

مقایسه ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در مادران با توجه گستره آسیب بینایی در فرزندان

سیده فاطمه موسوی^۱، مریم اصغری^{۲*}

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشکده زنان دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۲. دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در مادران دارای یک یا چند فرزند با آسیب بینایی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع توصیفی و پس‌رویدادی است. جامعه آماری پژوهش را سه گروه از مادران دارای یک یا چند فرزند مبتلا به آسیب بینایی و مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی ساکن شهرهای تهران و کرج در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌داد که از هر گروه به ترتیب ۱۲۰ مادر دارای یک فرزند مبتلا، ۱۰۴ مادر دارای بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی و ۱۲۰ مادر دارای فرزند بدون آسیب بینایی به روش در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه حالات خلقی برومز (۲۰۰۷) با دو بُعد خلق مثبت و منفی و پرسشنامه مؤلفه‌های تعامل زناشویی افروز (۱۳۹۰) بود.

نتایج: نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که مادران دارای بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی، نمرات بالاتری در حالات خلقی منفی چون تنش، افسردگی، خشم، خستگی و سردرگمی و نمرات پایین‌تری در حالات خلقی مثبت چون سرزندگی، آرامش و شادکامی نسبت به دو گروه دیگر داشتند ($p < 0/001$). مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی در مؤلفه‌های مثبت‌اندیشی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، شیوه‌های حل مسأله، مدیریت مالی، احساس و رفتار مذهبی، شیوه فرزند‌پروری، گذران اوقات فراغت و تعامل عاطفی نمرات بالاتری نسبت به دو گروه بالینی گزارش کردند ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای اقدامات پیشگیرانه و آگاهی‌بخش با هدف پذیرش ناتوانی فرزند، افزایش عاطفه مثبت نسبت به فرزند و آموزش مهارت‌های مقابله با خستگی‌های ناشی از مراقبت به ویژه در والدین دارای چند فرزند ناتوان می‌تواند علاوه بر کاهش فشار روانی ناشی از مراقبت، با اختصاص زمان فراغتی برای توجه به نیازهای خود و همسر به حفظ رابطه رضایت‌بخش در والدین کمک می‌کند تا از ظرفیت ایجادشده برای مقابله زوجی با مشکلات مراقبت از فرزند ناتوان بهره‌گرفت.

کلیدواژه‌ها: تعامل زناشویی، حالات خلقی، آسیب بینایی.

*Email: : m.asghari57@gmail.com

نشریه علمی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۸، شماره ۱، پیاپی ۳۴
بهار و تابستان ۱۳۹۹
صص: ۴۳-۵۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۲۲

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 18, No. 1, Serial 34

Spring & Summer
2020
pp.: 43-55

مقدمه

خانواده نظامی اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضا و اجزای آن کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده، موجب تشدید اختلال در اجزاء و پیدایش مشکلات جدید می‌گردد [۱]. تولد فرزند به عنوان عامل استحکام خانواده و تداوم پیوند زناشویی، از تغییراتی است که فی‌نفسه نیازمند سازگاری زوجین و بازتعریف نقش‌هاست. در این میان، انتظار سلامت فرزند، انتظار طبیعی والدین است [۲] که در صورت برآورده‌نشده به آشفتگی و درهم‌ریختگی نظم موجود می‌شود. تولد کودکی با نیازهای ویژه در خانواده غیر از کودک مبتلا، والدین و سایر اعضای خانواده را نیز متأثر می‌کند [۳]. از شایع‌ترین ناتوانی‌های جسمی، آسیب بینایی است [۴]. طبق تعریف انجمن پزشکی آمریکا کودک نابینا به کسی اطلاق می‌شود که با وجود بهره‌مندی از مهندسی پزشکی، قدرت بینایی وی در چشم برتر، کم‌تر از یک دهم (بیست دویستم) باشد، به‌نحوی که این مشکل در بینایی، عملکرد تحصیلی کودک را تحت تأثیر قرار بدهد [۵]. شدت آسیب بینایی در والدین دارای یک فرزند یا بیش از یک فرزند که طیفی از مشکلات روانی و سازگاری در والدین را در پی دارد، قابل تأمل و مطالعه است. لاوتون^۱ [۶] نشان داد مادران دارای دو کودک دارای ناتوانی، دو برابر بیش از مادران دارای یک کودک مبتلا احساس ناتوانی می‌کنند. با تولد دومین و سومین کودک با آسیب بینایی هزینه‌های بیشتر و صرف زمان بیشتر برای مراقبت بر خانواده تحمیل می‌شود [۷]، [۸]. بسیاری از مادران در اثر مراقبت از چند کودک با آسیب یا کودکی مبتلا به چند آسیب دچار بیماری شده و سلامتی خود را به مخاطره می‌اندازند [۹]. برخی مطالعات [۱۰] نشان دادند والدین بیش از یک فرزند ناتوان با والدین دارای یک فرزند ناتوان در تمام صفات شخصیتی تفاوت معناداری داشتند.

نیاز به مراقبت و آموزش مداوم در افراد نابینا به ویژه در مادران به عنوان مراقبان اصلی و همیشگی فرزندان موجب تحمیل حجم کار زیاد و فشار ناشی از مراقبت بر والدین شده [۱۱]، با افزایش سن و ضعف جسمانی پیش‌رونده با نگرانی بیشتر در والدین نسبت به آینده پس از مرگشان برای فرزندان همراه است [۱۲]. نگرش‌های منفی و طردکننده

جامعه و تصورات قالبی جامعه درباره درماندگی و وابستگی فرزند مبتلا، دریافت‌نکردن بازخورد چشمی و فقدان سرمشق‌گیری، ناتوانی در موضوع‌یابی، طرد اولیه و تجربه هیجانات منفی چون احساس شرم در والدین یا همشیرها به نگرانی-های موجود افزوده و در مجموع به انزوای اجتماعی والدین منجر می‌شود [۱۱]، [۱۳]. مادران این کودکان با احساس مسئولیت بیش‌تر برای مراقبت وقت کم‌تری صرف خود کرده، فشار روانی بیش‌تری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند، با کاهش شاخصه‌های سلامت جسمی و روانی [۲] و ترس نسبت به آینده کودک، حالات خلقی منفی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، شرم و میزان بالای روان‌رنجورخویی را گزارش می‌کردند [۱۴]، [۱۵]، [۱۶].

حالات خلقی به‌عنوان مجموعه‌ای از احساسات زودگذر و دربرگیرنده بیش از یک هیجان و با دوام‌تر از آن [۱۷]، [۱۸] در دو بُعد مثبت (سرزندگی^۲، نشاط و سرخوشی) و منفی (تنش^۳، افسردگی^۴، خشم^۵، خستگی^۶ و گیجی و سردرگمی^۷) در دو سوی یک پیوستارند که بر ارزیابی یک موقعیت روان‌شناختی و چگونگی عملکرد در گذشته، حال و آینده تأثیر می‌گذارد [۱۹]، [۲۰]. داشتن خلق منفی جهان را برای فرد خطرناک و خلق مثبت، جهان را در نظر وی لذت‌بخش‌تر، کم‌خطرتر و مثبت‌تر جلوه می‌دهد. افراد دارای خلق مثبت علاقه‌مند، پرنرژی و خوش‌بین و افراد دارای خلق منفی ناخشنود، عصبی و تحریک‌پذیر، خموده، بی‌تفاوت، و خسته هستند [۲۱]. در این میان حالات خلقی تجربه‌شده در دوره‌های مختلف زندگی و تحت شرایط ویژه همچون دوران بارداری قابل توجه است، دوره‌ای که به نگرانی‌ها و دغدغه‌های مربوط به سلامت جنین در والدین و به ویژه مادر سپری می‌شود. نگرانی برخی والدین در این مورد، با مشاهده تولد کودکی ناتوان بی‌مورد نبوده و خیلی زود به سوگی پایدار مبدل می‌شود [۲۲]. واکنش‌های رایج نسبت به ناتوانی فرزند عبارت از درهم‌شکستن انتظارات و شناخت‌های قبلی والدین، احساس ناامیدی، سوگ نسبت به مرگ نمادین کودک آرمانی، اسنادهای نادرست، علت‌یابی و تلاش برای درمان است. والدین با توصیف دو تجربه اضطراب‌زا شامل احساس

¹ Lawton

² vigour

³ tension

⁴ depression

⁵ anger

⁶ fatigue

⁷ confusion

کند.

رضایت زناشویی، حاصل سازگاری زن و شوهر در ابعاد مختلف زندگی مشترک و پیش‌بین‌کننده سلامت و تداوم زندگی زناشویی [۳۶] دربرگیرنده علائق، فعالیت‌های مشترک، برآوردن انتظارات زوجین از هم و برخوردار بودن از مؤلفه‌های ارتباطی مناسب بین زوجین است [۳۷]. در تعریفی دیگر، قدردانی، مراقبت از هم، دوستی، احترام به فردیت، تعهد^۲ و اعتماد دوجانبه، به‌اشتراک‌گذاری احساسات و توانایی مصالحه، گذران اوقات مفرح با یکدیگر و توانایی مدیریت بحران و استرس از جمله مؤلفه‌های تعاملات سازنده است [۳۸]. حاصل تعاملات زوجی دربرگیرنده این مؤلفه‌ها، ثبات، رشد شخصیت، شادی، رضایت، سازگاری، یکپارچگی [۳۹، ۴۰] و تعاملات عاری از این مؤلفه‌ها با علائمی چون کاهش صمیمیت در گذر زمان، بروز اختلالات خلقی چون افسردگی در زنان، سوءمصرف مواد در مردان و مشکلات رفتاری در کودکان و... همراه است [۴۱].

در تعاملات زوجی صرفنظر از متغیرهای تأثیرگذار روانی و اجتماعی، ورود فرزند دارای نیازهای ویژه، این تعاملات را دستخوش تغییرات مثبت و منفی می‌کند. نتایج برخی مطالعات حاکی از ارتباط سازگاری و کیفیت زناشویی پایین، سبک‌های ناکارآمد حل مسأله با میزان تقسیم مسئولیت‌های مراقبت از کودکان و استرس در والدین فرزندان ناتوان است [۲۷، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸]. برخی دیگر از مطالعات برای تعاملات سازگارانه زوجین ظرفیت محافظت‌کننده، حمایت‌کننده و هم‌افزایی تلاش برای مراقبت روزانه از فرزند ناتوان قائلند [۴۹، ۵۰، ۵۱] و برخی دیگر از مطالعات کیفیت پایین تعاملات زناشویی و به تبع آن تعاملات والد-فرزند را ناشی از الگوی ناکارآمد در خانواده اصلی تلقی می‌کنند [۵۲]. شیوع ۰/۳ درصدی آسیب‌بینایی در جهان [۵۳] و به‌طور تقریبی بین ۰/۸-۰/۵ درصدی (حدود ۵۵۰۰۰۰ نفر) در ایران [۵۴] و توجه به خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه از ابعاد گوناگون تعامل والد-کودک، روابط همشیره‌ها، ویژگی‌های والدین و روابط زناشویی، محققان و درمانگران را برآن داشته تا با اهداف درمانی و توانبخشی در حوزه‌هایی از تجارب هیجانی و ویژگی‌های خلقی والدین و کیفیت تعاملات زناشویی در مواجهه با شرایط تنش‌زا دست به مطالعات میدانی و بالینی بزنند. با توجه به وجود محدود مطالعاتی در مورد خانواده‌های دارای فرزندچندمعلولیتی، مطالعات بسیار محدودی در خانواده‌های دارای چند فرزند معلول صورت

بی‌معنایی^۱ و تحلیل‌قوا^۲ به معلولیت فرزند پاسخ می‌دهند. غفلت از جنبه‌های مثبت کودک ناتوان، فرایند سازگاری والد را آهسته کرده و پاسخی نسبت به تجارب تعاملی و اجتماعی ناشی از داشتن کودک دارای ناتوانی ارزیابی می‌شود [۲۳]. اگرچه، با گذشت زمان نشانگان یادشده جای خود را به سازمان‌دهی مجدد، سازگارشده با تغییر و بازآرایی چارچوب معنایی برای زندگی، به‌کارگیری مهارت‌های مقابله با بحران مراقبت روزانه از کودک، پذیرش موجودیت فرزند و تحسین قابلیت‌های وی می‌دهد [۲۴]، با این حال، نتایج مطالعات حاکی از سطح پایین کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی، استرس والدینی، پرخاشگری، افکار پارانوئید، افسردگی، ویژگی‌های روان‌رنجوری، دوری‌جویی، افزایش حس مسئولیت‌پذیری، اتخاذ رویکرد گریز-اجتناب، دشواری هیجانی در مادران کودکان مبتلا به انواع ناتوانی است [۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱].

تأثیر تولد یک فرزند ناتوان، از روابط عادی زندگی گرفته تا امور مالی، کار و چشم‌اندازهای زندگی والدین، در خانواده‌های مختلف گسترده و متنوع بوده و واکنش‌های عاطفی پیچیده‌ای را در والدین برمی‌انگیزاند [۳۲]. این واکنش‌ها در دو مدل شخصی (سازگاری به‌عنوان یک مسأله فردی و به شکل مرحله‌ای از شوک-افسردگی، دوسوگرایی عاطفی-شرم، چانه‌زنی-پذیرش) و مدل غیرشخصی (سازگاری به‌عنوان یک بعد اجتماعی) دسته‌بندی می‌شوند [۳۳]. نوع واکنش به متغیرهای زمینه‌ای والدمحور (شخصیت والدین، جنسیت والدین، ترکیب خانواده، سن والدین، ترتیب تولد کودک معلول، موقعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده) و متغیرهای زمینه‌ای کودک‌محور (ماهیت استثنایی بودن، شدت و درجه آن، تقاضای کودک، سن، جنس، ترتیب تولد کودک، مشکلات رفتاری) و متغیرهای اجتماعی (میزان حمایت دوستان، خویشاوندان و متخصصان) وابسته‌ست [۳۴، ۵]. در پیوستار چنین واکنش‌هایی ممکن است تعاملات والد-کودک منفی بوده و رفتار کودک به‌عنوان دفاعی هدفمند علیه والد ادراک شود. این مادران با مشکلات فردی چون حمایت افراطی از کودک، برون‌ریزی خشم، احساس گناه، افسردگی، کابوس‌های شبانه، پرخاشگری و مشکلات تحصیلی، بی‌اختیاری ادرار و ترس از مدرسه در همشیره‌ها، مشکلات تعاملی چون ناسازگاری‌های زناشویی، جدایی و طلاق مواجه-اند [۳۲، ۳۴، ۳۵]. در چنین بستری، رضایت زوجین نقش محافظت‌کننده در انجام مسئولیت‌های فرزندپروری ایفا می

¹ meaninglessness

² powerlessness

³ commitment

می‌شدند، بر اساس فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه ۲۲۴ نفر تعیین شد، از این تعداد، تعداد ۱۲۰ مادر دارای یک فرزند با آسیب بینایی و ۱۰۴ مادر نیز دارای بیش از یک فرزند با آسیب بینایی به روش دردسترس و داوطلب برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: داشتن فرزند مبتلا به آسیب بینایی ساکن در شهرهای تهران و کرج، گروه سنی ۷ تا ۱۶ سال برای کودکان، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال برای مادران، نداشتن اختلال پزشکی در محور III و به عبارتی، عدم همبودی این آسیب با سایر آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی و اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش. در گروه مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی، ۵۰ مادر دارای فرزند پسر، ۷۰ مادر دارای فرزند دختر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی فرزندان این مادران $10/65 \pm 3/14$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن مادر $35/16 \pm 3/29$ ، میانگین تعداد فرزندان $3/75$ بود. از حیث تحصیلات مادر، ۱۲ نفر تحصیلات ابتدایی، ۲۳ نفر سیکل، ۵۶ نفر دیپلم، ۹ نفر فوق دیپلم، ۱۲ نفر کارشناسی و ۸ نفر در مقطع کارشناسی ارشد بودند.

در گروه مادران دارای بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی، ۵۱ مادر دارای فرزند پسر و ۵۳ مادر دارای فرزند دختر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی فرزندان این مادران $10/92 \pm 2/77$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن مادر $37/31 \pm 4/45$ ، میانگین تعداد فرزندان $3/27$ بود. از حیث تحصیلات مادر، ۱۲ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۶ نفر سیکل، ۷۴ نفر دیپلم، ۶ نفر کاردانی و ۶ نفر در مقطع کارشناسی بودند. در گروه مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی نیز به منظور مقایسه با دو گروه بالینی و نیز به منظور همگن‌سازی گروه‌ها از حیث سن کودکان به مدارس مشارکت‌کننده در شهرهای کرج و تهران مراجعه و ۱۲۰ مادر داوطلب برای شرکت در پژوهش انتخاب شد. از این مادران، ۷۲ مادر دارای فرزند پسر و ۴۸ مادر دارای فرزند دختر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی فرزندان این مادران $9/02 \pm 2/68$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن مادر $32/6 \pm 4/8$ ، میانگین تعداد فرزندان $1/84$ بود. از حیث تحصیلات، ۶ نفر بدون سواد، ۱۴ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۲ نفر سیکل، ۶۰ نفر دیپلم، ۵ نفر کاردانی، ۱۰ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بودند. اطلاعات تکمیلی گروه‌ها در جدول ۱ آمده است.

گرفته است، محدودبودن مطالعات، در پیشینه پژوهشی ذکر شده در این پژوهش، می‌تواند ناشی از محدودبودن این خانواده‌ها از یک سو و دسترسی دشوار به این خانواده‌ها از سوی دیگر باشد، این موارد از یک سو، و تجربه زیسته محقق به عنوان عضوی از یک خانواده دارای چند فرزند با آسیب بینایی، موجب تمرکز بر ویژگی‌های شخصیتی و برآیندهای ارتباطی ناشی از مراقبت از چند فرزند ناتوان شده است، از این رو، این پژوهش با هدف مطالعه ویژگی‌های خلقی و نحوه تعاملات زوجی مادران دارای یک یا بیش از یک فرزند دارای آسیب بینایی با تأکید بر ضرورت بهبود وضعیت بهداشت روانی مادران دارای فرزند مبتلا به آسیب بینایی به عنوان مراقبان و حامیان اصلی این فرزندان انجام شد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف پاسخ به این پرسش اجرا شد که آیا گستره آسیب بینایی در خانواده به شکل مراقبت از یک یا چند فرزند مبتلا به آسیب بینایی بر ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در مادران این فرزندان اثر دارد؟

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع پس‌رویدادی است. در این‌گونه پژوهش‌ها، کشف علت‌ها یا عوامل بروز یک رویداد یا حادثه یا پدیده‌ی مورد نظر است؛ بنابراین، پس‌از آن‌که واقعه‌ای روی داد، پژوهش درباره آن شروع می‌شود. هدف مطالعه حاضر این است که ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی را مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی، مادران دارای بیش از یک فرزند با آسیب بینایی و مادران کودکان بدون آسیب بینایی ساکن شهرهای کرج و تهران مقایسه کند.

آزمودنی

(الف) جامعه پژوهش: جامعه آماری پژوهش را سه گروه از مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی، بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی و مادران فرزندان بدون آسیب بینایی ساکن در شهرهای تهران و کرج تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری در هر سه گروه از نوع غیراحتمالی و دردسترس بود و مادرانی که برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه داشتند، به عنوان نمونه مؤثر در گروه‌ها قرار گرفتند.

(ب) نمونه پژوهش:

برای سهولت در انتخاب دو گروه از مادران دارای فرزند مبتلا به آسیب بینایی به آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران و کرج مراجعه و از مدارس مجتمع پویای کرج، مدرسه دخترانه نرجس و مدارس پسرانه دکتر خزائی و مجتمع شهید محبی در تهران که در مجموع ۵۳۷ دانش‌آموز را شامل

ابزارهای پژوهش

طیف لیکرت (۱ تا ۵) از «تقریباً همیشه درست است» (۵) تا «تقریباً هیچ‌وقت درست نیست» (۱) ساخته شد. نتایج تحلیل عاملی تعداد ۱۰ عامل را در این مقیاس نشان داده است. مؤلفه‌های این مقیاس عبارتند از: مثبت‌اندیشی همسران، رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، روش حل مسأله، امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، شیوه‌های فرزندپروری، گذران اوقات فراغت، تعامل عاطفی (کلامی و بصری). برای به دست آوردن نمره مربوط به هر یک از خرده‌مقیاس‌ها کافی است نمره عبارات مربوط به خرده‌مقیاس‌ها را با هم جمع نموده، سپس از جمع امتیاز، نمره کلی به دست آید. بالابودن نمره در این مقیاس نشانه سطح رضایت‌مندی بیش‌تر و پایین بودن آن نشانه میزان رضایت کم‌تر است. افروز، فرزند، محبی و قاسم-زاده [۵۸] به سنجش عملی بودن، اعتبار و روایی مقیاس مذکور پرداخته است. ضریب آلفای ۰/۹۸ نشان‌دهنده اعتبار بالا و بسیار مطلوب این مقیاس است. ضریب همبستگی ۰/۴۴ آن با مقیاس رضایت زناشویی انریچ حاکی از روایی هم‌گرایی قابل قبول این مقیاس دارد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرنباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

شیوه انجام پژوهش

آن‌ها برای شرکت در پژوهش و دادن اطمینان بابت محرمانگی پاسخ‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل و جمع‌آوری کرد. پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی تکمیل شد، در اجرای پرسشنامه هیچ محدودیت زمانی وجود نداشت. به‌طور متوسط حدود ۳۰-۲۰ دقیقه صرف پرکردن هر پرسشنامه شد.

۱) پرسشنامه حالات خلقی برومز^۱: پرسشنامه برومز ۳۲ سؤالی برای اندازه‌گیری حالات خلقی توسط لن، لین، ری و هنین^۲ [۵۵] طراحی شد. این پرسشنامه از ۸ خرده‌مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) تنظیم شده است. هر خرده‌مقیاس دارای ۴ سؤال است. همچنین سرزندگی، آرامش و شادکامی (مجموعاً ۱۲ گویه) ابعاد مثبت حالات خلقی؛ و تنش، افسردگی، خشم، خستگی و سردرگمی (مجموعاً ۲۰ گویه) ابعاد منفی. ضرایب آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه حالات خلقی برومز با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۷۸ به دست آمد. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های تنش ۰/۷۴، سردرگمی ۰/۷۲، سرزندگی ۰/۸۰، خستگی ۰/۷۶، شادکامی ۰/۷۷، آرامش ۰/۷۸، افسردگی ۰/۷۰ و خشم ۰/۷۲ است که در حد مطلوب و قابل قبول قرار دارند؛ بنابراین پرسشنامه حالات خلقی برومز و خرده‌مقیاس‌های آن از همسانی و روایی سازه قابل قبول و مطلوبی برخوردار است [۵۶]. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرنباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۲) پرسشنامه مؤلفه‌های تعامل زناشویی: این پرسشنامه توسط افروز و قدرتی [۵۷] شامل ۱۱۰ سؤال با برای جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ معرفی‌نامه از آموزش‌وپرورش عادی و آموزش‌وپرورش استثنایی برای حضور در مدارس مربوطه، فهرستی از مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی و بیش‌تر تهیه شد. پژوهشگر با همکاری کارشناسان و معلمان مدارس و هماهنگی با مادران شناسایی شده و دعوت از آن‌ها در روزهای مشخص، پس از جلب اطمینان و توضیحات کافی در مراکز یا مدارس با جلب رضایت

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی سه گروه از مادران شرکت‌کننده به تفکیک، سن، جنس و تعداد فرزندان

متغیرهای جمعیت‌شناختی		بدون آسیب بینایی	یک کودک با آسیب بینایی	بیش از یک کودک با آسیب بینایی
جنسیت فرزند	فرزند پسر f(%)	۷۲(۶۰٪)	۵۰(۴۱٪)	۵۱(۴۹٪)
	فرزند دختر f(%)	۴۸(۴۰٪)	۷۰(۵۸٪)	۵۳(۵۱٪)
سن فرزند	۷ تا ۱۰ سال f(%)	۹۱(۷۵٪)	۶۸(۵۶٪)	۴۸(۴۶٪)
	۱۱ تا ۱۳ سال f(%)	۱۵(۱۲٪)	۲۳(۱۹٪)	۳۴(۳۲٪)
	۱۴ تا ۱۶ سال f(%)	۱۴(۱۱٪)	۲۹(۲۴٪)	۲۲(۲۱٪)
تعداد فرزندان	یک فرزند f(%)	۵۱(۴۲٪)	۳(۲٪)	۰(۰٪)
	دو فرزند f(%)	۵۰(۴۱٪)	۹(۷٪)	۸(۷٪)
	سه فرزند f(%)	۹(۷٪)	۳۷(۳۰٪)	۵۹(۵۶٪)

^۱ Brunel of Mood Scale (BRUMS)^۲ Lan, Lane, Roy & Hanin

متغیرهای جمعیت‌شناختی		بدون آسیب بینایی	یک کودک با آسیب بینایی	بیش از یک کودک با آسیب بینایی
چهار فرزند f(%)	۷(۵/۸٪)	۴۵(۳۷/۵٪)	۳۷(۳۵/۶٪)	
پنج فرزند f(%)	۳(۲/۵٪)	۱۸(۱۵٪)	۰(۰٪)	
شش فرزند f(%)	۰(۰٪)	۸(۶,۷٪)	۰(۰٪)	
میانگین (انحراف استاندارد) سنی فرزند	۹/۰۲±۲/۶۸	۱۰/۶۵±۳/۱۴	۱۰/۹۲±۲/۷۷	
میانگین (انحراف استاندارد) سنی مادر	۳۲/۶±۴/۱۸	۳۵/۱۶±۳/۲۹	۳۷/۳۱±۴/۴۵	

شیوه تحلیل داده‌ها

انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی) تحلیل شد.

داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه‌های حالات خُلقی برومز و مؤلفه‌های تعامل زناشویی، با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس ۲۱ در دو بخش آمار توصیفی (میانگین و

نتایج

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های خُلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در سه گروه از مادران

متغیرهای پژوهش	مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی			مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی			مادران دارای بیش از یک فرزند با آسیب بینایی		
	Min-Max	SD	M	Min-Max	SD	M	Min-Max	SD	M
خُلق مثبت	۴۵-۲۹	۳/۴۵	۳۸/۵۳	۴۷-۲۲	۵/۴۳	۳۲/۸۸	۶۰-۱۹	۸/۷۷	۳۴/۸۶
خُلق منفی	۷۱-۴۵	۴/۴۹	۶۰/۳۴	۷۷-۴۱	۶/۳۵	۵۶/۳۵	۸۸-۲۰	۱۵/۰۲	۳۸/۴۱
مثبت اندیشی	۵۰-۲۰	۶/۶	۳۴/۵۷	۴۰-۲۰	۵/۲۵	۲۹/۸۸	۵۵-۱۱	۱۱/۵۱	۲۲/۵۵
رضایت زناشویی	۴۴-۱۶	۵/۴۶	۳۱/۸۹	۳۶-۱۵	۵/۲۹	۲۷/۰۵	۵۰-۱۰	۱۰/۳۱	۲۰/۷۶
رفتارهای شخصی	۸۴-۳۷	۱۰/۸۴	۶۰/۷۲	۷۲-۳۶	۸/۸	۵۲/۷۳	۹۵-۱۹	۱۸/۸۸	۳۹/۸۸
رفتارهای ارتباطی و اجتماعی	۵۱-۱۷	۶/۷۱	۳۳/۸۵	۴۳-۱۷	۵/۷۲	۳۰/۰۴	۵۵-۱۱	۱۱/۵۶	۲۲/۱
شیوه‌های حل مسأله	۳۷-۱۷	۴/۹۹	۲۵/۸۵	۳۳-۱۲	۴/۱	۲۱/۹۸	۴۰-۸	۸/۲۸	۱۶/۹۴
مدیریت مالی و اقتصادی	۴۳-۲۰	۴/۹۸	۲۸/۲۸	۳۷-۱۴	۵/۱	۲۴/۹۴	۴۵-۹	۹/۱۹	۱۹/۴۳
احساسات و رفتارهای مذهبی	۳۵-۱۴	۴/۸	۲۴/۹۹	۳۵-۱۲	۴/۸۶	۲۱/۱۳	۴۰-۸	۷/۹۱	۱۶/۴۹
شیوه‌های فرزندپروری	۳۶-۱۲	۵/۲۲	۲۴/۴۱	۳۲-۱۱	۴/۳۱	۲۲/۱۵	۴۰-۸	۸/۴۳	۱۶/۷۲
گذران اوقات فراغت	۴۵-۲۲	۵/۵	۳۱/۵۹	۳۶-۱۸	۴/۸۸	۲۷/۳	۵۰-۱۰	۹/۹۵	۲۱/۷۵
تعامل عاطفی	۶۴-۲۷	۸/۲۴	۴۴/۳۸	۵۶-۲۲	۷/۴۹	۳۷/۹۸	۷۰-۱۴	۱۴/۵۸	۲۹/۶۳
نمره کل تعامل زناشویی	۴۷۷-۲۰۹	۵۷/۵۳	۳۴۰/۵۳	۴۵/۲۷	۲۹۵/۱۸	۴۷۷-۲۰۹	۵۴۰-۱۰۸	۱۰۷/۴۱	۲۲۶/۲۴

دارد. از آنجایی که فرض نرمال بودن توزیع متغیرها بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف در سطح معناداری ۰/۳۵ و تساوی ماتریس واریانس گروه‌ها بر اساس آزمون باکس تأیید شد، برای بررسی معناداری آماری این تفاوت، از تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۳ و ۴ استفاده شد.

مقایسه توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه از مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی، مادران بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی و مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین نمرات حالات خُلقی مثبت و منفی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی تفاوت وجود

جدول ۳. تحلیل واریانس چند متغیره نمرات گروه‌ها در ویژگی‌های خُلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی

منابع	اثر	ارزش	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	p	η^2
میانگین	اثر پیلای	۰/۷۳	^b ۱۵/۸۱	۲۴	۶۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	لامبدا ویلکز	۰/۳۷	^b ۱۷/۶۷	۲۴	۶۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	اثر هتلینگ	۱/۴۳	^b ۱۹/۶۱	۲۴	۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	بزرگترین ریشه ری	۱/۲۱	^b ۳۳/۳۵	۱۲	۳۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵

$$\lambda = 0.37, F(24, 660) = 17.67, p < 0.001, \eta^2 = 0.39$$

خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در مادران از تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۴ استفاده شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که گستره آسیب بینایی، اثر معنی‌داری بر ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی دارد. برای بررسی اثر آسیب بینایی فرزندان بر ویژگی‌های

جدول ۴. تحلیل واریانس نمرات مادران سه گروه در متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	میانگین مجذورات	F	p	η^2
متغیرهای تعامل زناشویی	خلق مثبت	۱۹۶۷/۰۶	۲	۹۸۳/۵۳	۲۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۳
	خلق منفی	۲۹۷۸۳/۳۱	۲	۱۴۸۹۱/۶۶	۱۶۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	مثبت اندیشی	۸۱۱۰/۵۷	۲	۴۰۵۵/۲۸	۶۲/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	رضایت زناشویی	۶۹۱۲/۶	۲	۳۴۵۶/۳	۶۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	رفتارهای شخصی	۲۴۴۲۲/۷۱	۲	۱۲۲۱۱/۳۵	۶۹/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	رفتارهای ارتباطی و اجتماعی	۷۹۰۹/۵۲	۲	۳۹۵۴/۷۶	۵۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	شیوه‌های حل مسأله	۴۴۲۶/۰۷	۲	۲۲۱۳/۰۴	۶۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	مدیریت مالی و اقتصادی	۴۴۱۰/۳۵	۲	۲۲۰۵/۱۸	۵۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	احساسات و رفتارهای مذهبی	۴۰۲۷/۱۹	۲	۲۰۱۳/۵۹	۵۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	شیوه‌های فرزندپروری	۳۴۲۶/۵۵	۲	۱۷۱۳/۲۸	۴۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱
	گذران اوقات فراغت	۵۴۰۲/۴۲	۲	۲۷۰۱/۲۱	۵۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	تعامل عاطفی	۱۲۱۵۱/۰۱	۲	۶۰۷۵/۵	۵۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	نمره کل تعامل زناشویی	۷۳۲۴۳۹/۳۸	۲	۳۶۶۲۱۹/۶۹	۶۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹

F بدست آمده از تحلیل واریانس نمرات سه گروه از مادران دارای یک فرزند با آسیب بینایی، بیش از یک فرزند دارای آسیب بینایی و فرزندان بدون آسیب بینایی در متغیرهای وابسته پژوهش، در جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر گستره آسیب بینایی بر ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در مادران معنادار است، این به این معناست که مادران سه گروه در ویژگی‌های خلقی مثبت و منفی و همه مؤلفه‌های تعامل زناشویی چون رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، شیوه‌های حل مسأله، مدیریت مالی و اقتصادی، احساسات و رفتارهای مذهبی، شیوه‌های فرزندپروری، گذران اوقات فراغت و تعامل عاطفی با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($p < 0/001$). برای بررسی این-که تفاوت مشاهده شده بین کدام دو گروه است، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروه‌ها در متغیرهای پژوهش نشان داد در خلق مثبت مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی از مادران با یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی ($\Delta M = 5/65, p < 0/001$) و مادران دارای بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی ($\Delta M = 3/47, p < 0/001$) نمرات بالاتری کسب کردند. به علاوه، مادران با یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی نمرات بالاتری در خلق مثبت نسبت به مادران دارای بیش از یک فرزند با آسیب بینایی به دست آوردند. در خلق منفی مادران دارای بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی، از مادران دارای یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی ($p < 0/001$). بدون آسیب ($\Delta M = -17/94$) و هر دو گروه نسبت به مادران دارای فرزند بدون آسیب ($\Delta M = -21/93, p < 0/001$) نمرات بالاتری کسب کردند. در همه مؤلفه‌های تعامل زناشویی نیز مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی، به ترتیب اختلاف میانگین بالاتری نسبت به مادران دارای بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی و مادران دارای یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی مادران دارای یک یا بیش از یک فرزند مبتلا به آسیب بینایی و مادران فرزندان بدون آسیب

نتایج جدول ۳ نشان داد که گستره آسیب بینایی، اثر معنی‌داری بر ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی دارد. برای بررسی اثر آسیب بینایی فرزندان بر ویژگی‌های

بینایی ساکن در شهرهای تهران و کرج انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین ویژگی‌های خلقی مثبت در مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی به‌طور معناداری بیش‌تر از گروه مادران با یک و بیش از یک فرزند با آسیب بینایی بود. همچنین بین دو گروه مادران با یک و بیش از یک فرزند با آسیب بینایی در خلق مثبت تفاوت معناداری مشاهده شد. بر این اساس می‌توان گفت که داشتن ویژگی‌های خلقی مثبت با افزایش تعداد فرزندان با آسیب بینایی کاهش می‌یابد. نتایج نشان داد که میانگین ویژگی‌های خلقی منفی در مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی به‌طور معناداری کم‌تر از گروه مادران با یک و بیش از یک فرزند با آسیب بینایی بود و میانگین ویژگی‌های خلقی منفی در گروه مادران با یک فرزند با آسیب بینایی به‌طور معناداری کم‌تر از گروه مادران با بیش از یک فرزند با آسیب بینایی بود. به بیان دیگر، افزایش ویژگی‌های خلقی منفی با افزایش تعداد فرزندان با آسیب بینایی همراه است. نتایج به‌دست‌آمده در این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱] هم‌سو و هم‌خوان است. این مطالعات نشان دادند که والدین کودکان با آسیب بینایی واکنش‌های عاطفی شدیدتری نسبت به والدین کودکان عادی از خود نشان می‌دهند. تولد کودکی با نیازهای ویژه به‌خصوص کودک با آسیب بینایی، می‌تواند موجب تغییراتی در امید و انتظارات مادران شده و همین عامل به افسردگی طولانی‌مدت همراه با احساس خشم، شرم و گناه در آن‌ها منجر شود. در مجموع می‌توان به این نکته اشاره کرد که داشتن فرزند با مشکلات و آسیب بینایی بیش از هرکسی بر سلامت روان‌شناختی مادر تأثیر می‌گذارد. از طرف دیگر، از دیگر مشکلات و چالش‌های مادران کودکان با آسیب‌های بینایی، استرس‌های ناشی از قرارگرفتن در موقعیت‌های مختلف زندگی است. مشکلات مربوط به اجتماعی شدن کودک مانند حضور در خانه اقوام و دوستان یا ترک موقتی و دوری از فرزند برای انجام امور معمول، حتی زمانی که فرد دیگری مراقبت از کودک را برعهده می‌گیرد بر میزان نگرانی والدین می‌افزاید، این روند والدین را مجاب می‌کند که از میزان ارتباط خود با دیگران بکاهند که خود موجب افزایش حالات خلقی منفی در آن‌ها شود. مادران کودکان دارای ناتوانی به سبب صرف زمان بیش‌تر برای مراقبت، تماس مستقیم بیش‌تری با کودک داشته و استرس بیش‌تری را تجربه می‌کنند [۲، ۲۷، ۵۹]. مادر به عنوان مراقب دائمی کودک، علاوه بر خانه‌داری و مسئولیت‌هایی که به‌واسطه جایگاهش در خانواده برعهده دارد، با احساس مسئولیت اضافی نسبت به فرزند ناتوان خود با احساس خستگی بی‌وقفه و بدون استراحت بسیاری از

اختلالات جسمانی و خلقی را طی روز تجربه می‌کند. مراقبت از فرزند با نیازهای خاص به‌ویژه کودکان با آسیب بینایی، والدین را ملزم به یادگیری و آموزش‌های اضافی به عنوان منبع دیگری برای اضطراب می‌کند. همچنین بسیاری از استرس‌ها و ناراحتی‌های خلقی خانواده‌های کودکان با آسیب بینایی از کمبود دانش در مورد تحول و مشکلات کودک و نحوه برخورد با کودک نیز ناشی می‌شود. حاصل این تنش‌ها، فرسودگی جسمی-روانی مادران کودکان با آسیب بینایی است. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران به خاطر حجم زیاد مسئولیت‌شان در قبال نگهداری، آموزش و تربیت فرزندشان مجبورند از بسیاری از فعالیت‌های تفریحی و موردعلاقه خود دست کشیده و تمام زمان خود را صرف فرزندشان بکنند، در نتیجه دچار اختلالات جسمانی و خلقی متنوعی می‌شوند، نتایج این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها [۶۰] دال بر این‌که حدود ۷۰ درصد مادران و ۴۰ درصد از پدران کودکان دارای ناتوانی، فشار روانی را تجربه می‌کنند، هم‌خوان است.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد بین سه گروه از مادران شرکت‌کننده در مؤلفه‌های تعامل زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین زوجی گروه‌ها نشان داد که میانگین نمره کل تعامل زناشویی در مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی به‌طور معناداری بیش‌تر از دو گروه مادران با یک و بیش از یک فرزند با آسیب بینایی است. به بیان دیگر، داشتن فرزند مبتلا به آسیب بینایی با کیفیت پایین زناشویی در مادران همراه است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج برخی پژوهش‌ها [۲۷، ۴۲، ۴۳، ۴۴] هم‌خوان است. حضور کودکان با مشکلات آسیب بینایی، از بدو تولد یا در مراحل بعدی رشد می‌تواند موجب افزایش میزان استرس و آسیب‌روانی و بروز مشکلات در زندگی خانوادگی، برای والدین شود. افزون بر این، با تولد و حضور کودک در خانواده، تغییراتی در کارکرد خانواده و روابط والدین ایجاد می‌شود که می‌تواند تهدیدی برای امنیت عاطفی و کاهش کیفیت تعاملات زناشویی قلمداد شود. نیاز این کودکان به مراقبت و رسیدگی زیاد برای والدین استرس‌زاست و مستلزم شکیبایی و فداکردن هدف‌های شخصی و غفلت زوجین از رابطه تعاملی و تبادل عاطفی می‌شود. از طرفی نیز حضور این‌گونه کودکان با تأثیر بر خرده‌سیستم‌های والدینی، زناشویی، همشیرگی و حتی سیستم‌های برون‌خانوادگی مانند دوستان، همسایه و مدرسه می‌تواند به کاهش رضایت والدین از زندگی زناشویی بینجامد. یافته‌های مطالعات مختلف [۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸] نشان دادند فشار ناشی از وظایف و مسئولیت‌های پرورش کودکان مبتلا به انواع ناتوانی موجب

فرسایش روانی بیش‌تری در مادر شده و خود عاملی برای کاهش تعاملات فردی و اجتماعی زوجین محسوب می‌شود. والدین به دلیل احساس شرم و احتمال بروز رفتارهای ناسازگارانه کودک، روابط اجتماعی خود را با دیگران کاهش داده؛ از نظر اجتماعی گوشه‌گیر شده و در فعالیت‌های اجتماعی کم‌تر خود را درگیر می‌نمایند. در مؤلفه روش حل-مسأله و مدیریت امور مالی نتایج این مطالعه با یافته‌های برخی مطالعات [۴۲، ۶۶] همسوست. در تبیین نتایج می‌توان گفت که مادران این کودکان با احساس همیشگی ناکارآمدی همواره نگران مشکلات و آسیب‌های ناشی از نابینایی فرزند خود هستند و احساس شکست می‌کنند. همچنین از آنجا که بیش‌تر درآمد خانواده صرف امور آموزش، توان‌بخشی و هزینه‌های نگهداری از کودک می‌شود، بنابراین در زمینه امور مالی و اقتصادی با مشکلات جدی مواجه‌اند. در مؤلفه حل مسأله نتایج برخی پژوهش‌ها [۶۷، ۶۸] نشان داده است که الگوی خانوادگی مبتنی بر حل مسأله موجب کاهش تعارضات زناشویی و بهزیستی روانی در خانواده می‌شود. داشتن فرزند آسیب‌دیده والدین را در غرق در احساسات منفی کرده و توان رویارویی با یک مسأله و کنترل شرایط را از دست آنها خارج می‌کند.

در مؤلفه روش فرزندپروری و گذراندن اوقات فراغت نتایج به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های مختلف [۶۹، ۷۰، ۷۱] هم‌خوان است. در پاسخ به فشار روانی و نگرانی‌های مرتبط با آینده کودک، مادران دارای فرزند مبتلا به آسیب بینایی وقت بیش‌تری را صرف مراقبت، غذا دادن، رسیدگی به امور بهداشتی و نظافتی و کنار آمدن با مشکلات رفتاری وی صرف کنند، در حالی که مادر دارای فرزند بدون ناتوانی، بدون تجربه-کردن چنین مشکلاتی بیش‌تر می‌تواند در فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی و تفریحی خود شرکت کند که این امر بر افزایش تعاملات و کیفیت زناشویی وی اثر مثبتی داشته باشد. فشارهای ناشی از نگرانی از آینده شغلی، تحصیلی و اجتماعی کودک، طولانی‌بودن برنامه‌های توان‌بخشی و مشکلات موجود در جامعه برای این‌گونه کودکان، از سوی دیگر باعث افزایش استرس در والدین شده و کیفیت تعامل زناشویی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز توانبخشی با برنامه‌ریزی مداخلات پیشگیرانه و آگاهی‌بخش با هدف پذیرش ناتوانی فرزند و افزایش عاطفه مثبت نسبت به فرزند، یادگیری و کاربرد مهارت‌های مقابله با خستگی‌های ناشی از مراقبت، استفاده از ظرفیت‌های چندمراقبتی برای کاستن از فشارهای فیزیکی و روانی و یادگیری فنون مراقبت-های ویژه این کودکان اقدام نموده تا بدین‌وسیله والدین علاوه

کاهش رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی به ویژه در مادران می‌شود. تولد فرزند و به‌طور اختصاصی فرزند دارای مشکلات رشدی با نیازهای ویژه، استرس و فشار روانی مضاعفی را بر والدینی تحمیل می‌کند که وقوع یک تغییر مثبت (تولد فرزند) را در زندگی خود به‌عنوان اولین تغییر مهم ازدواج خود به انتظار نشسته‌اند، این تغییر غیرمنتظره همچون یک واقعه آسیب‌زا والدین را متوسل به مکانیسم‌های دفاعی چون انکار، سرکوبی و چانه‌زنی و غرق در هیجان‌اتی چون پرخاشگری، سردرگمی، اغتشاش، در نهایت استیصال و پذیرش غیرارادی و تحمیلی این رویداد استرس‌زا در زندگی خود می‌کنند. همان‌گونه که برخی از مطالعات نیز نشان دادند میزان مسئولیت‌ها و فشار زمانی ناشی از اقتضائات مربوط به کودکان دارای ناتوانی با شیوع نشانگان اختلالات خلقی در هر دو والد و کاهش رضایت زناشویی به ویژه در مادران رابطه دارد. این در حالی است که برخی مطالعات نیز حاکی از نقش محافظت‌کنندگی رضایت زناشویی برای استفاده از حمایت همسر و ظرفیت چندمراقبتی برای کودک ناتوان در زوجین سازگار است [۴۹، ۵۰، ۵۱].

نتایج پژوهش نشان داد که بین مؤلفه‌های مثبت‌اندیشی، رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای اجتماعی، روش حل مسأله، امور مالی و اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، روش فرزندپروری، گذران اوقات فراغت و تعامل عاطفی در بین سه گروه از مادران شرکت‌کننده تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی مادران دارای فرزند بدون آسیب بینایی به‌طور معناداری نمرات بیش‌تری از دو گروه مادران با یک و بیش از یک فرزند با آسیب بینایی در مؤلفه-های تعامل زناشویی کسب کردند. همچنین مادران در گروه با یک فرزند با آسیب بینایی به‌طور معناداری نمرات بیش‌تری از مادران با بیش از یک فرزند با آسیب بینایی در ابعاد تعامل زناشویی کسب کردند. نتایج به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش [61، 62] هم‌خوان است. داشتن کودک با مشکلات جسمی و ذهنی، سلامت و بهداشت روانی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تأثیر هم ناشی از مشکلات خود کودک و هم ناشی از تنش‌ها و فشارهای ذهنی و روانی است که به‌واسطه حضور کودک از سوی دیگران متوجه مادر می‌شود. در مؤلفه رفتارهای شخصی و اجتماعی نیز نتایج به‌دست‌آمده با نتایج برخی پژوهش‌ها [۶۳، ۶۴، ۶۵] هم‌خوانی دارد. وجود کودک با آسیب بینایی در خانه یا سایر موقعیت‌های اجتماعی موجب برداشت‌ها و قضاوت‌های خاص دیگران می‌شود و مادر را منزوی می‌کند و این باعث می‌شود که انتظارات و توقعاتی که زوجین از یکدیگر دارند به‌خوبی برطرف نشود، چراکه تنش و ناراحتی منتج از آسیب بینایی فرزند در طولانی‌مدت موجب

9- McCann D, Bull R, & Winzenberg T. (2012). The daily patterns of time use for parents of children with complex needs: A systematic review. *Journal of Child Health Care*. 16(1): pp. 26-52.

۱۰- حجازی، مسعود؛ افروز، غلامعلی و صبحی، افسانه. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های زیستی، روانی، اجتماعی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۳۹ (۲): صص. ۱۲۳-۱۴۵.

۱۱- کاکابرابی، کیوان؛ ارجمندنیبا، علی‌اکبر و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های زیستی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۱ (۳): صص. ۷۲-۸۲.

12- Ryan A, Taggart L, Truesdale- Kennedy M, & Slevin E. (2014). Issues in caregiving for older people with intellectual disabilities and their ageing family carers: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*. 9(3): pp. 217-226.

۱۳- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری دانش‌آموزان نابینا. *روان‌شناسی افراد استثنایی*. (۱): صص. ۴۵-۶۶.

14- Lewis P, Abbeduto, L., Murphy, M., Richmond, E., Giles, N., Bruno, L., ... & Orsmond, G. (2006). Psychological well-being of mothers of youth with fragile X syndrome: Syndrome specificity and within-syndrome variability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 50(12): pp. 894-904.

15- Murphy NA, Christian B, Caplin DA, & Young PC. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: care, health and development*. 33(2): pp. 180-187.

16- Findler L, Jacoby AK, & Gabis L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in developmental disabilities*. 55: pp. 44-54.

17- Terry PC, Lane AM, & Fogarty GJ. (2003). Construct validity of the Profile of Mood States—Adolescents for use with adults. *Psychology of sport and exercise*. 4(2): pp. 125-139.

18- Hume D. (2012). Emotions and moods. *Organizational behavior*. pp. 258-297.

19- Lane AM. (2007). *Mood and human performance: Conceptual, measurement, and applied issues*. Nova Publishers.

بر کاهش فشار روانی ناشی از مراقبت، با اختصاص زمان فراغتی برای توجه به نیازهای خود و همسر به حفظ رابطه رضایت‌بخش کمک کرده و از ظرفیت ایجادشده برای مقابله زوجی با مشکلات مراقبت از فرزند ناتوان بهره‌گیرند.

با توجه به محدودیت‌هایی چون نمونه‌گیری غیراحتمالی، انتخاب مادران، عدم امکان هم‌تاسازی متناظر و کامل گروه‌ها با یکدیگر و کنترل سایر متغیرهای مداخله‌گر به دلیل محدودیت در دسترسی به گروه بالینی، پیشنهاد می‌شود اثر عوامل مختلف فرهنگی، شخصیتی و ظرفیت‌های موجود در تعامل زوجی به عنوان متغیرهای واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده مورد توجه محققان قرار گیرد.

منابع

۱- به‌پژوه، احمد؛ کرمی‌نژاد، رضا؛ غباری‌بناب، باقر و شکوهی‌نژاد، محسن. (۱۳۹۲). آموزش هوش هیجانی و اثربخشی آن بر دانش‌آموزان با آسیب بینایی. *افراد استثنایی*. ۳ (۱۰): صص. ۱-۲۰.

2- Fairthorne J, Jacoby P, Bourke J, de Klerk N, & Leonard H. (2015). Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *Journal of psychiatric research*. 61: pp. 223-230.

3- Algood CL, Harris C, & Hong JS. (2013). Parenting success and challenges for families of children with disabilities: An ecological systems analysis. *Journal of Human Behavior in the social environment*. 23(2): pp. 126-136.

۴- کریمی‌درمنی، حمیدرضا. (۱۳۸۳). توان‌بخشی گروه‌های خاص با تأکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. تهران: گستره.

۵- هالاهان، دانیل، پی و کافمن، جیمز، ام. (۲۰۰۳). دانش‌آموزان استثنایی: مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه. ترجمه حمید علیزاده، هایده صابری، ژانت هاشمی و مهدی محی‌الدین (۱۳۹۲). تهران: ویرایش.

6- Lawton D. (1998). The number and characteristics of families with more than one disabled child. Report. Social Policy Research Unit.

7- Baldwin S. (2015). *The costs of caring: Families with disabled children*. Routledge.

8- Bolch C. E, Davis PG, Umstad MP, & Fisher JR. (2012). Multiple birth families with children with special needs: A qualitative investigation of mothers' experiences. *Twin Research and Human Genetics*. 15(4): pp. 503-515.

- ۳۱- علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ کاکوجویباری، علی‌اصغر؛ محتشمی، طیبه و یکتاخواه، سرور. (۱۳۹۰). میزان استرس در مادران کودکان هنجار، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی، شنوایی‌سنجی. ۲۰(۱): صص. ۱۲۸-۱۳۶.
- 32- Witret D. (2001). Parental reaction to having a child with disabilities, 3rd Edition, Revised, Newjersy Prentice Hall, Inc.
- 33- Dale N. (1996). Working with families of children with special needs. Routledge Press.
- 34- Hunt N, & Marshall K. (2012). Exceptional children and youth. Cengage Learning.
- ۳۵- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌اله (۱۳۹۳). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: ارسباران.
- 36- Gottman JM. (2013). Marital interaction: Experimental investigations. Elsevier.
- 37- Vandais AN. (2005). The relationship of emotional intelligence and marital satisfaction. Doctoral thesis: Alliant International University.
- 38- DeFrain J, & Asay SM. (2007). Strong families around the world: An introduction to the family strengths perspective. *Marriage & Family Review*. 41(1-2): pp. 1-10.
- 39- Bradbury TN, Fincham FD, & Beach SR. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of marriage and family*. 62(4): pp. 964-980.
- 40- Fincham FD, Beach SR, & Davila J. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of family psychology*. 18(1): pp. 72-81.
- 41- Whisman MA, & Baucom DH. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical child and family psychology review*. 15(1): pp. 4-13.
- ۴۲- کارگر، مونا و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۳۹۴). مقایسه سبک حل مسأله و سازگاری زناشویی در مادران کودک استثنایی و عادی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۲(۱۳۰): صص. ۳۷-۴۴.
- 43- Langley E, Totsika V, & Hastings RP. (2017). Parental relationship satisfaction in families of children with autism spectrum disorder (ASD): A multilevel analysis. *Autism Research*. 10(7): pp. 1259-1268.
- 44- Ki YW, & Joanne CCY. (2014). Stress and marital satisfaction of parents with children with disabilities in Hong Kong. *Psychology*. 5(05): pp. 349-357.
- 20- Van Wijk CH. (2011). The Brunel Mood Scale: A South African norm study. *South African Journal of Psychiatry*. 17(2): pp. 44-54.
- ۲۱- ریو، جان. مارشال. (۲۰۰۵). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹). تهران: ویرایش.
- 22- Whittingham K, Wee D, Sanders MR, & Boyd R. (2013). Sorrow, coping and resiliency: parents of children with cerebral palsy share their experiences. *Disability and rehabilitation*. 35(17): pp. 1447-1452.
- 23- Turecki S, & Tonner L. (2012). The difficult child: Expanded and revised edition. Bantam.
- 24- Morris J. (2014). *Pride against prejudice: Transforming attitudes to disability*. The Women's Press.
- ۲۵- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود و طالبی‌جویباری، مسعود. (۱۳۹۰). مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *ناتوانی‌های یادگیری*. ۲(۱): صص. ۱۳۷-۱۲۰.
- ۲۶- امیری مجد، مجتبی؛ حسینی، سیده‌فاطمه و جعفری، اصغر. (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای سندرم داون، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و والدین کودکان عادی. *ناتوانی‌های یادگیری*. ۴(۱): صص. ۵۵-۳۸.
- ۲۷- میرصمدی، فائزه و عبدی، رضا. (۱۳۹۶). مقایسه ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران کودکان معلول با مادران کودکان عادی. *مطالعات ناتوانی*. ۷: صص. ۷-۱.
- 28- Padden C, & James JE. (2017). Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: a comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *Journal of developmental and physical disabilities*. 29(4): pp. 567-586.
- 29- Kiani B, & Nami M. (2016). A comparative analysis on quality of life in mothers of autistic, blind, and normal-functioning children. *Journal of Advanced Medical Sciences and Applied Technologies*. 2(2): pp. 213-219.
- 30- Predescu E, & Şipoş R. (2013). Cognitive coping strategies, emotional distress and quality of life in mothers of children with ASD and ADHD—A comparative study in a Romanian population sample. *Open journal of psychiatry*. 3(02): pp. 11-17.

- ۵۶- فرخی، احمد؛ متشرعی، ابراهیم و زیدآبادی، رسول. (۱۳۹۲). تعیین روایی عاملی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه حالات خلقی بروم ۳۲ سؤالی. *مجله رفتار حرکتی*. ۵(۱۳): صص. ۴۰-۱۵.
- ۵۷- افروز، غلامعلی و قدرتی، مهدی. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضامندی همسران افروز (فرم کوتاه). *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۴۱(۱): صص. ۱۶-۳.
- ۵۸- افروز، غلامعلی؛ فرزاد، ولی‌اله؛ محبی، معصومه و قاسم‌زاده، سوگند. (۱۳۹۵). بررسی رابطه رضایت‌مندی زوجیت و سبک‌های تفکر معلمان متاهل زن در شهر تهران. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی. ۷(۱): صص. ۷۱-۸۸.
- ۵۹- حسوندعموزاده، مهدی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر علائم اضطراب اجتماعی و شیوه‌های مقابله ای با استرس در نوجوانان خانواده‌های تحت پوشش سازمان بهزیستی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. ۵(۱): صص. ۲۱-۳۶.
- 60- Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, & Mazzone L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and quality of life outcomes. 5(1): pp. 22-31.
- ۶۱- تبریزچی، نرگس و وحیدی، زهره. (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. ۴(۴): صص. ۳۵-۲۱.
- ۶۲- غلامی‌حیدرآبادی، زهرا؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ دلاور، علی و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی و سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا. *فصل‌نامه افراد استثنائی*. ۴(۱۶): صص. ۹۵-۱۱۳.
- ۶۳- ملک‌شاهی، فریده و فلاحی، شیرزاد. (۱۳۹۵). مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بهزیستی خرم‌آباد. *فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. ۱۱(۳): صص ۴۲-۵۱.
- ۶۴- احمدی‌نوده، خدابخش؛ خدادادی، غلامرضا؛ انبسی، جعفر و عبدالحمیدی، الهه. (۱۳۹۰). مشکلات خانواده‌های دارای فرزند معلول. *مجله طب نظامی*. ۱۳(۱): صص. ۴۹-۵۲.
- 65- Dini-Torki N, Bahrami H, Davarmanesh A, & Biglarian A. (2007). The relationship between stress and marital satisfaction of parents with mental retarded children. Archives of Rehabilitation. 7(4): pp. 41-46.
- 45- Shtayermman O. (2013). Stress and marital satisfaction of parents to children diagnosed with autism. *Journal of family social work*. 16(3): pp. 243-259.
- ۴۶- فلاح‌چای، سیدرضا؛ مؤذن جامی، عارفه و فلاحی، مریم. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط استرس والدینی، مقابله مذهبی و سازگاری زناشویی در والدین کودکان با اختلال اتیسم. *روان‌شناسی کودکان استثنائی*. ۷(۲۷): صص. ۱۱۵-۱۳۳.
- ۴۷- قراشی، کریم؛ سرندی، پرویز و فرید، ابوالفضل. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی میزان استرس و رضایت‌مندی زناشویی در والدین کودکان کم‌شنوا و عادی. *مجله‌ی شنوایی‌شناسی*. ۲۲(۱): صص. ۱۸-۲۴.
- ۴۸- نامجویان‌شیرازی، فیروزه و کشاورز، رقیه. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای میزان شدت فشار روانی و رضایت زناشویی بین مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی تربیت‌پذیر نسبت به مادران کودکان عادی. *مجله زن و جامعه*. ۴(۴): صص. ۱۲۹-۱۴۶.
- 49- Al-Shirawi ME. (2018). A Comparison of Marital Satisfaction of Mothers Raising a Child with Intellectual Disability versus a Child with Autism Disorder in Bahrain: Mixed Method Study. *Journal of Studies in Education*. 8(2): pp. 128-143.
- 50- Hartley S, Barker E, Seltzer M, Greenberg J, & Floyd F. (2011). Marital Satisfaction and Parenting Experiences of Mothers and Fathers of Adolescents and Adults with Autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 116(1): pp. 81-95.
- 51- Katangian RD. (2016). The Influence of Raising a Child with Autism on Marital Satisfaction A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology.
- 52- Noller P, Feeney J, & Peterson C. (2013). Personal relationships across the lifespan. Routledge.
- ۵۳- عظیمی، اسماعیل. (۱۳۹۲). اصول طراحی و نقش بازی‌های رایانه‌ای در آموزش نابینایان. *مجله تعلیم و تربیت استثنائی*. ۱۳(۲): صص. ۴۵-۵۱.
- ۵۴- شریفی‌درآمدی، پرویز و مال‌میر، مریم. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه سرعت پردازش اطلاعات شنیداری در نوجوانان نابینا و بینای ۱۶-۱۴ سال شهر تهران. *مجله‌ی روان‌شناسی افراد استثنائی*. ۲(۶): صص. ۴۷-۶۰.
- 55- Lan MF, Lane AM, Roy J, & Hanin NA. (2012). Validity of the Brunel Mood Scale for use with Malaysian athletes. *Journal of sports science & medicine*. 11(1): pp.131-135.

۶۶- قاسمی‌مقدم، کبری؛ بهمنی، بهمن و عسگری، علی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی زناشویی (سبک اولسون) بر افزایش رضامندی زنان متأهل. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۲(۸): صص. ۱۰-۱.

۶۷- قلیلی، زهره؛ احمدی، احمد و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش شیوه حل مسأله بر کاهش تعارضات زناشویی. فصل‌نامه روان‌شناسی کاربردی. ۱ (۳): صص. ۳۳۱-۳۴۴.

۶۸- آگیلار-وفایی، ماریا. ای. رسول‌زاده طباطبایی، کاظم و ابراهیمی جمارانی، محیا. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری نستوهی خانواده در رابطه با الگوی ارتباطی خانواده در راستای حل مسئله و به زیستی خانواده. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۵(۱): صص. ۱۳۷-۱۴۳.

۶۹- صادق‌خانی، اسداله؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز و کاکوجوبیاری، علی‌اصغر. (۱۳۹۱). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۹ سال دوره ابتدایی با اختلال لجبازی- نافرمانی و عادی در شهرستان ایلام. افراد استثنائی. ۲(۶): صص. ۹۵-۱۱۴.

۷۰- شجاعی، ستاره؛ ایمانی، مهدی؛ تیموری، محمدمهدی و شاهین، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه سبک فرزندپروری والدین کودکان با و بدون اختلال طیف اوتیسم. پژوهش‌های مشاوره. ۱۵(۶۰): صص. ۱۰۰-۱۱۶.

71- Singer GH, Ethridge BL, & Aldana SI. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 13(4): pp. 357-369.