط صحیح کلامی و غیر کلامی اساس یک زندگی زناشویی موفق است. زن و مردی که از داشتن، یک ارتباط صحیح با یکدیگر و دیگر افراد خانواده محروم هستند، دارای نشانه‌های رفتاری ویژه‌ای می‌باشند که از جمله آن‌ها می‌توان به

1. Wolf

2. mental health

3. Ann I. Alriksson-Schmidt, MA, MSPH & Jan Wallander

4. Tali Heiman

5. marital satisfaction

موارد زیر اشاره کرد: یاس، نومی‌دی و درمان‌دگی زن یا شوهر، وجود تعارض بین زن و شوهر، داشتن انواع مشکلات در زمینه‌های مالی، جنسی، رفتاری، نرخ پایین تقویت یکدیگر، نبود رضایت و خشنودی از زندگی زناشویی شکایت و انتقاد از یکدیگر و غیره که سرانجام سلامت روانی افراد خانواده را مورد تهدید قرار می‌دهد (نوابی نژاد، ۱۳۷۶).

رضایت از زندگی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط خانواده مطابق با آنچه وی انتظار دارد، منطبق باشد و نارضایتی از زندگی وقتی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود فرد در روابط خانوادگی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه فرد منطبق نباشد (وینچ و رابرت^۱، ۲۰۰۰). ارتباط با همسر جنبه‌ی مرکزی زندگی عاطفی و اجتماعی یک شخص است و نارضایتی زناشویی، به توانایی زن و شوهر برای برقراری روابط رضایت‌مندانانه با بچه‌ها و سایر اشخاص خارج از خانواده آسیب می‌رساند (معمدین، ۱۳۸۳).

تحقیقات مختلفی به تأثیر وجود کودک معلول و ناتوان بر رضایت از زندگی والدین پی برده‌اند. نتایج تحقیقات (ولفنزیرگر، ۲۰۰۱، تانیلا و کوکانون و ژارویلین^۲، ۲۰۰۵، ملا باشی، ۱۳۸۲ و معمدین و همکاران، ۱۳۸۷) نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین رضایت زناشویی والدین کودکان معلول، عقب مانده ذهنی و عادی وجود دارد و کودک معلول بر رضایت زناشویی و سازگاری والدین اثر می‌گذارد. تحقیقات متعدد (رودریا، مورگان و کافکن، ۲۰۰۲؛ روش، ۲۰۰۵؛ ملک‌پور، ۱۳۷۵؛ احمدنیا، ۱۳۸۰ و حسینی و رضازاده، ۱۳۸۱). تأثیر وجود کودک معلول و کم توان ذهنی را بر میزان ابراز وجود در رضایت از زندگی والدین این کودکان، گزارش کرده‌اند.

همچنین یکی از عواملی که تحت تأثیر ناتوانی کودک قرار می‌گیرد، عملکرد موفق کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار است که منجر به فعالیت‌های ترمببخش و روابط ارضاکنده با دیگران و توانایی انطباق با تغییر و مداوا کردن و رویارویی با ناملایمات می‌شود. افراد بهنجار و دارای سلامت روان کسانی هستند که با خود و با محیط

1. Winch & Robert

2. Taunila, Kokonen & Jarvelin

اطرافشان هماهنگ و سازگار هستند و از مقتضیات فرهنگی یا دستورات اجتماع خود پیروی می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۲). در پژوهش پل‌چات، دیانا، بیزن و ژوسیلی^۱ (۱۹۹۹) وجود عزت نفس پایین و مشکل در سازگاری والدین فرزندان کم‌توان ذهنی وجود دارد. وجود سطح سازگاری و پذیرش کمتر با استرس‌های والدینی بیشتر و تجربه‌ی آشفتگی‌های هیجانی و استرس‌های روان‌شناختی؛ سلامت ادراکی و سلامت روانی کمتر در مادران دارای فرزند معلول و کم‌توان ذهنی در پژوهش‌های مختلف (فلاهرتی، ۲۰۰۰؛ رودریا، ۲۰۰۲ و بن زر، ۲۰۰۵) را می‌توان نام برد. مطالعه‌ی نریمانی، آقامحمدیان و رجبی (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که بین چهار گروه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی از نظر اختلال روانی، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی و ترس مرضی، تفاوت وجود دارد. در مورد متغیرهای افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، پرخاشگری، ترس مرضی و کل آزمون معنی‌دار است. نتایج مطالعات مهرابی‌زاده، هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۸) حاکی از آن است که بین بهزیستی روان‌شناختی، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. میانگین افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در سطح متوسط تا شدید قرار دارد، ولی میانگین افسردگی گروه دارای فرزند عادی، در سطح خفیف و متوسط است. در متغیر راهبردهای منفی کنترل تفکر، گروه مادران کم‌توان نمرات بالاتری به‌دست آوردند، در حالی که در راهبردهای اجتماعی و حواس‌پرتی که از شیوه‌های مثبت‌تر تفکر به‌شمار می‌روند و تسلط بر محیط بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان عادی نمرات بالاتری به‌دست آوردند.

تأثیر منفی وجود کودک معلول و مبتلا به ناتوانی یادگیری بر روی والدین این خانواده‌ها، آن‌ها را نیازمند کمک راهنمایی و مشاوره از سوی متخصصان از جمله روان‌شناسان و مشاوران می‌کند که از ضرورت اجرای این پژوهش می‌باشد.

1. Pelchat, Diane, Bissan & Jocely

پرسش‌های این پژوهش عبارت بودند از: آیا بین والدین کودکان ناتوانی یادگیری و عادی در متغیرهای تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان تفاوت وجود دارد؟ آیا بین تاب‌آوری با رضایت‌مندی از زندگی و سلامت روان رابطه وجود دارد و در صورت رابطه، به چه مقدار تاب‌آوری می‌تواند رضایت‌مندی از زندگی و سلامت روان در والدین کودکان ناتوانی یادگیری را پیش‌بینی کند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش، توصیفی از نوع مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی والدین دانش‌آموزان دختر و پسر ناتوانی یادگیری و عادی است که این دانش‌آموزان در مدراس ابتدایی و راهنمایی در شهرستان ساری مشغول تحصیل می‌باشند. گروه قابل مطالعه را ۵۰ نفر از والدین دانش‌آموزان ناتوانی یادگیری و گروه قابل مقایسه نیز ۵۰ نفر از والدین دانش‌آموزان عادی تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت تصادفی بوده است. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس تاب‌آوری کانرو و دیویدسون (CD-RTS9): برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کانرو و دیویدسون (CD-RTS9) ۲۰۰۳ به کار برده شد. مقیاس تاب‌آوری کانرو و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل به جز گویه ۳ ضرابی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانرو و دیویدسون (CD-RTS9) از آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴).

مقیاس سازگاری زناشویی: برای اندازه‌گیری میزان رضایت زناشویی در این پژوهش استفاده

شد. این مقیاس با ۳۲ ماده در سال ۱۹۷۶ توسط اسپنیر^۱، به منظور سنجش میزان سازگاری و رضایت زناشویی تهیه شد. این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. نمره گذاری پاسخ‌های آزمودنی‌ها در این مقیاس نیز به شیوه لیکرت است که درجه‌بندی پاسخ‌ها متفاوت است. در مجموع حداقل نمرات به دست آمده از این مقیاس که نشانگر عدم سازگاری زناشویی است صفر و حداکثر نمره که در مقابل بالاترین سطح سازگاری زناشویی را نمایش می‌دهد ۱۵۱ است. در ایران ملازاده (۱۳۸۱) اعتبار مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و میزان روایی هم‌زمان آن با پرسش‌نامه سازگاری زناشویی لاکه والاس برابر ۰/۹۰ گزارش نمود.

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (G.H.Q-28): این پرسشنامه توسط گیلبرگ و هیلر ارائه شد و دارای ۲۸ سؤال و هر سؤال براساس مقیاس لیکرت دارای چهارگزینه که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. تحقیقات متعددی درباره اعتبار و پایایی این پرسشنامه در داخل کشور انجام شده است. هومن (۱۳۷۶) و بهاری و همکاران (۱۳۸۷) پایایی را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۲ به دست آوردند. پژوهش‌های متعددی بهترین نقطه برش را ۲۱ الی ۲۳ به عنوان مشکوک به اختلال پیشنهاد داده‌اند (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰).

روش اجرا: در گردآوری اطلاعات مورد نیاز بعد از تهیه فهرست اسامی دانش‌آموزان و انتخاب والدین آن‌ها که در مراکز ناتوانی‌های ویژه یادگیری شهرستان ساری حضور داشتند، ابتدا هدف تحقیق برای آن‌ها بیان شد و سپس آزمون‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد نظر خود را با دقت بیان کنند و اطلاعات به صورت فردی و در آن مرکز مربوطه جمع‌آوری شد. برای گردآوری داده‌ها در والدین بدون کودکان ناتوانی یادگیری در مدارس ابتدایی و راهنمایی والدینی که در مدرسه حضور داشتند اطلاعات به صورت فردی و در آن مدارس جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل

1. Spanier

میانگین، خطای معیار، تحلیل واریانس چند متغیری و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شده است.

نتایج

مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها بر حسب نمره‌های رضایت زناشویی، تاب آوری، سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن به تفکیک در مورد والدین کودکان عادی و والدین کودکان ناتوان از یادگیری در جدول شماره ۱، ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های رضایت زناشویی، تاب آوری، سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن والدین کودکان عادی و والدین کودکان ناتوان از یادگیری

والدین کودکان ناتوان از یادگیری		والدین کودکان عادی		متغیرها
SD	M	SD	M	
۱۷/۴۱	۱۱۳/۲۷	۱۱/۲۴	۲۱/۵۸	رضایت زناشویی
۱۰/۵۴	۴۳/۶۱	۱۲/۷۳	۴۹/۸۴	تاب آوری
۴/۶۵	۳۹/۲۵	۳/۹۴	۳۲/۳۵	اختلال سلامت روان (نمره‌ی کل)
۴/۵۷	۱۰/۳۴	۴/۷۲	۸/۲۴	اختلال علائم افسردگی
۴/۳۴	۸/۲۱	۴/۳۸	۷/۹۷	اختلال علائم جسمانی
۵/۲۳	۱۱/۲	۳/۷۴	۷/۴۵	اختلال علائم اضطراب و خواب
۴/۷۶	۹/۵	۵/۷۲	۸/۷۱	اختلال کارکرد اجتماعی

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی والدین کودکان عادی و والدین کودکان ناتوان یادگیری در مورد نمره‌های رضایت زناشویی، تاب آوری، سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن محاسبه شد و نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه از والدین کودکان عادی و کودکان ناتوان در یادگیری در سطح معنادار است ($p=0/001$).

نتایج تحلیل واریانس که در جدول ۳ ارائه شد نشان می‌دهد که والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری در متغیرهای تاب‌آوری، رضایت زناشویی، سلامت روان (نمره‌ی کل) افسردگی و اضطراب با والدین کودکان عادی با هم تفاوت معنی‌دار دارند یعنی والدین کودکان ناتوان یادگیری تاب‌آوری کمتر، رضایت زناشویی ضعیف‌تر و سلامت روان (نمره‌ی کل) پایین‌تر و افسردگی و اضطراب بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند؛ اما در بعد جسمانی و کارکرد اجتماعی (سلامت روان) تفاوتی با هم ندارند.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معناداری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون	ارزش	F	P
گروه	اثر بیلابی-بارتلت	۰/۳۸۸	۸/۳۳۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۶۱۲	۸/۳۳۰	۰/۰۰۱
	اثر هتینگ-لای	۰/۶۳۵	۸/۳۳۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۰/۶۳۵	۸/۳۳۰	۰/۰۰۱

جدول ۳. تحلیل واریانس نمره‌های رضایت زناشویی، تاب‌آوری و سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن در

والدین کودکان عادی و والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری

متغیرها	MS	F	P
رضایت زناشویی	۲۴۳/۴۳۶	۷/۶۴۱	۰/۰۰۰
تاب‌آوری	۶۷/۹۲۸	۸/۲۳۴	۰/۰۰۰
اختلال سلامت روان (نمره‌ی کل)	۷۱/۴۳۳	۱۳/۱۲۶	۰/۰۰۰
اختلال علائم افسردگی	۲۴۳/۴۳۶	۸/۲۳۶	۰/۰۰۰
اختلال علائم جسمانی	۶۳۵	۰/۱۱۰	۰/۷۴۱
اختلال علائم اضطراب و خواب	۵۳/۷۷۳	۶/۷۳۶	۰/۰۰۰
اختلال علائم کارکرد اجتماعی	۳۰/۵۸۶	۱/۵۰۶	۰/۲۳۶

نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین نمره‌ی رضایت زناشویی با تاب‌آوری همبستگی مثبت

معنادار با اختلال سلامت روان همبستگی منفی معنادار وجود دارد و بین تاب آوری با اختلال سلامت روان همبستگی منفی معنادار وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمره‌ی رضایت زناشویی با تاب آوری و اختلال در سلامت روانی با والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- رضایت زناشویی	۱						
۲- تاب آوری	۰/۶۷	۱					
۳- اختلال سلامت روان (نمره کل)	-۰/۶۹	-۰/۶۲	۱				
۴- اختلال افسردگی	-۰/۶۴	-۰/۶۱	۰/۸۹	۱			
۵- اختلال جسمانی	-۰/۵۴	-۰/۵۸	۰/۷۹	۰/۷۶	۱		
۶- اختلال اضطراب	-۰/۶۷	-۰/۷۸	۰/۹۴	۰/۸۵	۰/۸۷	۱	
۷- اختلال خواب	-۰/۵۳	-۰/۶۵	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۸۱	۱

سپس رابطه‌ی تاب آوری به عنوان متغیر پیش‌بین و رضایت زناشویی به عنوان متغیر ملاک در معادله‌ی رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین تاب آوری و رضایت زناشویی در جدول ۵ ارائه شده است. (بر اساس این نتایج میزان f مشاهده شده ۰/۲۶ واریانس مربوط به رضایت زناشویی به وسیله‌ی تاب آوری تبیین می‌شود). ضرایب تأثیر تاب آوری نشان می‌دهد که با اطمینان می‌تواند تغییرات مربوط به رضایت زناشویی را پیش‌بینی کند.

سپس رابطه‌ی مؤلفه تاب آوری به عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت روان به عنوان متغیر ملاک در معادله‌ی رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین تاب آوری و سلامت روان در جدول ۵ ارائه شده است. بر اساس این نتایج ۰/۲۳ واریانس مربوط به سلامت روان به وسیله‌ی تاب آوری تبیین می‌شود. ضرایب تأثیر تاب آوری نشان می‌دهد که با اطمینان ۰/۹۹ می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت روان را پیش‌بینی کند.

جدول ۵. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون مؤلفه تاب‌آوری بر رضایت زناشویی

مدل	شاخص	ss	df	ms	F	p	R	R2	SE
تاب	رگرسیون	۳۲۵۴/۳۶	۱	۸۵۲/۲۳	۱۸/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۲۶۴	۰/۴۱۵۴
آوری	باقی مانده	۵۳۲۱/۳۲	۴۹	۱۰۸/۵۹	۴	۰	۰	۰	۱
متغیر	شاخص	B	SEB	Beta	t	p			
		۰/۱۸۹	۰/۰۲۱	۰/۴۹۸	۶/۹۵۴	۰/۰۰۱			

جدول ۶. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون تاب‌آوری بر سلامت روان

مدل	شاخص	ss	df	ms	F	p	R	R2	SE
تاب	رگرسیون	۲۸۴۶/۳۶	۱	۴۲۸/۱۰	۰/۱۴۵	۰/۰۵	۰/۳۴۵	۰/۲۳۱	۰/۱۱۵
آوری	باقی مانده	۴۳۶۵/۲۱	۴۹	۸۹/۰۸۵	۱۶	۰	۰	۰	۱
متغیر	شاخص	B	SEB	Beta	t	p			
		-۰/۲۰۱	۰/۰۳۱	-۰/۳۲۸	-۵/۳۱۴	۰/۰۰۱			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت زناشویی، تاب‌آوری و سلامت روان والدین دانش‌آموزان کودکان دارای ناتوانی یادگیری کمتر از والدین عادی می‌باشد. این نتایج که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی انا الریکسون، جان والاندر و فرد بایسنی (۲۰۰۵)، تالی هیمانی (۲۰۰۲)، زیگلر (۱۹۸۶)، ولفنزیرگر (۲۰۰۱)، تانیلا و همکاران (۲۰۰۵)، ملاباشی (۱۳۸۲) و معتمدین و همکاران (۱۳۸۷) مطابقت دارند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که وجود کودک معلول و استثنایی به عنوان یک متغیر مستقل بر تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی اثری منفی می‌گذارد.

واکنش‌های رایج والدین در قبال کودکان استثنایی همان طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می‌شود؛ به عنوان عاملی در کاهش تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان استثنایی می‌شود و نارضایتی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود بین زوج در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه آن‌ها منطبق نباشد، بنابراین وجود کودکان استثنایی به احیای این زمینه کمک کرده و نارضایتی زناشویی والدین دارای فرزندان دارای اختلال یادگیری را فراهم می‌سازد.

با توجه به این‌که خانواده‌های دارای کودکان ناتوان یادگیری با سایر خانواده‌ها متفاوت هستند و در حین رشد و تحصیل کودک خود دچار مشکلات متعددی در مورد آموزش فرزند خود در مدرسه می‌شوند و سبب می‌شود که از نظر روانی دچار احساس عذاب وجدان شوند که این امر آرامش روانی والدین آن‌ها را به هم می‌زند و سبب افت و پایین آوردن سلامت روان در آن‌ها می‌گردد و اغلب واکنش‌های رایج این والدین در قبال کودک خود طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می‌شود (معتمدین، سهرابی، فتحی‌آذر و ملکی، ۱۳۸۷).

داشتن فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری بر عقاید، باورها، افکار و احساسات والدین این کودکان تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد تا جایی که والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ‌کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان تاب‌آوری و رفتار سرسختانه والدین این دانش‌آموزان تأثیر منفی می‌گذارد و در نهایت باعث تاب‌آوری کمتر والدین دانش‌آموزان کودکان ناتوان یادگیری نسبت به والدین دانش‌آموزان عادی می‌گردد. تحت تأثیر قرار گرفتن رضایت زناشویی به عنوان متغیر وابسته از عوامل و متغیرهای مستقل متعدد، شاید وجود کودک معلول به عنوان متغیر مستقل رضایت‌زناشویی والدین را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد. نارضایتی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود بین زوج در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه آن‌ها منطبق نباشد، بنابراین فرزندان مبتلا به ناتوانی یادگیری به احیای این زمینه

کمک کرده و نارضایتی زناشویی والدین دارای فرزند ناتوان یادگیری را فراهم می‌سازد، از یک طرف ناتوانی آموزشی کودکان دارای ناتوان یادگیری در انجام کارهای خود و از طرف دیگر مشغله‌ی زیاد والدین و نیاز به پیشرفت برای دست یافتن به موفقیت برای فرزندان ممکن است دلیل دیگری بر پایین بودن رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان ناتوان یادگیری از رضایت زناشویی والدین دانش‌آموزان (دختر و پسر) عادی باشد. یافته‌های این پژوهش همانند یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه نشان دهنده‌ی نقش مؤثر ارتباط تاب‌آوری در میزان سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی بود (سیلیمان، لازاروس^۱، ۲۰۰۴). اما چگونگی این تأثیرگذاری بر این دو متغیر (سلامت هیجانی و رضایتمندی از زندگی) متفاوت است. بدین ترتیب که متغیر تاب‌آوری بر سلامت هیجانی اثر مستقیم دارد و در زمینه میزان رضایتمندی از زندگی دارای اثر غیرمستقیم می‌باشد. به بیان دیگر تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را در پی دارد. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش آنتونوسکی^۲ (۱۹۸۷) و لازاروس^۳ (۲۰۰۴) است که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و یا افسردگی همراه دانسته‌اند و همسو با یافته‌های باسو^۴ (۲۰۰۴) و هامارات و تامبستون، استیل و ماتچینی^۵ (۲۰۰۱) است که ناخرسندی درباره زندگی را به دنبال این احساس‌ها در فرد گزارش کرده‌اند. به بیان دیگر نخستین اثر ارتقا توانمندی‌های فرد در زمینه‌ی تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه افزایش میزان رضایتمندی فرد از زندگی خواهد بود. یافته‌های این بررسی نقش پیش‌آیندی متغیر تاب‌آوری بر پیامدهای سازگارانه (کامپفر^۶، ۱۹۹۹) را تأیید نمود. این یافته گویای اهمیت تقدم تغییر احساسات (مشکلات هیجانی) بر تغییر نگرش (رضایت از زندگی) بود.

1. Silliman, Lazarus
2. Antonovsky
3. Lazarus
4. Basu
5. Hamarat, Thompson, Zabrocky, Steele & Matheny
6. Kumpfer

شاید بتوان گفت که تغییر در احساس‌ها می‌تواند تغییر در نگرش فرد درباره‌ی زندگی و محیط پیرامون را در پی داشته باشد.

با توجه به تأکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری (استرنبرگ^۱، ۱۹۹۴؛ بارون و کاینی^۲، ۱۹۸۶) می‌توان با آموزش این مهارت‌ها به افراد، سطح سلامت روانی و هیجانی آنان را افزایش داد و از این رو احساس رضایت‌مندی از زندگی را افزایش داد.

منابع

- احمدپناه، محمد (۱۳۸۰) تأثیر کم توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. فصلنامه‌ی پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، ۱ (۱)، ۱۷-۲۱.
- البرزی، شهلا و لعیا بشاش (۱۳۷۵). تأثیر کودک کم توان ذهنی بر خانواده. مجله‌ی پژوهش‌های روان‌شناختی، ۴ (۲) ۲۹-۳۷.
- حسینی، سیدحمزه و رضازاده، حسین (۱۳۸۱). مقایسه‌ی نیازهای روانی اجتماعی والدین دانش‌آموزان پسر عقب مانده‌ی ذهنی، تالاسمی و عادی مقطع ابتدایی در شهرستان ساری مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۲ (۳۷) ۴۱-۳۷.
- تبریزی، مصطفی (۱۳۸۰). درمان اختلالات دیکته‌نویسی. تهران: فراروان.
- تبریزی، مصطفی (۱۳۷۷). درمان اختلالات ریاضی. تهران: فراروان.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه‌ی سلامت عمومی. مجله‌ی روان‌شناسی، ۵ (۲)، ۶۳-۵۶.
- صافی، احمد (۱۳۷۴). خانواده‌ی متعادل. چاپ دوم. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- عبادی، ماندانا و افروز، غلامعلی (۱۳۷۹). فرهنگ واژگان آموزشی - روان‌شناسی - توان‌بخشی کودکان استثنایی. تهران.

1. Sternberg
2. Baron & Kenny

- علیزاده، حمید (۱۳۸۱). تأثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳ (۱۴) ۷۳-۶۴.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطرسوء مصرف مواد. پایان‌نامه‌ی دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران.
- ملاباشی، آمنه (۱۳۸۲). بهداشت روانی والدین کودکان استثنایی. *مجله‌ی مشاوره‌ی خانواده*، ۳ (۲۲) ۱۳-۱۹.
- معمدین، مختار (۱۳۸۳). تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با باورهای غیرمنطقی (براساس رویکرد شناختی) بر این باورها و رضایت زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی خانواده‌ی بهزیستی اهواز. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- معمدین، مختار؛ سهرابی، فریبا؛ فتحی‌آذر، اسکندر و ملکی، صادق (۱۳۸۷). مقایسه‌ی بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)*، ۳۵، ۱۵-۱۲.
- ملازاده، جواد (۱۳۸۱). رابطه‌ی سازگاری زناشویی با عوامل شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در فرزندان شاهد، پایان‌نامه‌ی دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- ملک‌پور، مختار (۱۳۷۵). بهداشت خانواده‌ی کودکان عقب‌مانده‌ی ذهنی تهران، مؤسسه‌ی انتشاراتی تیان.
- مهرابی زاده هنرمند، نجاریان بهمن و مسعودی میترا (۱۳۸۸). مقایسه‌ی سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۷-۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی، *پژوهش درحیطه‌ی کودکان استثنایی*، (۲) ۱۸۷-۱۷۹.
- نریمانی محمد، آقامحمدیان حمیدرضا و رجیبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه‌ی سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی کودکان عادی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۳۳ (۳۴) ۲۴-۱۵.
- نوابی‌نژاد، شکوه السادات (۱۳۷۶). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران، چاپ چهارم، انتشارات انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ann I. Alriksson-Schmidt, MA, MSPH, Jan Wallander, PhD and Fred Biasini, Quality of Life and Resilience in Adolescents with a Mobility Disability *Journal of Psychology*, 32(3), 370-379.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182

- Ben-zur H., Duvdevany, I. & Lury, L. (2005). School of social work, University of Haifa, Mount Carmel, Haifa, Israel. Association of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal of Intellect disable Res*, 49 (Pt1), 54 – 62 .
- Basu, D. (2004). Quality-of-life issues in mental health care: Past, present, future. *German Journal of Psy-chiatry*, 7, 35-43
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003).. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Flahrty, Erelyn M. & Masters, Glidden, I. (2000). Positive adjustment in parents rearing with Dwn syndrome. *Early Education & Development*, 11(4), 407 – 422.
- Garmezy,(1991) N. Resilience and vulnerability to adversedevelopmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist* , 34, 416-430.
- Garmezy, N., & Masten,(1991) A. The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M.Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress. and coping*. Hillsdale, NJ: 151-174.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K. M., Steele, D.,& Matheny, K. B. (2001). Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *ExperimentalAging Research*, 27, 181-196.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary majic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Quine, L., & Paul, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, 15, 501-517.
- Pelchat, Diane., Bissan, Jocely., Richard, Nicole., Perreault, Michel & Bouchard, J.M. (1999) . Longtudinal effects of an early family intervention program on the adaptation of parent of children with a disability. *International Journal of Nursing studies*, 36(6), 465– 477.
- Roach, M.A., Ormond, G.I., & Barratt, M.S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental Stress and involvement in children. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 422–436.
- Roos, P. (2005) . Trens in residential institutin for the mentally retarded in university counlil for educational administration. *Trend in Education*, columbus. Ohio: University Council for Educational Administration.
- Rodriave, James R., Morgan, Sam B. & Geffken, Gary R. (2002) . Psychological adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of autism & Developmental Disorders*, 22(2), 249 – 263
- Lazarus, A. (2004). Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the
- Lerner, J.W.(1997). *Children with Learning disabilities: theories, diagnosis and teaching strategies*. Boston: Houghton Mifflin.

- Silliman, A. (2004). Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the
- Sternberg, J. A., & Bry, B. H. (1994). Solution generation and family conflict over time in problem-solving therapy with families of adolescents: The Impact of therapist behavior. *Child and Family Behavior Therapy*, 16, 65-76.
- Taunila, A. Kokonen J. & Jarvelin M. (2005). The long-term effects of children's early-onset disability on marital relationship. Department of Public Health science and General Practice, opulu, finland.
- Tali Heiman (2002) Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, Vol. 14, No. 2, June
- Valentine, D.P., McDermott, S., & Anderson, D. (1998). Mothers of adults with mental retardation: Is race a factor in Perceptions of burdens and gratification? *Families in Society*, 79, 577-584.
- Winch, Robert. (2000). *Selected Studies in Marriage and the Family*. New York: Hito Rinehart and Wiston. INC.
- Zelkowitz, P., & Milet T.H. (1996). Postpartum psychiatric disorders: their Relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the Spouses. *Journal Abnormal psychology*, 105(2), 28-285.
- Wolf W. (2001). Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retarded*, 3, 29-31.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.
- Zigler, E. (1986). *Understandig Mental Retardation*. Cambridge University Press, 15(2), 45-121.