

مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان نارسا هوشی، معلول جسمی حرکتی و والدین کودکان عادی در گستره سنی ۷ تا ۱۲ سال

یاسر پناهی^۱

۱. آموزگار چندپایه‌ی مدرسه استثنایی امید، سرعین، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره سیزدهم، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۳۰۸-۳۰۱

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی تربیت‌پذیر، معلول جسمی حرکتی و والدین کودکان عادی شهر اردبیل در گستره سنی ۷ تا ۱۲ سال صورت گرفت. روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق، شامل تمامی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر و والدین کودکان عادی بودند. ۶۰ نفر (۳۰ نفر والدین کودکان نارسا هوشی و معلول جسمی و ۳۰ نفر والدین کودکان عادی) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه رضایت‌مندی زوجیت افروز و پرسشنامه فشار روانی بود. تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین فشار روانی والدین کودکان نارسا هوشی و کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. بر همین اساس متخصصان و مسئولان امر باید برنامه‌ریزی‌های جهت کاهش فشار روانی والدین کودکان نارسا هوشی مدنظر داشته باشند و تلاش‌هایی برای افزایش سازگاری زناشویی کنند.

واژه‌های کلیدی: فشار روانی، سازگاری زناشویی، معلول جسمی، نارسا هوشی.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره سیزدهم، بهار ۱۴۰۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی
علوم تربیتی

مقدمه

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روانی، منوط به سلامت اجزای کوچک‌تر آن جامعه از قبیل اجتماع، گروه‌ها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است. در این میان، خانواده هسته مرکزی هر جامعه و یکی از پایه‌های اساسی آن محسوب می‌شود. وجود خانواده‌های سالم و دارای سلامت روانی می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روانی و ایجاد بهداشت روانی در جامعه داشته باشد، زیرا نهاد خانواده به‌خودی‌خود یک جامعه کوچک است و هرگونه تغییر مثبت یا منفی در آن، در جامعه بزرگ انسان‌ها تأثیر مستقیم و مثبت دارد و ثبات و بی‌ثباتی خانواده به‌طور مؤثر بر ثبات یا بی‌ثباتی جامعه تأثیرگذار است (افروز، ۱۳۸۸).

کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می‌تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد. والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با حضور یک عضو جدید تحمل کنند. اثرات تولد یک کودک ناتوان بر خانواده عمیق‌تر است، زیرا بروز معلولیت در فرزند یا فرزندان علاوه بر اینکه ارتباط مادر-کودک را تهدید می‌کند، اختلالات عاطفی و اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌نماید، به‌نحوی که یکایک افراد خانواده به‌نوعی دچار بحران‌های ناشی از وجود فرزند معلول می‌شوند (فولرواوسن، ۱۹۹۸).

تولد کودک نارسا هوشی و معلول به خاطر فشار روانی، بر شیوه سازگار زناشویی والدین هم تأثیر می‌گذارد. نارسایی رشد قوای ذهنی موضوع تازه و جدیدی نیست بلکه در هر دوره و زمان افرادی در اجتماع وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت‌های ذهنی در حد طبیعی نبوده‌اند. بخصوص از روزی که بشر زندگی اجتماعی را شروع کرده موضوع کسانی که به عللی قادر نبودند خود را با اجتماع هماهنگ سازند مطرح بوده است. اجتماع برای مصلحت، تعصب یا سالم‌سازی بعضی از این افراد را تحمل کرده، عده‌ای را محبوس می‌ساخت یا به مرگ محکوم می‌نمود. از مجموعه مدارک به‌دست‌آمده چنین استنباط می‌شود که تا قرن هیجدهم این افراد مورد توجه و لطف نبوده و حتی پزشکان از پذیرفتن و درمان آنان خودداری می‌کردند.

تأثیر کودکان معلول ذهنی و معلول جسمی بر نظام خانواده، سال‌هاست به‌عنوان یک معضل، توجه متخصصان را به خود جلب کرده است. در این راستا فراز و نشیب‌هایی نیز مشاهده می‌شود. در پژوهش‌های دهه ۱۹۵۰ بیشتر به تأثیر رفتار والدین بر کودک توجه داشتند، در حالی در مطالعات دهه ۱۹۶۰، اثرات منفی کودکان بر والدین برجسته‌تر شده است. در دهه ۱۹۷۰، به تأثیرگذاری حضور کودک عقب‌مانده ذهنی بر روابط برادران و خواهران، همچنین والدین توجه شده و در این راستا اثر منفی بر روابط زناشویی والدین نیز مورد غفلت قرار نگرفته است. در سال‌های اخیر دیدگاه‌های تعاملی جامع‌تری در مورد خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن‌ها معلول است مطرح شده است (احمد پناه، ۱۳۸۰). مراقبت دائم از کودک مستلزم شکیبایی زیاد و فدا نمودن خود برای شخصی از جانب والدین است. بسیاری از والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی، فرزند معلول خود را نشانه‌ای از شکست خود تلقی می‌کنند. آن دسته از والدینی که انتظار دارند فرزندان آن‌ها هدف‌هایی را که خود در زندگی نتوانسته‌اند به آن‌ها برسند، برآورده سازند، با ورود کودک عقب‌مانده ذهنی به زندگی، یأس و ناامیدی را تجربه می‌کنند و لذا به‌طور مضاعف ضربه می‌خورند (سیف، ۱۳۶۸). سازگاری زناشویی والدین در حفظ تعادل زندگی و جو و عاطفی خانواده نقش مهمی دارد و به عقیده فلویید و همکاران (۱۹۹۸) عامل مؤثری برای مقابله با فشارهای روانی و داشتن زندگی زناشویی رضایتمند هستند.

وینچ و رابرت (۲۰۰۰) معتقد است که رضایت از زندگی و سازگاری زناشویی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود در روابط خانواده با آنچه انتظار دارند، منطبق باشد و نارضایتی از زندگی وقتی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود آن‌ها در روابط خانوادگی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه فرد منطبق نباشد (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱). عوامل بسیاری می‌توانند موجب ناسازگاری زناشویی شوند که یکی از این عوامل، داشتن فرزند آسیب‌دیده است.

وجود کودک استثنایی ممکن است آثار جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. در واقع مادر و پدر ممکن است از داشتن فرزند آسیب‌دیده به شدت رنج ببرند و حالتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت از خود نشان دهند یا حتی آرزوی مرگ داشته باشند (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱). به‌طور کلی خانواده کودک آسیب‌دیده به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آن‌ها روبه‌رو است و این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (علیزاده، ۱۳۸۱)؛ بنابراین یکی از متغیرهایی که می‌تواند به شکل منفی تحت تأثیر کودکان آسیب‌دیده قرار گیرد، سازگاری زناشویی خانواده‌ها است. 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 مهم استمرار زندگی مشترک و رضایت زن و مرد دانسته‌اند (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱).

پژوهش‌های مختلفی به تأثیر وجود کودک آسیب‌دیده بر رضایت از زندگی والدین پی برده است. نتایج پژوهش‌های ولفنزیگر (۲۰۰۱)، تانیال و کوانون و ژاویلرین (۲۰۰۵)، ملاشی (۱۳۸۲)، علیزاده (۱۳۸۱) و معتمدین، سهرابی، فتحی آذر و ملکی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین رضایت زناشویی والدین کودکان آسیب‌دیده و عادی وجود دارد و کودک آسیب‌دیده بر رضایت زناشویی والدین اثر می‌گذارد. پژوهش حسین نژاد (۱۳۷۵) نشان می‌دهد که میان سه گروه انتخاب‌شده والدین عادی، والدین کودکان آسیب‌دیده ذهنی و والدین کودکان آسیب‌دیده جسمی - حرکتی از نظر میزان فشار روانی تفاوت معنادار وجود دارد، به‌بیان‌دیگر والدین کودکان استثنایی فشار روانی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند.

فلوید و همکاران (۱۹۹۸) بررسی تأثیر کودکان آسیب‌دیده بر پیوند زناشویی والدین، در ۹۷ کودک آسیب‌دیده در سن مدرسه (۶ تا ۱۸ سال دریافتند که حضور این قبیل کودکان، بر کیفیت زناشویی و رفتار و ادراک والدین تأثیر منفی و معنادار دارد (بنی جمال و محمد زاده، ۱۳۸۴). سردرگمی و شوکه شدن والدین دارای فرزند آسیب‌دیده، احساس گناه و احساس فروپاشی آرزوهای والدین (ولفنزیگر، ۲۰۰۱) ایجاد جو روانی مسموم در خانواده دارای کودک استثنایی و تحت تأثیر قرار گرفتن بهداشت روانی اعضای خانواده به‌خصوص مادر (فابری، ۲۰۰۱) و تجربه تنیدگی بیشتر در والدین این کودکان نسبت به والدین کودکان عادی (دونوان، ۱۹۹۰) خودسرزنی و داشتن مشکل در نحوه سازگاری و مقابله با آسیب‌دیدگی فرزند خود (دام روچ و پری، ۱۹۸۹) در پژوهش

های مختلف گزارش شده است. لذا این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است، آیا فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان نارسا هوشی، معلول جسمی حرکتی و والدین کودکان عادی شهر اردبیل در گستره سنی ۹ تا ۱۲ سال تفاوت دارد؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی بوده و از لحاظ روش، علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر و والدین کودکان عادی شهرستان اردبیل بودند. از بین این جامعه، به تعداد ۶۰ نفر که شامل ۳۰ والدین دارای کودکان عادی و ۳۰ والدین دارای کودکان نارسا هوشی و معلول جسمی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش گردآوری اطلاعات با توجه به ماهیت مطالعه حاضر به دو صورت کتابخانه‌ای و میدانی بوده و با توجه به ضرورت در هر یک از مراحل تحقیق، یکی از این دو روش و یا هر دو مورد استفاده قرار گرفته است برای کسب بینش نظری در زمینه پژوهش حاضر و آشنایی با نظریه‌ها، مدل‌ها و رهیافت‌ها، اطاعات مورد نیاز با مطالعه و بررسی منابع کتابخانه‌ای و مراجعه به سایت‌های اینترنتی و با بهره‌گیری از منابع فارسی و مقالات و پایان‌نامه‌های معتبر لاتین، اسناد و آمارهای موجود و تحلیل این منابع، اطلاعات توصیفی و تحلیلی گردآوری شده است. بعد از جمع‌آوری داده با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه فشار روانی فرزند پروری: این شاخص توسط آبدین (۱۹۹۰) ساخته شد. این پرسشنامه یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که باهدف ارزیابی فشار روانی والدین به بررسی ویژگی‌های اصلی والدین، متغیرهای چارچوب خانوادگی و ویژگی‌های کودک می‌پردازد. این متغیرها در مراقبت شایسته والدین از فرزندانشان می‌توانند، مؤثر باشند. پرسشنامه از ۱۰۱ ماده و دو قلمرو کلی (۴۷ ماده) و والدین (۵۴ ماده) و ۱۳ زیر مقیاس اصلی و یک زیر مقیاس اضافی (۱۹ ماده) که وقایع فشارزای اخیر را در زندگی والدینی بررسی می‌کند، تشکیل شده است (آبدین، ۱۹۹۰). پرسشنامه فشار روانی فرزندپروری (PSI) دو دسته سؤال دارد. به برخی از سؤال‌ها در یک مقیاس پیوستاری از نوع مقیاس لیکرت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود که در وسط این طیف گزینه موافقم، مطمئن نیستم و مخالفم قرار دارد و در برخی دیگر، پنج پاسخ وجود دارد که باید یکی از آن‌ها انتخاب شود. (آبدین، ۱۹۹۷). ضریب آلفای کرونباخ را در نمونه‌ای از مادران بهنجار که فرزندان آن‌ها بین یک ماه تا ۱۲ سال داشتند، برای نمره کلی در قلمرو والدینی و کودکی به ترتیب، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ ذکر می‌کند. در پژوهشی که دادستان، احمدی، ازغندی و حسن‌آبادی (۱۳۸۵) انجام دادند مقدار ضریب اعتبار همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن با فاصله ده روز ۰/۹۴ گزارش شده است.

مقیاس رضایت‌مندی زوجیت افروز (AMSS): این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز (۱۳۸۴) ساخته شده است. دارای ۱۱۰ سؤال است که در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف اندازه‌گیری می‌شود که به ترتیب نمرات ۱، ۲، ۳، ۴ را دریافت می‌کنند. این مقیاس از ده خرده مقیاس تشکیل شده است

که عبارت‌اند از: ۱- مطلوب‌اندیشی همسران ۲- رضایت زناشویی ۳- رفتارهای شخصی ۴- رفتارهای ارتباطی و اجتماعی ۵- روش حل مسئله ۶- امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی ۷- احساس و رفتار مذهبی ۸- روش فرزندپروری ۹- اوقات فراغت ۱۰- تعامل احساسی (کلامی و بصری).

جهت بررسی همسانی درونی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضرایب همسانی درونی ۰/۹۵ برای کل ابزار و ضرایب بین ۰/۸۶ تا ۰/۶۴ برای زیر مقیاس‌ها نشان داد که مقیاس دارای همسانی درونی مطلوب و مناسب بوده و قابل اجرا برای بررسی رضایتمندی همسران است. ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ نیز حاکی از پایایی و همسانی درونی بالای این مقیاس است (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

جدول زیر میانگین و انحراف معیار مقیاس فشار روانی و مؤلفه‌های آن در والدین کودکان استثنایی و عادی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مقیاس فشار روانی و مؤلفه‌های آن در والدین کودکان استثنایی و عادی

انحراف معیار	میانگین		
	۹/۰۴۷	کودک استثنایی	
۷/۳۳۶	۶/۶۸۴	عادی	
۱/۷۹۲	۱۳/۲۸۵	کودک استثنایی	احساس در مورد مراقبت
۱/۹۹۵	۷/۲۶۳	عادی	
۲/۰۶۰	۲۲/۰۴۷	کودک استثنایی	احساس مسئولیت
۳/۷۱۵	۱۲/۱۵۷	عادی	
۱/۴۶۵	۱۳/۰۴۷	کودک استثنایی	احساس به هنگام بودن با خویشاوند
۲/۵۸۷	۷/۱۵۷	عادی	
۱/۷۶۴	۱۲/۷۱۴	کودک استثنایی	تأثیر منفی رابطه با خویشاوند
۲/۵۶۶	۷/۸۴۲	عادی	
۴/۰۹۰	۷۰/۱۴۲	کودک استثنایی	فشار کل
۱۱/۶۹۹	۴۱/۱۰۵	عادی	
۱/۱۲	۳۵/۱۴	کودک استثنایی	سازگاری زناشویی

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در مورد تفاوت میانگین فشار بر مراقبین در دو گروه والدین کودکان استثنایی و عادی

مؤلفه‌های فشار بر مراقبین	مجموع مجذورات درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معنی داری
احساس عمومی	۱	۵۵/۷۱۷	۲/۰۹۰	۰/۱۵۶
احساس در مورد مراقبت	۱	۳۶۱/۸۰۵	۱۰۱/۱۱۵	۰/۰۰۰
احساس مسئولیت	۱	۹۸۷/۶۲۱	۱۱۱/۱۷۲	۰/۰۰۰
احساس به هنگام بودن با خویشاوند	۱	۳۴۶/۰۲۱	۸۰/۴۳۱	۰/۰۰۰
تأثیر منفی رابطه با خویشاوند	۱	۲۳۶/۷۸۸	۸۰/۷۶۴	۰/۰۰۰
فشار کل	۱	۸۴۱۰/۷۳۹	۱۱۴/۲۱۳	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری از نظر فشار بر مراقبین وجود دارد ($P < 0/00$) و در مورد مؤلفه‌های شاخص فشار بر مراقبین نیز مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین در تمامی مؤلفه‌ها به‌جز مؤلفه تشخیص احساس عمومی معنی‌دار است ($P < 0/00$).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در مورد تفاوت میانگین سازگاری زناشویی در والدین کودکان استثنایی و عادی

عملکرد خنثی‌ادگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	ارزش F	سطح معنی‌داری
سازگاری زناشویی	۴/۴۳۳	۱	۴/۴۳۳	۰/۳۳۶	۰/۵۵۰

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، در دو گروه والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری از نظر سازگاری زناشویی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که در دو گروه والدین استثنایی و عادی تفاوت معنی‌دار از نظر فشار روانی وجود دارد و در مورد مؤلفه‌های شاخص فشار روانی نیز مشاهده می‌شود که تفاوت میانگین در تمامی مؤلفه‌ها به‌جز مؤلفه تشخیص احساس عمومی معنی‌دار است. این نتایج با یافته‌های پژوهش خواجه نورری و همکاران (۱۳۷۹) که نشان داد میزان فشار در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن، به‌طور معنی‌داری بیشتر است می‌باشد. همچنین این نتیجه یا یافته‌ی پژوهش ملکوتی (۱۳۸۲) همسو می‌باشد. ملکوتی در پژوهشی به این نتیجه رسید که بستری کوتاه‌مدت یک‌ماهه، خدمات توان‌بخشی و پیگیری درمان در منزل جزو نیازهای اولیه و سپردن بیمار به مؤسسات نگهداری در رتبه آخر نیاز مراقبان قرار دارند. تقریباً نتایج به‌دست‌آمده از تمامی تحقیقات انجام‌گرفته در داخل و خارج از کشور نشان حاکی از این است که فشار روانی وارده بر پرستاران و مراقبین کودکان استثنایی در مقایسه والدین کودکان عادی بیشتر است و این فشار سلامت روانی مراقبین را به مخاطره می‌اندازد و به حمایت اجتماعی بیشتری لازم دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مراقبان کودکان استثنایی در احساس خستگی و انزوا و تنهایی در مقیاس حل مسئله به یک اندازه نیست و در مؤلفه احساس در مورد مراقبت به علت اینکه مراقبان کودکان استثنایی رنجیده و عصبانی بوده و از سلامتی خود نگران بوده و روابط اجتماعی آنان نسبت به مراقبان کودکان عادی کمتر می‌باشد و در مورد احساس مسئولیت در مقیاس فشار بر مراقب می‌توان گفت که مراقبان کودکان استثنایی کمتر احساس مقید شدن و بیشتر احساس شرمساری دارند و در مورد احساس به‌هنگام بودن با خویشاوندان مراقبان کودکان استثنایی نسبت به کودکان عادی احساس شرمساری، استرس و مشکل مالی بیشتری رادارند و در مقیاس تأثیر منفی رابطه با خویشاوند می‌توان گفت که مراقبان کودکان استثنایی نسبت به عادی احساس برخورد غیرمنصفانه، متفاوت از دیگران و اجتناب از دوستان و آشنایان نمره بیشتری نشان دادند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که در دو گروه کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری از نظر سازگاری زناشویی وجود ندارد. نویدیان و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی گزارش کردند که میانگین فشار روحی در بیماران اسکیزوفرنی و سایر اختلالات

سایکوتیک بیشتر از اختلال خلق می‌باشد. این فشارها می‌تواند سلامت روانی مراقبین را به مخاطره انداخته و کیفیت مراقبت و نوع ارتباط با فرد بیمار را مختل نماید. سازگاری یکی از مهم‌ترین نشانه‌های سلامت روان‌شناختی است که با حوزه‌های همچون سلامت عاطفی، اجتماعی، آموزشی، زناشویی و شغلی افراد مرتبط است (حمیدی و محمد حسینی، ۲۰۱۰). سازگاری توانمندی است که افراد به کمک آن می‌توانند با شرایط متغیر محیطی و درونی خود کنار آید و موجودیت و سلامت روانی خود را حفظ کند. منظور از سازگاری اجتماعی، برقراری یک رابطه روان‌شناختی رضایت‌بخش میان خود و محیط است و به آن دسته از پاسخ‌های فرد گفته می‌شود که باعث سازش مؤثر و هماهنگ فرد با موقعیتی می‌گردد که در آن قرار دارد؛ بنابراین دست‌یابی به یک حد مطلوب از سازگاری در حیطه‌های مختلف، امکان رشد و تحول، رفع نیازها و خواسته‌ها و تحقق آرمان‌های فرد را امکان‌پذیر و یا تسهیل می‌نماید. افرادی که فاقد مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مناسب هستند اغلب اطلاعات اجتماعی را به اشتباه خصوصیت‌آمیز تلقی کرده و به‌درستی قادر به ابداع راه‌حل برای مشکلات بین فردی نیستند (برغندان، ترخان و قائمی خمایی، ۱۳۹۱).

منابع

- افقه، س؛ اردشیرزاده، م؛ جعفری، ف؛ محمودی راد، م؛ صادقی نژاد، غ (۱۳۸۶). مقایسه تحمل عذاب در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک با مراقبین بیماران نارسایی انتهائی کلیه ها. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۷(۶۲)، ۳۱-۳۹.
- حسینی، م؛ سامانی، س (۱۳۹۱). ارتباط ابعاد کارکرد خانواده و خودتنظیمی فرزندان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۸(۳۱)، ۳۰۵-۳۱۷.
- ساراسون، ا؛ ساراسون، ب (۱۳۷۱). روان شناسی مرضی ترجمه بهمن نجاریانو محمدعلی اضغری مقدم و محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.
- سادوک، ب؛ سادوک (۲۰۰۱). چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه دکتر نصرت الله پورافکاری، ۱۳۸۱، تهران: انتشارات آزاد.
- نوری قاسم آبادی، ر؛ نوری، ا؛ بیان زاده، ا (۱۳۸۱). بررسی وضعیت بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و مراقبان آن‌ها پس از ترخیص از بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجله علوم پزشکی، ۹(۳۱)، ۴۱۷-۴۹۱.
- قمری، ح؛ مولوی، پ؛ حشمتی، ر (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی مقیاس علائم مثبت و منفی در اختلالات طیف اسکیزوفرنی. مجله روان شناسی بالینی، ۲(۲)، ۱-۱۰.
- ملکوتی، ک (۱۳۸۲). فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. مجله حکیم، ۶(۲)، ۱-۱۰.
- نویدیان، ع؛ سالار، ع؛ کرمانسروی، ف (۱۳۷۹). بررسی میزان فشار روانی مراقبان خانوادگی. مجله پزشکی ارومیه، ۱۲(۳)، ۲۱۴-۲۰۶.
- محمدی زاده، ع؛ ملک خسروی، غ (۱۳۸۵) بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲(۵)، ۸۹-۶۹.
- نوری خواجوی، م؛ اردشیرزاده، م؛ دولتشاهی، ب؛ افقه، س (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و مراقبان بیماران دوقطبی مزمن. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۵۴-۸۰.

- Assessment of Caregiver Burden in Families of Persons with Multiple Sclerosis, (2008). Marijean Buhse, *Journal of Neuroscience Nursing*, 25-31.
- Biegel, D., Miligan, S., Putnam, P., Song, T.L. (1999). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community mental health Journal*, 30, 473-494.
- Epstein, B. E., Ryan, C. E., Bishop, D. S., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (1993). The Mc Master model: Aview of healthy family functioning. *Healthy Couple and Family processes*, 21, 581-607.
- Hatfield, A., & Letly, H. (1987). *Families of the mentally ill: coping and adaptiin*. New York: The Guilford Press.
- Fisher, G. A., Benson, P., & Tessler, R. (1990). Family response to mental illness: Developments since deinstitutionalization. *Research in Community Mental Health Journal*, 6, 203-236.
- Fischer, J., Cocoran, K. (2006). *Measures for clinical practice and research: a source book, volume 2, adults*, Oxford UNIVERSITY PRESS.
- Lowyck, B., Dettert, M., Peters, E., Wampers, M., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). Astudy of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 19, 395-401.
- Postal, S. A. (2002). *Family therapy, history, theory, and practice*, new jerky a simon & Schuster company, 5, 34-56.
- Ports, PR., Howl, S.C. (1992). Family functions and children post divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 713-17.
- Zarit, SH., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.