

نقش دین‌داری و تاب‌آوری در پیش‌بینی استرس زناشویی مادران دارای فرزند پسر با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی

سمانه بهزادپور^۱، زهرا سادات مطهری^۲، فرامرز سهرابی^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۴/۱۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش میزان دین‌داری و تاب‌آوری در پیش‌بینی استرس زناشویی در مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بود. روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه مادران دارای فرزند پسر با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی شهر تهران بودند. نمونه آماری شامل ۱۰۰ مادر دارای فرزند پسر با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آزمون مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مقیاس استرس زناشویی استکهلم تهران، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و مقیاس سنجش دین‌داری برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون چندمتغیره و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین استرس زناشویی با دین‌داری و تاب‌آوری رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نیز نشان داد که دین‌داری و تاب‌آوری می‌توانند استرس زناشویی را به طور معکوس پیش‌بینی کنند. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که میزان دین‌داری و تاب‌آوری نقش مهمی در پیش‌بینی استرس زناشویی دارند. در نتیجه آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری و تأکید بر افزایش دین‌داری می‌تواند به کاهش استرس زناشویی کمک کند.

واژگان کلیدی: استرس زناشویی، دین‌داری، تاب‌آوری، مادران، اختلال نارسایی توجه

بیش‌فعالی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز،

دانشکده روانشناسی Samaneh_behzadpoor@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ zahra_motahhary@yahoo.com

۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی asmar567@yahoo.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی^۱، به عنوان الگوی تکراری بیش‌فعالی، تکانش‌گری و بی‌توجهی توصیف شده است که اغلب شروع آن پیش از هفت سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد عادی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلال در بیشترین مراجعان بالینی که طی دوران کودکی این تشخیص را دریافت کرده‌اند، تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (بارکلی، فیشر، اسمالیش و فلتچر^۲، ۲۰۰۵). از طرفی زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند همه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (شکوهی-یکتا و زمانی، ۱۳۸۷)، زیرا خانواده شبکه‌ای از الگوهای ارتباطی است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس‌شگرفی بر یکدیگر بگذارند (ملک‌خسروی، ۱۳۸۲). پیشینه‌های پژوهشی مربوط به کودکان به صراحت نشان داده‌اند که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین تأثیر می‌گذارند. مادرانی که فرزند بیش‌فعال دارند، تحت استرس‌هایی چون نگهداری، کنترل و تربیت کودک بیش‌فعال، استرس داشتن فرزندی با علائم بیش‌فعالی که متفاوت با سایر کودکان است، قرار دارند و استرس نیز به طور منفی و معنادار بر روابط زناشویی والدین اثر می‌گذارد (یلسما و مارو^۳، ۲۰۰۳) و می‌تواند به صورت استرس زناشویی بروز کند. استرس زناشویی در واقع فرایند چندعاملی است که شامل محیط خانواده، تجارب شخصی، راهبردهای مقابله، و مجموعه‌ای از پاسخ‌عصبی-غددی، سیستم خودکار، قلبی-عروقی و سایر پاسخ‌های منظم جسمی است (هولمز، کرانتز، روگرز، گاتدینر و کانترادا^۴، ۲۰۰۶). در واقع استرس زناشویی به عنوان موقعیتی تعریف شده است که در آن همسران، مشکلات ارتباطی و حل‌مسئله را تجربه می‌کنند، در حالی که در

1. Attention Deficit/hyperactivity Disorder
2. Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher
3. Yelsma & Marrow
4. Holmes, Krantz, Rogers, Gottdiener & Contrada

جستجوی راه‌حل هستند، با یکدیگر زندگی می‌کنند و به سختی تفاوت‌های دیگری را می‌پذیرند (مید^۱، ۲۰۰۲؛ نقل از شعاع کاظمی، جهانگیری و آخوندیان، ۱۳۹۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اغلب والدین کودکان بیش‌فعال مشکلات زناشویی داشته و سطوح بالایی از استرس و تعارض‌های بین‌فردی را گزارش می‌کنند. این والدین استرس بیشتر و رضایت کمتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند (کاکاوند، ۱۳۸۵). همچنین پژوهش‌های دیگری (اسکرودر و کلی^۲، ۲۰۰۹؛ لانگ، شرین و کار^۳، ۲۰۰۵؛ پریسمن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) نشان دادند که والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی سطوح بالاتری از تعارض و سطوح پایین سازمان‌دهی خانوادگی را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. بیرامی، حکمتی و سودمند (۱۳۸۸) در پژوهش خود نشان دادند که مادران کودکان بیش‌فعال آمیزش عاطفی کمتر و ضعیف‌تری در خانواده نشان می‌دهند. در ارتباط با آمیزش عاطفی می‌توان گفت که نیازهای عاطفی زوجین درون خانواده تأمین نمی‌شود و زوجین نوعی بی‌علاقگی را تجربه می‌کنند و نسبت به مسائل و مشکلات هم‌دیگر نگرانی چندانی نشان نمی‌دهند و این می‌تواند شروع دلزدگی و استرس زناشویی باشد.

در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است از جمله عواملی که می‌تواند در شرایط دشوار زندگی به افراد کمک کند تا بتوانند سلامت روان خود را حفظ کنند، معنویت و دین‌داری است. معنویت به افراد کمک می‌کند هیجان‌ات منفی خود را کاهش داده، از تنش و اضطراب خود بکاهند، بهتر بتوانند مشکلات زندگی‌شان را مدیریت کنند و از راهبردهای مناسبی در جهت کاهش استرس و افسردگی‌شان استفاده کنند (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۰). نگرش مذهبی می‌تواند در ارتباط زناشویی مؤثر باشد، زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و ارایه‌دهنده سامانه باورها و ارزش‌ها است که این ویژگی‌ها می‌توانند زندگی زناشویی را متأثر سازند (هانلر و گنچوز^۵، ۲۰۰۵).

-
1. Mead
 2. Schroder & Kelly
 3. Lange, Sheerin, & Carr
 4. Pressman
 5. Hunler & Gencoz

از آن جایی که دو نهاد مذهب و خانواده ارزش‌های مشابهی را مورد تأکید قرار می‌دهند و برای تقویت اجتماعی شدن به هم وابسته هستند، پژوهش‌گران رابطه نزدیک بین آن دو را پیش‌بینی می‌کنند. این جهت‌گیری منجر به بیان عباراتی از این قبیل گردید که مذهب می‌تواند روابط زناشویی را تقویت و استحکام بخشد (کال و هیتون^۱، ۱۹۹۷). ماهونی^۲ و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که مورد توجه قرار دادن باورهای مذهبی می‌تواند در بهبود روابط زن و شوهر مفید باشد. پژوهش‌های مارش و دالاس^۳ (۲۰۰۱) نشان دادند که اعتقادات و باورهای مذهبی اثر بالقوه‌ای بر روی کنترل خشم در وقایع استرس‌زای زندگی و تعارض‌ها و ناسازگاری‌های خانوادگی دارد. کافمن، کمپبل و آدامز^۴ (۱۹۹۰) نیز دریافتند که مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی با اعتقادات مذهبی بیشتر، از استرس مراقبت کمتری در نگهداری از کودکان خود برخوردار بودند. هیتون و پرات^۵ (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که همبستگی مثبت و معناداری بین میزان عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت، توافق، صادق بودن، محبت و پای‌بندی به تعهدات وجود دارد، به این معنا که هرچه میزان عمل به باورهای دینی در زوجها بالاتر باشد، آن‌ها احساس رضایت بیشتری را تجربه می‌کنند. پری و جرمی^۶ (۲۰۰۶) و دادلی و کوسینکی^۷ (۲۰۰۶) نگرش و عملکرد مذهبی را عامل مهمی در رضایت زناشویی می‌دانند. حاتمی، حبیبی و اکبری (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی با عنوان تأثیر میزان دین‌داری بر رضایت از زندگی زناشویی به این نتیجه رسیدند که هرچه بر میزان دین‌داری فرد افزوده شود، رضایت از زندگی زناشویی نیز افزایش خواهد یافت.

یکی دیگر از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت‌روان در افراد که رابطه تنگاتنگی با اعتقادات مذهبی و فرامعنوی دارد، تاب‌آوری است (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۰). پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که هیچ انسانی در گذر

-
1. Call & Heaton
 2. Mahoney
 3. Marsh & Dallos
 4. Kaufman, Campbell & Adams
 5. Heaton & Pratt
 6. Perry & geramy
 7. Dudley & Kosinski

زندگی از آسیب‌پذیری روانی مصونیت ندارد. عوامل استرس‌زای شدید که به طور معمول غیرقابل پیش‌بینی‌اند، تهدیدکننده سلامت روانی می‌باشند و انسان‌ها در شرایط استرس‌زای یکسان، واکنش‌های متفاوت نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند یکی از دلایل این واکنش‌های متفاوت مفهوم تاب‌آوری است (خزانی و پارسا، ۱۳۸۶؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۸) در واقع 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 (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱). نیومن^۱ (۲۰۰۵) تاب‌آوری را توانایی انسان برای سازگاری در برابر مصیبت‌ها، ضربه‌ها، درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و محرکات تنش‌زای با اهمیت در زندگی تعریف می‌کند.

ولف^۲ (۲۰۰۱) در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشند، مانند توان اجتماعی، توانمندی در حل-مسئله، خودگردانی و احساس هدف‌مندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد و این موارد از عواملی هستند که در شرایط استرس زناشویی کاهش می‌یابد. افراد تاب‌آور با احتمال بیشتری در رویارویی با شرایط ناگوار، در جست‌وجوی معنا هستند. داشتن ایمان، تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش داده و آن‌ها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات در زندگی یاری می‌دهد. لازاروس^۳ (۲۰۰۴) بر اساس پژوهشی به این نتیجه رسید که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و یا افسردگی همراه است. ویسی، عاطف‌وحید و رضایی (۱۳۷۹) نیز نشان دادند که در شرایط پراسترس کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند. پژوهش-های انزلیچت^۴ و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از آزادی و آزاد، ۱۳۹۰) و فرایبورگ^۵ و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از آزادی و آزاد، ۱۳۹۰) نیز گویای این هستند که افراد دارای

-
1. Newman
 2. Wolf
 3. Lazarus
 4. Inzlicht
 5. Freiburg

تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار سلامت روان‌شناختی خود را حفظ کرده و دارای سازگاری روان‌شناختی هستند (به نقل از آزادی و آزاد، ۱۳۹۰). پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان داد که تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زناشویی تأثیرگذار است و تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی زناشویی است.

تأثیر منفی وجود کودکی با مشکل نارسایی توجه-بیش‌فعالی بر والدین این خانواده‌ها، آن‌ها را نیازمند کمک، راهنمایی و مشاوره از سوی متخصصان از جمله روان‌شناسان و مشاوران می‌کند. استرس زناشویی تأثیر بسیاری بر سلامت روان و کیفیت زندگی مادران دارای کودک بیش‌فعال دارد. بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر در راستای مشخص کردن عواملی که بتواند به والدین این کودکان به ویژه مادران آن‌ها در راستای پیش‌گیری از بروز استرس زناشویی کمک کنند، ضروری احساس می‌شود. از این رو در این پژوهش، سؤال‌های پژوهشی که پژوهش‌گران به دنبال یافتن پاسخ علمی به آن‌ها بودند به شرح زیر است:

- ۱) آیا بین استرس زناشویی با دین‌داری و تاب‌آوری ارتباط وجود دارد؟
- ۲) آیا دین‌داری و تاب‌آوری می‌توانند به طور معنادار استرس زناشویی را پیش‌بینی کنند؟

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع و هدف آن توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه مادران دارای فرزند پسر با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی شهر تهران بودند. نمونه پژوهشی شامل ۱۰۰ مادر دارای دست کم یک پسر با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها نیز ۳۹ سال بود. ملاک ورود به پژوهش داشتن سواد خواندن و نوشتن و سپری شدن ۵ تا ۱۵ سال از ازدواج بود.

ب) ابزار (مواد): در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی: مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یک پرسش‌نامه ۱۴ سؤالی است، که بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال

نارسایی توجه- بیش‌فعالی در متن تجدیدنظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تهیه شده است که هر سه ویژگی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری را می‌سنجد و توسط معلم و یا والدین کودکان تکمیل می‌شود. این پرسش‌نامه چهارگزینه‌ای است، که به این صورت نمره-گذاری می‌شود: هرگز (۰)، فقط کمی (۱)، تقریباً زیاد (۲)، خیلی زیاد (۳). بنابراین بیشترین نمره (۴۲) و کمترین آن (۰) می‌باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۶). برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی در این پژوهش، باید مجموع نمره‌ی کل پرسش‌نامه ۱۶ به بالا باشد و همچنین آزمودنی باید به ۵ سؤال از سؤال‌های مقیاس بیش‌فعالی- تکانش‌گری، پاسخ‌های تقریباً زیاد و یا خیلی زیاد، داده باشد. روش نمره‌گذاری به این شرح است که از مجموع ۱۴ سؤال، سؤال‌های ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۸، ۷، ۶، ۳، ۲، ۱ مربوط به نارسایی توجه- بیش‌فعالی و سؤال‌های ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۹، ۵، ۴، ۲، ۱ به بیش‌فعالی- تکانش‌گری مربوط است. پایایی این مقیاس در این پژوهش با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد و پایایی آزمون و باز آزمون آن طی دو ماه، ۰/۹۴ است که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار است.

مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران: این مقیاس یک مصاحبه ساختارمند برای اندازه‌گیری استرس زناشویی است که توسط اورث گومر^۱ و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شد. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذار می‌شود. کمترین نمره این مقیاس صفر و بیشترین آن ۲۷ است. هرچه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۷۷) و روایی سازه آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت‌بخش توصیف کرده‌اند. فرم ایرانی این مقیاس توسط بشارت، شمسی پورو براتی (۱۳۸۵) ترجمه و اعتباریابی شد. فرم ایرانی مقیاس استرس زناشویی دارای ۱۵ گویه است. پنج گزینه‌ی «بسیار زیاد»، «زیاد»، «متوسط»، «کم» و «بسیار کم» به ترتیب برابر است با ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره هر آزمودنی را از ۲۳ (کمترین) تا ۱۱۵ (بیشترین) مشخص می‌نماید (دو مورد از سؤال‌های این مقیاس پنج قسمتی است و در کل جمع سؤال‌ها به ۲۳

1. Orth-Gomer

می‌رسد). ضریب همبستگی بین نمره‌های مقیاس استرس زناشویی برای نمونه دوم در نوبت یا فاصله دو تا چهار هفته به $(n=36)$ منظور سنجش پایایی بازآزمایی این مقیاس برای میانگین کل استرس زناشویی، $0/78$ به دست آمده است که در سطح $(p < 0/001)$ معنی‌دار بود و نشانه پایایی بازآزمایی خوبی برای این مقیاس است. برای سنجش همسانی درونی مقیاس استرس زناشویی از ضریب آلفای کرونباخ نمره‌های آزمودنی‌های نمونه نخست $(n=60)$ استفاده شد و این ضریب برای مقیاس $0/91$ گزارش شده که نشانه همسانی درونی بالای این آزمون است. روایی هم‌زمان فرم فارسی پرسش‌نامه مقیاس استرس زناشویی با استفاده هم‌زمان از پرسش‌نامه وضعیت زناشویی گلوبوگک-راست^۱ مقیاس افسردگی بک بررسی شد و نتایج همبستگی پیرسون در این موارد نشان داد که بین نمره استرس زناشویی آزمودنی‌ها و نمره آن‌ها در زمینه مشکلات زناشویی و افسردگی رابطه مثبت $(0/53)$ و $(0/41)$ وجود دارد. این همبستگی‌ها در سطح $(p < 0/001)$ معنی‌دار بودند. بر اساس نتایج بشارت، شمسی پور و براتی (۱۳۸۵) فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی از اعتبار کافی برخوردار است. دو سؤال آخر این پرسش‌نامه در مورد میزان تأثیر بیماری قلبی در روابط جنسی آزمودنی است که در این پژوهش حذف شد. بنابراین بیشترین نمره 105 و کمترین آن 21 می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در این پژوهش $0/79$ به دست آمد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس در سال 2003 توسط کانر و دیویدسون ساخته شد که 25 گویه دارد و در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه 3 ، ضریب‌های بین $0/41$ تا $0/64$ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس خود تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی $0/89$ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴). آلفای کرونباخ آن در این پژوهش $0/80$ به دست آمد.

1. Golombok-Rust

مقیاس سنجش دین‌داری: این مقیاس ابزاری خودگزارشی برای سنجش میزان دین‌داری فرد است که توسط آراین (۱۳۷۷)، به نقل از شهنی بیلاق، موحد و شکرکن، (۱۳۸۳) تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۰ گویه است که نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) می‌باشد. روایی سازه از طریق ضریب همبستگی نمره کل پرسش‌نامه با یک سؤال محاسبه شده و ۰/۵۶ به دست آمده که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، گاتمن و اسپیرمن براون محاسبه گردید و به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ می‌باشند (شهنی بیلاق و همکاران، ۱۳۸۳). میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۵ در این پژوهش به دست آمد.

ج) شیوه اجرا: در این پژوهش، مادرانی که کودک آن‌ها، نخست توسط روان‌پزشک، تشخیص اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی را مبتنی بر ملاک تشخیصی نسخه تجدیدنظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۰۴) دریافت کردند، به شرکت در پژوهش دعوت شدند، سپس این مادران پرسش‌نامه‌ی سنجش اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی را تکمیل کردند و اگر کودک آن‌ها نمره لازم را به دست آورده بود، به آن‌ها پرسش‌نامه استرس زناشویی، تاب-آوری و دین‌داری داده شد تا تکمیل کنند.

یافته‌ها پژوهش

جدول ۱. آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	میانگین	انحراف استاندارد
استرس زناشویی	۷۱/۸۸	۱۴/۸۷۷
دین‌داری	۶۷/۸۰	۱۲/۷۷۵
تاب‌آوری	۶۷/۱۸	۱۶/۴۱۱

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

جدول ۲. ضریب همبستگی متغیرهای مورد پژوهش با استرس زناشویی

استرس زناشویی	
دین‌داری	-۰/۶۱۷
تاب‌آوری	-۰/۵۹۷

برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین استرس زناشویی با دین‌داری و تاب‌آوری رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد و این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

جدول ۳. شاخص‌های تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) جهت بررسی معناداری کل مدل رگرسیون

سطح معناداری	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰۱	۴۵/۹۱۷	۵۳۲۷/۷۷۱	۲	۱۰۶۵۵/۵۴۱	رگرسیون
		۱۱۶/۰۳۱	۹۷	۱۱۲۵۵/۰۱۹	باقیمانده
			۹۹	۲۱۹۱۰/۵۶۰	کل

برای بررسی معناداری مدل رگرسیون از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۳ و با توجه به میزان F مشاهده شده، رگرسیون متغیر ملاک استرس زناشویی از روی متغیرهای دین‌داری و تاب‌آوری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به عبارت دیگر این متغیرها بخشی از واریانس استرس زناشویی را تبیین می‌کنند.

جدول ۴. آماره‌های خلاصه مدل رگرسیون

شاخص مدل	همبستگی (R)	مجذور همبستگی (R^2)	مجذور همبستگی تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد
۱	۰/۶۹۷	۰/۴۸۶	۰/۴۷۶	۱۰/۷۷۲

آماره‌های مدل رگرسیون در جدول ۴ آمده است. با توجه به شاخص آماری مجذور همبستگی ($R^2 = 0/486$) می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پیش‌بین (دین‌داری و تاب‌آوری) ۴۹ درصد از استرس زناشویی دانش‌آموزان را تبیین می‌کنند.

جدول ۵. شاخص‌های تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش ورود همزمان

ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	t	سطح معناداری
B	خطای استاندارد معیار	Beta	
۱۳۰/۴۳۷	۶/۲۴۸	۲۰/۸۷۷	۰/۰۰۱
-۰/۳۸۰	۰/۰۸۵	-۴/۴۷۳	۰/۰۰۱
-۰/۴۹۰	۰/۰۹۹	-۴/۹۵۲	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود و با توجه به مقدار Beta به ترتیب دین‌داری ($Beta = 0/421$) و تاب‌آوری ($Beta = 0/380$) در سطح ۰/۰۱ به طور منفی استرس زناشویی را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش بین دین‌داری و استرس زناشویی رابطه منفی معنادار وجود دارد. هم‌چنین با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون، میزان دین‌داری می‌تواند به‌طور منفی استرس زناشویی را پیش‌بینی کند. در واقع بر اساس این یافته می‌توان گفت که افراد دین‌دارتر، استرس زناشویی کمتری خواهند داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های مارش و دالاس (۲۰۰۱)، کافمن، کمپیل و آدامز (۱۹۹۰) مبنی بر این که دین‌داری و جهت‌گیری مذهبی، به کاهش استرس‌ها و تعارض کمک می‌کند، همسو است. هم‌چنین نتایج این پژوهش تأییدی بر یافته‌های پژوهش‌های ماهونی و همکاران (۱۹۹۹)، هیتون و پرات (۲۰۰۴)، پری (۲۰۰۶)، دادلی و کوسینکی (۲۰۰۶) و حاتمی، جبی و اکبری (۱۳۸۸) می‌-

باشد. همه این پژوهش‌ها نشان دادند که افراد با دین‌داری بیشتر، کمتر احتمال دارد در شرایط دشوار زندگی دچار تعارض‌های زناشویی شوند و زنان و مردان دین‌دارتر، رضایت زناشویی بیش‌تر و روابط بهتری با هم دارند. در واقع دین‌داری و جهت‌گیری مذهبی درونی با اتصال فرد به یک منبع لایزال و آرامش‌بخش و اعتقاد به عدالت خداوند و ایجاد معنای زندگی برای افراد باعث می‌شود که فرد استرس و مشکلات را به عنوان مشیت خداوند تلقی کرده و راحت‌تر با آن کنار آید و به مقابله با آن پردازد. همان‌طور که فوتولاکیس^۱ و همکاران (۲۰۰۸) بیان می‌کنند، باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان است، تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد، زیرا این افراد معتقدند می‌توان با اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل کنترل را تحت کنترل در آورند (به نقل از حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۰). در پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده شده است که معنویت به افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی خود را کاهش داده و احساس آرامش درونی بیشتری کنند که همین امر به آن‌ها کمک می‌کند تا مشکلات بین‌فردی خود را بهتر مدیریت کنند و در نتیجه استرس کمتری را در روابط-شان تجربه کنند. در نتیجه دین‌داری و داشتن ارتباط با خدا به مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کمک می‌کند تا بر استرس‌های خود چیره شده و به احتمال کمتر استرس‌ها و ناملایمات درونی به سایر جنبه‌های زندگی از جمله روابط زناشویی سرایت کند. از طرفی دیگر در دین، بر تعامل مناسب با همسر، احترام، گرمی-داشتن و محبت به شریک زندگی تأکید بسیار شده است، در نتیجه افراد دین‌دار و کسانی که اعتقاد قلبی به دین دارند، ارتباط بهتری با همسر خود خواهند داشت که مانع از بروز نارضایتی و اختلافات بین زوجین و دل‌سردی و بروز دعوا و استرس در روابط آن‌ها می‌شود.

از سویی دیگر نتایج این پژوهش حاکی بر آن بود که تاب‌آوری با استرس زناشویی رابطه منفی دارد و تاب‌آوری می‌تواند استرس زناشویی را به طور منفی و معنادار پیش‌بینی کند. به بیان دیگر هر چه تاب‌آوری فرد بیشتری باشد، احتمال اینکه در ناملایمات زندگی

1. Fountoulakis

دچار استرس زناشویی شود کمتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لازاروس (۲۰۰۴)، ویسی و همکاران (۱۳۷۹)، انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶) و فرایبورگ و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. همه این پژوهش‌ها گویای آن هستند که در شرایط تنیدگی و مشکلات، تاب آوری به افراد کمک می‌کند که با مشکلات کنار آمده و بتوانند سلامت روان خود را حفظ کنند و در نتیجه میزان استرس کمتری را در زندگی و روابط خود احساس کنند. همچنین یافته‌های این پژوهش به نوعی با یافته‌ی پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند افراد تاب‌آور، کیفیت زندگی زناشویی بیشتری دارند نیز همسو است. از آنجا که داشتن کودک بیش‌فعال می‌تواند بر روابط بین زوجین تأثیر گذاشته و باعث ایجاد تنش و استرس در روابط زناشویی آن‌ها شود، تاب آوری به عنوان یک عامل مقاوم درونی عمل کرده، با افزایش توان حل مسئله و افزایش انگیزه فرد برای مقابله با مشکلات (اسمیتو آلوی^۱، ۲۰۰۹)، به افراد کمک می‌کند که بتوانند استرس را تعدیل کنند و داشتن یک کودک با مشکلات ویژه، بر سایر ابعاد زندگی‌شان تأثیر نامطلوب نگذارد. در واقع توانمندی ناشی از تاب آوری به افراد تاب‌آور امکان مدیریت شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی را می‌دهد و امکان رشد و تعادل مثبت را برای فرد مهیا می‌سازد. همه این توانمندی‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط زندگی راحت‌تر کنار آیند و در هنگام بروز مشکلات با حل مسئله و آرامش درونی بیشتر با مشکلات کنار آیند و از بروز اختلافات و دعواها که زمینه‌ساز بروز تعارض و استرس در روابط زناشویی می‌شود، پرهیز کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که فقط مربوط به مادران ساکن شهر تهران و نمونه‌گیری از نوع در دسترس بود. از این رو باید در تعمیم یافته‌ها دقت شود. براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در محدوده جغرافیایی وسیع‌تر و باروش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام گیرد و همچنین پژوهش‌های بیشتری در مورد نقش عوامل حمایتی و توانمندی‌هایی که با پرورش آن‌ها، مادران دارای کودکان بیش‌فعال و همه‌ی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه قادر خواهند بود با موانع و استرس‌های روزمره که ناشی از

حضور کودکی با شرایط ویژه است، راحت تر کنار آیند، انجام گیرد. همچنین انجام پژوهش‌هایی که تأثیر منفی کودک استثنایی بر روابط زناشویی والدین را نشان می‌دهند، می‌تواند درک بهتری از مشکلات زناشویی این والدین در دست دهد که خود می‌تواند زمینه‌ساز رفع این مشکلات باشد. همچنین توصیه می‌شود که متخصصان سلامت روان، نقش دین و مذهب را در افزایش سلامت افراد در نظر بگیرند و در بافت کلینیکی مؤلفه‌های تاب‌آوری به مادران دارای کودک با نارسایی توجه-بیش‌فعالی آموزش داده شود تا از استرس آن‌ها به ویژه استرس زناشویی کاسته شود.

منابع

- آزادی، س؛ و آزاد، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت-روانی دانش‌جویان شاهد و ایتارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *طب جانباز*، ۱۲، ۴۸-۵۸.
- بشارت، م. ع؛ شمسی پور، ح؛ و براتی، ن. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس استرس زناشویی استکهلم-تهران (STMSS). *مجله علوم شناختی*، ۵، ۲۱۷-۲۲۵.
- بیرامی، م؛ حکمتی، ع؛ و سودمند، محسن. (۱۳۸۸). مقیاس عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی با خانواده‌های دارای کودکان بهنجار. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴، ۲۷-۴۷.
- حاتمی، ح. ر؛ حبیبی، م. ب؛ و اکبری، ع. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر میزان دین‌داری بر رضایت از زندگی زناشویی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۱، ۱۳-۲۲.
- حسینی قمی، ط؛ و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری. *روانشناسی دین*، ۴، ۶۹-۸۲.
- شعاع کاظمی، م؛ جهانگیری، م. م؛ و آخوندیان، ف. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای رابطه بین استرس زناشویی و سردمزاجی زنان شاغل و غیرشاغل در رده‌های سنی ۴۵-۴۰ و ۲۵-۲۰ سال. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۷، ۷۵-۸۵.
- شکوهی یکتا، م؛ و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی و دیرآموز. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴، ۲۴۶-۲۳۱.

- شهنی بیلاق، م؛ موحد، ا؛ و شکرکن، ح. (۱۳۸۳). رابطه بین نگرش‌های مذهبی، خوش-بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانش‌جویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۱، ۳۴-۱۹.
- علیزاده، س. (۱۳۸۸). تدوین برنامه عقلانی-هیجانی، رفتاری و بررسی تأثیر آن بر تاب-آوری و سلامت روان افراد مبتلا به اچ آی وی، پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.
- کاکاوند، ع. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی مرضی کودک*. تهران: ویرایش.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*، پایان نامه دکتری منتشر نشده، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- محمدی، م. ر؛ مسگریور، ب؛ سهیمی ایزدیان، ا؛ و محمدی، م. (۱۳۸۶). *آزمون‌های روان-شناختی و روان دارویی کودکان و نوجوانان*. تهران: طبیب تیمور زاده.
- ملک خسروی، غ. (۱۳۸۲). *کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی نقص توجه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- میکاییلی، نیلوفر؛ گنجی، م؛ و طالبی جویباری، م. (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانایی ای یادگیری*، ۲، ۱۲۰-۱۳۷.
- ویسی، م؛ عاطف وحید، م. ک؛ و رضایی، م. (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲، ۷۸-۷۰.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revised)*. Washington: APA.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2005). The persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.

- Call, V. R. A., & Heaton, T. B. (1997). Religious influence on marital stability. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 382-392.
- Dudley, M., & Kosinski, F. (2006). Religiosity and marital satisfaction: A research note. *Review of Religious Research*, 32, 78-86.
- Heaton, T.B., & Pratt, E.L. (2004). The Effects of Religious Homogamy on Marital Satisfaction and Stability. *Journal of Family Issues*, 11, 191-207.
- Holmes, S.D., Krantz, D.S., Rogers, H., Gottdiener, J., & Contrada, R.J. (2006). Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Prog Cardiovas Dis*, 49, 106-122.
- Hunler, O.S., & Gencoz, T.I. (2005). The effect of religiousness on marital satisfaction: testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 27, 123-136.
- Kaufman, A.V., Campbell, V.A., & Adams, J.P. (1990) A lifetime of caring: Older parents who care for adult children with mental retardation. *Community Altern. Int J Fam Care*, 2, 39-54.
- Lange, G., Sheerin, D. & Carr, A. (2005). Family Factors Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotional Disorders in Children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Lazarus, A. (2004). *Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy*. The Emory center for myth and ritual in American life. Available on: www.marila.emory.edu/faculty/Lazarus.htm.
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Jewell, T., Swank, A. B., Scott, E., Emery, E., & Rye, M. (1999). Marriage and the spiritual realm: the role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, 13, 321-338.
- Marsh, R., & Dallos, R. (2001). Roman Catholic Couples: Wrath and Religion. *Fam Process*, 40, 343-360.
- Newman, R. (2005). "Resilience initiative .Professional psychology". *Research and practice*, 36, 227-229.
- Orth-Gomer, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Gustafson, K. S., Schneiderman, N., & Mittleman, M. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 284, 3008-3014.
- Perry, geramy. (2006), Family Life, Religion and Religious Practice in an Asian Adventist Context Part I: The People and Their Religious Practice. *Journal info*, 9, 875-893.
- Pressman, L.J., Loo, S.K., Carpenter, E.M., Asarnow, J.R., Lynn, D., & McCracken, J.T. (2006). Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 346-354

-
- Schroeder, V., & Kelley, M. L. (2009). Family environment and parent-child relationships as related to executive functioning in children. *Early Child Development and Care*, 18, 227-235.
- Smith, J.M., & Alloy LB.(2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *J Clinical Psychology Review*, 29(2), 116–28.
- Wolf ,W. (2001). Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retarded*, 3, 29 –31.
- Yelsma, P., & Marrow, S. (2003). An Examination of couple difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction. *Journal of Family of Family communication*, 3, 41-62.