



بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه خوداثربخشی و اضطراب آشکار و پنهان با سازگاری زناشویی در مادران دارای فرزند

مبتلا به بیماری مزمن اهواز

اطهر افشار<sup>۱\*</sup>، عباس امان الهی<sup>۲</sup>، بیژن کیخایی<sup>۳</sup>

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه خوداثربخشی و اضطراب آشکار و پنهان در مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز بود.

**روش:** روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش حاضر شامل مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر، آزمون خوداثربخشی عمومی شرر و پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر بودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری همبستگی ساده پیرسون، تحلیل رگرسیون به روش همزمان و گام به گام مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از آن است که بین خوداثربخشی و سازگاری زناشویی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین اضطراب آشکار و اضطراب پنهان با سازگاری زناشویی رابطه منفی معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان نشان داد که ۳۴ درصد واریانس مربوط به سازگاری زناشویی به طور معناداری به وسیله متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام، از میان متغیرهای خوداثربخشی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان به عنوان پیش-بین‌های سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن، متغیر اضطراب پنهان پیش‌بینی کننده برای سازگاری زناشویی است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که افراد دارای خوداثربخشی بالا می‌توانند در شرایط آسیب‌زا کنترل بیشتری بر وقایع داشته و همچنین توانایی مدیریت رابطه زناشویی و حفظ آن را بیشتر دارند. عدم توانایی فرد در مدیریت شرایط آسیب‌زا و اضطراب حاصل از بیماری فرزند، سازگاری زناشویی را تهدید می‌کند و سطوح بالای اضطراب والدین مربوط به بیماری فرزند و بستری شدن فرزند با بازده‌های ضعیف‌تر فرزند و والدین همبسته است. چنین آسیبی می‌تواند اثربخشی پاسخ‌های والدین به نیازهای فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد و ممکن است انجام درمان را به خطر بیندازد.

**کلید واژه‌ها:** سازگاری زناشویی، خوداثربخشی، اضطراب آشکار، اضطراب پنهان

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد، گروه مشاوره واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران Email: [athar\\_1102005@yahoo.com](mailto:athar_1102005@yahoo.com)

<sup>۲</sup> - استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۳</sup> - دانشیار، انکولوژی کودکان مرکز تحقیقات بیماری‌های تالاسمی و هموگلوبینوپاتی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، اهواز، ایران

\*نویسنده مسئول: اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، گروه مشاوره



## مقدمه

خانواده یکی از ارکان اساسی و مهم‌ترین واحد اجتماع است. برقرار بودن روابط رضایت‌بخش و داشتن سازگاری زناشویی<sup>۱</sup> پایه‌ی استحکام خانواده را تشکیل می‌دهد (کیس، اسموتکین و ریف، ۲۰۰۲). نابهنجاری‌های خانواده و زندگی زناشویی از عوامل خطر ساز آسیب‌های روان‌شناختی در اعضای خانواده است و نظام خانواده را که در واقع زیربنای جامعه سالم است مورد تهدید قرار می‌دهد (هولتوم-ویسل و آلن، ۲۰۱۴). یکی از مؤلفه‌های ثبات و پایداری روابط زناشویی، سازگاری زناشویی است. عوامل متعددی سازگاری زناشویی را پیش‌بینی می‌کنند که در این میان می‌توان به فرایندهای شناختی و هیجانی زوجین و همچنین شرایط و متغیرهای محیطی اشاره کرد که بر میزان سازگاری زناشویی اثرگذار هستند. خانواده در طول حیات خود با مشکلات، حوادث و خطراتی مواجه می‌شود. این مخاطرات سطوحی از آسیب‌ها را برای زوجها و فرزندان در پی دارد. تجربه‌ی بیماری و مرگ اعضای خانواده از خطراتی است که می‌تواند روابط خانواده را تهدید کند. والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوان با خطر تجربه آسیب‌های زناشویی مواجه هستند (کویتنر و دیگیرولمو، ۱۹۹۸؛ کلوتیر، ۲۰۰۲). چنین تجربیاتی می‌تواند باعث تحلیل بردن وضعیت روان-شناختی والدین شود (بن-آمیتی و کوسو، ریس، تورن، یوران، کوتلر و موزس، ۲۰۰۶).

برای مثال در پژوهشی، بیش از یک چهارم والدین کودکانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گرفتند علائم اضطراب<sup>۲</sup> و استرس پس آسیبی را در ۲۴ ساعت اول پس از اقدام به جراحی نشان می‌دادند (اسکریمین، هاینز، آلتو، بورنستین و اکسیا، ۲۰۰۹). سطوح بالای اضطراب والدین مربوط به بیماری فرزند و بستری شدن فرزند با بازده‌های ضعیف‌تر فرزند و والدین همبسته است. چنین آسیبی می‌تواند اثربخشی پاسخ‌های والدین به نیازهای فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد و ممکن است انجام درمان را به خطر بیندازد (میلنیک، ۲۰۰۰).

به طور قطع این مسئله می‌تواند برای کودک و والدین تنش‌زا باشد. بررسی اضطراب والدین از آنجا اهمیت پیدا می‌کند که فرزند با توجه به درجه‌ی تکاملی و رشدی خود می‌تواند اضطراب و تنش را در والدین خود درک و دریافت نماید. به رغم تلاش والدین، اضطراب آنها به فرزندشان منتقل می‌شود، چون والدین به عنوان مهم‌ترین افراد در سیستم حمایتی فرزندشان به شمار می‌آیند (مولونی-هارمون و کورلی، ۲۰۰۱). زمانی که والدین بتوانند در شرایط پرتنش، احساس کفایت و خوداثربخشی نمایند به خوبی خواهند توانست که فرزند بیمار خود را مورد حمایت قرار دهند و روند درمان را برای او امکان‌پذیر سازند (سنجری، ۱۳۸۳).

یک عامل مهم که با اضطراب والدین بعد از بیماری فرزند مرتبط است باورهای خوداثربخشی<sup>۳</sup> والدین است که به این صورت تعریف می‌شود: باور والدین در مورد توانایی‌شان برای تأثیر بر فرزند و محیطش به صورتی که رشد و موفقیت کودک را پرورش دهد (جونز و پرینز، ۲۰۰۵). در کل، باورهای خوداثربخشی مثبت تر، نقش‌های والدینی را فی‌نفسه پاداش دهنده می‌دانند و مشکلات فرزندان را با راحتی بیشتری حل می‌کنند. باورهای خوداثربخشی با علائم افسردگی همبستگی منفی دارد (فوتیادو، کولن و بارلو، ۲۰۰۴) و همچنین با سطوح پایینی از استرس رابطه دارد (استریزند، اسویف، ویکمارک، چن و هولمز، ۲۰۰۵) و به همان میزان صلاحیت والدینی و سازگاری بهتری را در کودک ایجاد می‌کند (کلمن و کاراکر، ۲۰۰۳).

با توجه به اهمیت نقش خوداثربخشی و اضطراب در مدیریت شرایط تنش‌زای بیماری فرزند، پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی سازگاری زناشویی براساس خوداثربخشی و اضطراب آشکار و پنهان در مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن انجام شده است.

<sup>1</sup> - marital adjustment

<sup>2</sup> -anxiety

<sup>3</sup> -self-efficacy



## روش پژوهش

## شرکت کنندگان

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مادران دارای فرزند زیر ۱۸ سال مبتلا به بیماری مزمن هستند که در سال ۱۳۹۳ به بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و انجمن‌ها و مؤسسات حمایتی شهرستان اهواز مراجعه کرده‌اند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود و ۱۵۰ نفر از مادران با مراجعه به مراکز درمانی و انجمن‌های حمایت از بیماری‌ها شناسایی شدند و به صورت داوطلبانه به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌اند.

## ابزارهای پژوهش

**مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیل:** اسپانیل (۱۹۸۶)، به نقل از ثنائی، (۱۳۷۹) عنوان می‌کند که هدف وی ایجاد یک مقیاس بوده است که بتواند نیاز محققینی را که در مورد روابط بین دو نفر که با هم زندگی می‌کنند، مطالعه می‌کنند، فراهم کند. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی می‌باشد و شامل ابعاد رضایت زناشویی (۱۰ ماده)، همبستگی دو نفری (۵ ماده)، توافق دو نفری (۱۳ ماده) و ابزار محبت (۴ ماده) می‌باشد.

طیف نمره گذاری سؤالات در این مقیاس مختلف است این مقیاس توسط آموزگار (به نقل از حسین نژاد، ۱۳۷۴) با روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ نفر از زوجین (۶۰ زن و ۶۰ مرد) اجرا گردید و برای بررسی میزان همبستگی نمرات از روش گشتاوری پیرسون استفاده گردید. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶ و مقیاس فرعی اول ۰/۶۸، مقیاس فرعی دوم ۰/۷۵، مقیاس فرعی سوم ۰/۷۱ و مقیاس فرعی چهارم ۰/۶۱ بدست آمده است (حسین نژاد، ۱۳۷۴). برای ارزیابی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از روش آلفای کرنباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرنباخ برای آن ۰/۹۴ به دست آمد که رضایت‌بخش ارزیابی شد.

## پرسشنامه خوداثربخشی شرر (SES)

این مقیاس توسط شرر، مادوکس و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است، نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سوال بود که سازندگان آن براساس تحلیل‌های انجام شده، سؤالاتی را نگه داشتند. از ۲۳ سؤال باقیمانده، ۱۷ سؤال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۹۹/۵۷ و انحراف معیار ۸/۱۲ می‌سجد. ضرب پایایی از طریق روش آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس خوداثربخشی عمومی و خرده مقیاس خوداثربخشی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ بدست آمد (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). برای ارزیابی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از روش آلفای کرنباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرنباخ برای آن ۰/۹۵ به دست آمد که رضایت‌بخش ارزیابی شد.

## پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر (STAI)

پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان (STAI) که توسط اشپیل برگر (۱۹۷۰) شامل مقیاس‌های جداگانه خودسنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد. مقیاس اضطراب آشکار (فرم 1-y از STAI) شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کند. مقیاس اضطراب پنهان (فرم 2-y از STAI) هم شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد.

مهرام در سال ۱۳۷۲ مطالعه‌ای جهت استاندارد سازی آزمون اشپیل برگر انجام داد. او ضریب پایایی آزمون را در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرار داد. میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر)، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان براساس آلفای کرنباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ است و این میزان در گروه ملاک (۱۳۰ نفر) برابر با ۰/۹۴ است. علاوه بر این، پایایی



آزمون، از طریق نسبت واریانس نمرات حقیقی به واریانس مشاهده شده محاسبه، و مقدار آن در گروه هنجار ۰/۹۵ ثبت شد. خطای استاندارد اندازه گیری آزمون برابر با ۴/۶۴ محاسبه شد. همچنین همبستگی نمرات مشاهده شده با نمره حقیقی برابر با ۰/۹۷ و با نمرات خطا، برابر با ۰/۲۴ محاسبه گردید. علاوه بر این مطالعات نشان می‌دهد که همبستگی بین دو فرم اضطراب بسیار بالا می‌باشد (۰/۹۶ تا ۰/۹۸) و همبستگی بین مقیاس خصیصه‌های اضطراب اسپیل برگر و مقیاس‌های دیگر که سازه اضطراب را می‌سنجند بالا می‌باشد به طوری که همبستگی این مقیاس با آزمون ASQ بین ۰/۷۵ تا ۰/۷۷ درصد، همبستگی آن با مقیاس TMAS از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ برآورد شده است (اشپیل برگر، ۱۹۸۳، به نقل از مهرام، ۱۳۷۲). برای ارزیابی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از روش آلفای کرنباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرنباخ برای آن ۰/۹۷ به دست آمد که رضایت‌بخش ارزیابی شد.

### یافته‌های پژوهش

جدول ۱. ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین خوداثربخشی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان و متغیر

ملاک (سازگاری زناشویی) در نمونه‌ی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن

سازگاری زناشویی			متغیرملاک
P	N	r	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱۵۰	۰/۴۳۵	خوداثربخشی
۰/۰۰۱	۱۵۰	-۰/۴۷۹	اضطراب آشکار
۰/۰۰۱	۱۵۰	-۰/۵۶۵	اضطراب پنهان

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب همبستگی به دست آمده بین متغیرهای پژوهش، در سطوح  $P < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار هستند.

جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به تعامل متغیرهای پیش‌بین با سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز را با روش ورود همزمان (Enter) نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به تعامل متغیرهای پیش‌بین با سازگاری زناشویی در مادران دارای

فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز به روش ورود همزمان (Enter)

MR	RS	F	MS	df	SS	مدل
۰/۵۸۳	۰/۳۴۰	۲۲/۲۹	۱۰۷۶/۰۸	۲	۳۲۲۹/۲۴	رگرسیون
		۰/۰۰۱	۴۸۲/۸	۱۵۰	۶۲۷۶/۶	باقیمانده

مطابق اطلاعات مندرج در جدول ۲ ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین با سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز برابر با  $MR = ۰/۵۸۳$  است که در سطح  $p = ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است. بنابراین تقریباً ۳۴٪ واریانس مربوط به سازگاری زناشویی به وسیله‌ی متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود.



### بحث و نتیجه گیری

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که سطوح خوداثربخشی پایینی دارند نمی‌توانند ذهنشان را بر تکلیف مورد نظر متمرکز کنند و به بازخوردها با بدبینی، افسردگی و اضطراب واکنش نشان می‌دهند (شانک و پاژره، ۲۰۰۲، به نقل از ویلیامز و ویلیامز، ۲۰۱۰). افرادی که سطوح بالایی از خوداثربخشی دارند و به کارایی خودشان در حل مسایل اعتقاد دارند، هنگام روبرو شدن با رویدادها و موقعیت‌ها، با آن‌ها به عنوان رقابت‌هایی برای کسب مهارت جدید و تسلط یافتن برخورد می‌کنند، نه به‌عنوان تهدیدهایی برای دور کردن و اجتناب از آن‌ها. از این رو، این افراد کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه و ارزیابی‌های این وقایع قرار می‌گیرند و اضطراب پایین‌تری را گزارش می‌دهند.

افراد دارای خوداثربخشی بالا فعالیت‌ها و موقعیت‌هایی را انتخاب می‌کنند و با شور و شوق به سمت آنها می‌روند که احساس کنند می‌توانند خود را با آن‌ها سازگار کرده و یا از پس آن‌ها برآیند، در حالی که از کارها و موقعیت‌هایی که فکر می‌کنند توانایی مقابله کردن با آن‌ها را ندارند، دوری می‌کنند (بندورا، ۱۹۸۷). باورهای خوداثربخشی به بهترین وجه به وسیله‌ی جهت‌گیری هدف قابل پیش‌بینی است (فریدل و همکاران، ۲۰۰۷). از این رو، افراد دارای خوداثربخشی بالا می‌توانند در شرایط آسیب‌زا کنترل بیشتری بر وقایع داشته و همچنین توانایی مدیریت رابطه زناشویی و حفظ آن را بیشتر دارند.

### منابع

- سنجری، مهناز (۱۳۸۹). بستری شدن کودک در بیمارستان و اضطراب والدین. *فصلنامه پرستاری/ایران. سال هفدهم، شماره ۳۹*.
- Ben-Amitay, G., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M., & Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents?. *Journal of paediatrics and child health*, 42, 618-624.
- Cloiter, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). Treating survivors of childhood abuse: *Psychotherapy for interrupted life*. New York: Guilford Press.
- Holtom-Viesel, A, Allan S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin psychol rev*, 34 (1): 29-43.
- Keyes, CLM., Shmotkin, D, Reff, CD. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J pers soc psychol*, 82 (6): 22-1007.
- Melnyk, B. M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendation. *Journal of pediatric nursing*, 15, 4-13.
- Quittner, A. I., & Givolamo, A. M. (1998). Family adaption to childhood disability and illness in R. T. Ammerman & J. V. Campo. *Handbook of pediatric psychology and psychiatry, disease, injury and illness*, 2. 70-102.
- Schmaling, K.B., & Sher, T.G. (1997). Physical health and relationship. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couple intervention* (pp. 323-345). Chichester, UK: Wiley.
- Williams, T. & Williams, K. (2010). Self-efficacy and performance in mathematics: Reciprocal determinism in 33 nations. *Journal of Education Psychology*, 102(2), 453-466.