

مقایسه انطباق پذیری و خشونت خانگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به بیماری روانی

مزمّن و عادی

The Comparison of Adaptability and Domestic Violence in Families With children With Mental Illness Chornic and Normal

Asieyh Khadivi*

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

asiyekhadivi62@gmail.com

Somayeh Sabaghi Renani

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

آسیه خدیوی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

سمیه صباغی رنانی

کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to determine the rate difference of adaptability and domestic violence in families with children with mental illness chronic and regular in Borujen City. The statistic population of the study included all families with children who have chronic mental illness admitted to daycare centers (girls and boys) in Borujen City including 180 people that among them 30 girls and 30 boys with chronic mental illness were randomly selected and they compered with 30 girls and 30 average boys. The method of this study was casual – comparison. The research tools were two Domestic Violence Questionnaire and Olson Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-IV. The finding of the research was analyzed using inferential statistics and analyzed by SPSS software. The conclusion showed that the difference between the groups in unconditional coherence, balanced and violent behavior in two groups of children with chronic mental illness, and couples with healthy children are meaningful. The results of the research showed that the average dimension of unconditional coherence and violence in pair with a healthy child is higher than couples with chronic mental illness. And the average dimension adaptability of couples with children with chronic mental illness is higher than those couples with healthy children. Conclusion This study showed that adaption in families children with chronic mental illness is less common among family members, and domestic violence is more than this family.

Keywords: Adaptability family, Domestic violence, Chronic mental illness, Family

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه انطباق پذیری و خشونت خانگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به بیماری روانی مزمن و عادی شهر بروجن انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند بیمار روانی مزمن بستری شده در مراکز نگهداری شبانه روزی (دختر و پسر) و خانواده‌های عادی شهر بروجن است. روش پژوهش، علی‌مقایسه‌ای بود. حجم نمونه شامل ۳۰ خانواده دارای فرزند بیمار روانی مزمن دختر و ۳۰ خانواده دارای فرزند بیمار روانی مزمن پسر و ۶۰ خانواده عادی (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) شهر بروجن می باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه خشونت خانگی (مهدی زادگان و آتش پور ۱۳۹۱) و پرسشنامه انطباق پذیری و انسجام خانوادگی (IV-FACE؛ السون، ۲۰۰۶) بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌های خام، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳ صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که تفاوت گروه‌ها در انسجام بی قید و بند، انطباق پذیری متوازن و خشونت در دو گروه دارای فرزند بیمار روانی مزمن و زوجین دارای فرزند سالم معنادار است. همچنین میانگین بعد انسجام بی قید و بند و خشونت در زوجین دارای فرزند سالم بیشتر از زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن است. میانگین بعد انطباق‌پذیری متوازن زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن بیشتر از زوجین دارای فرزند سالم است. این پژوهش نشان داد که انطباق‌پذیری در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به بیماری روانی بیشتر و خشونت خانگی در بین این خانواده‌ها کمتر است.

واژه‌های کلیدی: انطباق‌پذیری خانوادگی، خشونت خانوادگی، بیماری

روانی مزمن

مقدمه

خانواده جایگاهی امن برای ارضای نیازهای گوناگون جسمانی، عقلانی و عاطفی است (عدالتی و رذروان، ۲۰۱۰). خانواده‌های سالم از چگونگی ساختار خود برای انطباق با شرایط جدید واقفند این نوع انطباق با شرایط موجود از بروز اغتشاش در خانواده جلوگیری می‌کند. در بسیاری از خانواده‌ها، مخصوصاً آنهایی که بیماری غیرمنتظره به سراغ یکی از اعضای خانواده آنها می‌آید و خودشان را در قلمرو ناشناخته‌ای احساس می‌کنند، تحت این شرایط خانواده نیاز دارد تا با تغییر خواسته‌های متغیر و فزاینده بیماری سازگار شود (باباپورالدین و بهاورنیا، ۱۳۹۱). در خانواده فرد مبتلا به اختلال روانی تغییراتی روی می‌دهد که سبب می‌شوند سایر افراد خانواده نیز نتوانند به حداکثر توانایی خود در زمینه شغلی، اجتماعی یا فعالیت تفریحی دست یابند. این خانواده‌ها اغلب مجبورند قسمت عمده‌ای از وقت خود را صرف مراقبت از عضو مبتلا کنند. بعلاوه، در این خانواده‌ها واهمه همیشگی در مورد احتمال عود بیماری و ایجاد تغییرات ناگهانی و غیر قابل انتظار در زندگی اعضای خانواده وجود دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). مراقبت از بیمار انرژی خانواده را تحلیل می‌برد و موجب یاس و استیصال، درماندگی، افسردگی، فرسایش و بروز و یا تشدید اختلالات روان تنی در دیگر اعضای خانواده خصوصاً والدین و همسر بیمار می‌گردد. پریشانی روانی و افسردگی یکی از واکنش‌های اعضای خانواده‌ای است که یکی از فرزندان یا عضو آن خانواده دارای بیماری روانی مزمن است که این مشکلات می‌تواند تأثیرات منفی بر کارکردهای خانواده داشته باشد (گوس، ۲۰۱۲). مشکلاتی از جمله سازش-یافتگی و سلامت جسمی و روانی (خدادادی، اعتمادی و علوی کاموسی، ۱۳۹۳)، افزایش فشار روانی، افسردگی و کاهش سلامت روانی (زلمات و ییلچز، ۲۰۱۰)، تنش و فشار در اعضای خانواده (طاهری، ۱۳۹۱)، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی (خدابخشی کولایی و درخشنده، ۱۳۹۴)، به طوری که به محض آگاهی والدین از بیماری و مشکل فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می‌گردد (ایزدیار، محمدپور، پناهی شهری ۱۳۹۲). بر اساس^۱ DSM-5 اختلال روانی سندرمی است که ویژگی بارز آن بر هم خوردن قابل توجه بالینی شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتاری فرد است و خود بازتابی از کژکاری فرآیندهای زیستی، روانی یا رشدی زمینه ساز عملکرد روانی است. اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی قابل توجه یا نقص کارکرد در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و یا سایر فعالیت‌های مهم زندگی فرد همراه است. بعنوان مثال یکی از انواع اختلال‌های روانی مزمن اختلال طیف اسکیزوفرنیاست و نوع دیگر و رایجتر آن اختلالات طیف افسردگی است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). انطباق‌پذیری خانوادگی^۲ توانایی و قابلیت است که یک سیستم مثلاً یک فرد یا یک خانواده علی‌رغم شرایط متغیر درونی و بیرونی انسجام خویش را حفظ و بقای آنرا تضمین می‌کند (خجسته فر، عباسپور و رجبی، ۱۳۸۷). از ویژگی‌های خانواده سالم، برخورداری از انعطاف‌پذیری و انطباق با شرایط عادی در مواجهه با معضلات ناشی از رشد و تکامل و همچنین بحران‌های غیرمنتظره است (خجسته فر و همکاران، ۱۳۸۷). در خانواده با انطباق‌پذیری پایین، تغییرات ساختاری اندکی مشاهده می‌شود. در این خانواده‌ها نقش‌ها به سختی تعریف شده‌اند و قوانین پایدارند. در خانواده با انطباق‌پذیری بالا، انتقادات آزاد است، نقش‌ها تقسیم شده‌اند و قواعد قابل تغییرند (نصر، ۱۳۹۴).

خشونت خانگی^۳ بلایی جهانی است که پیکر خانواده را تخریب و سلامتی افراد را تهدید می‌کند و شمار بسیاری را مجروح و به مشکلات جسمی، جنسی، روانی دچار می‌سازد. خشونت خانگی، از جمله مشکلات رفتاری است که حاصل خانواده‌های مشکل‌دار و ساختار ناسالم و ارتباط معیوب والدین با فرزندان است و در این خانواده‌ها معمولاً یک محرک استرس‌زا مانند اعتیاد پدر، خشونت‌های فیزیکی و کلامی پدر و مادر و رابطه ناسالم اولیا با فرزندان وجود دارد خشونت‌های به وجود آمده در خانواده مسایل و مشکلاتی را در سطوح فردی، نهادی و اجتماعی نظیر؛ رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب، عزت نفس پایین، بزهکاری، فرار از منزل، خودکشی، گرایش به مواد مخدر و آسیب‌های متعدد اجتماعی به وجود می‌آورد (یعقوبی دوست و عنایت، ۱۳۹۳). براساس دیدگاه سیستمی، خانواده در برابر بیماری نقش اساسی ایفا می‌کند و خود نیز بعنوان یک کل، تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد. موری بوئن^۴ یکی از شکل دهندگان جریان خانواده درمانی، روش نوآورانه‌ای را درباره اسکیزوفرنی در مؤسسه ملیسلامتروان اجرا کرد که در آنجا کل خانواده را بستری کرد

1. Edalati & Redzuan

2. World Health Organization

3. Gau SS-F

4. Zembat & Yildiz

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

6. Family adaptability

7. Domestic Violence

8. Boueen

تا سیستم خانواده بتواند کانون درمان باشد. او معتقد بود تا وقتی که از الگوهای رابطه خانواده اصلی فرد آگاهی کسب نشده و مستقیماً به چالش کشیده نشده باشد، مشکلاتی که در خانواده فعلی او مشاهده می شوند را نمی توان کاملاً تغییر داد. رویکرد او بر این فرض استوار است که الگوی روابط میان فردی قابل پیش بینی عملکرد اعضای خانواده را در بین آنها مرتبط می کند. بوئن معتقد بود که بسیاری از رفتارهای بشر منبعث از فراز و نشیب های زندگی خانوادگی و کش و قوس های همزمان میان اعضای خانواده بر سر دوری از یکدیگر و در عین حال با هم بودن است (گلدنبرگ، ۲۰۱۴). بنابراین با توجه به پژوهشهای صورت گرفته، می توان گفت وجود فرزند مبتلا به بیمار روانی مزمن در خانواده بر روابط بین اعضاء خانواده و نیز بر خشونت بین آنها تاثیر دارد. و از سوی دیگر، حفظ خانواده در جهت توسعه جامعه انسانی اهمیت دارد تا انطباق پذیری و خشونت خانگی به عنوان یک عامل مهم بقای خانواده مورد توجه قرار گیرد. در این راستا پژوهش حاضر بر آن است به بررسی این پرسش بپردازد که آیا تفاوت معناداری بین میزان انطباق پذیری و خشونت خانگی در خانواده های مبتلا به فرزندان بیمار روانی مزمن و عادی شهر بروجن وجود دارد؟

مهمترین ضرورت انجام این پژوهش این است که از آنجایی که خانواده یک نظام اجتماعی و از ارکان اصلی جامعه است و به نوعی کوچکترین سلول اجتماعی است شناخت و بررسی عواملی تاثیرگذار بر خشونت های خانگی؛ انطباق پذیری آنها و چگونگی ایجاد ثبات در خانواده می شود می تواند گامی مفید در جهت قوام و استحکام خانواده باشد. همچنین توجه به خانواده های دارای فرزند بیمار روانی مزمن و در عین حال بررسی انطباق پذیری و خشونت خانگی آنها و نوع برخورد خانواده ها با این بیماران و مقایسه آنها با افراد عادی به منظور روشن شدن تفاوت های بین این دو گروه خانواده درخور اهمیت می باشد. نتایج پژوهش می تواند برای خانواده هایی که در آنها بیمار روانی مزمن وجود دارد مفید واقع شود.

تحقیقات متعدد در ارتباط با انطباق پذیری نشان می دهد که درجه انطباق پذیری به عوامل و مولفه های متعدد شخصی و محیطی بستگی دارد (خان محمدی، ۱۳۹۳). در مطالعات عوامل مربوط به انطباق پذیری در پیری، بر اهمیت خودپنداری مثبت و داشتن نقشهای مفید و موثر (شغل و ازدواج)، برقراری ارتباط خوشایند اجتماعی، پرداختن به فعالیتهای گوناگون، امیدواری به آینده، تندرستی و وجود حمایت مالی تاکید شده است، و پژوهشهای اخیر ثابت کرده اند که این عوامل معمولاً به انطباق پذیری مطلوب مربوط می باشند (پاکنهاد، شرفی، دانشیان، عطالهی، پاک نهاد، ۱۳۹۵).

آلوز و همکاران^۱ (۲۰۱۹) به بررسی تأثیر سیاستهای اخیر (نظیر؛ حمایت های دولتی، تمرکز بر بالا رفتن دانش و آگاهی زنان از حقوق خود) علیه خشونت خانگی در کشور پرتغال پرداختند. نتایج تحقیق آنها تأثیر مثبت این سیاست ها را نشان می دهد. از نظر نمونه ای از زنان، که این سیاستها بر آنها اعمال شده بود، رفتارهای خشونت آمیز کمتر به عنوان امری عادی تلقی می شدند و این رفتارها به عنوان جرم و سوء استفاده های روانشناختی تعریف می شدند. در همین راستا، چیلدرس، جیویا و کمپیل^۲ (۲۰۱۸) نشان دادند که زنان طیف وسیعی از استراتژیها را برای پیشگیری، دفع و کاهش خشونت اتخاذ می کنند. با دیدگاهی متفاوت، گوردن، یولمان و سارا^۳ (۲۰۱۷) به بررسی اثربخشی سوء استفاده جنسی، خشونت خانگی، معنویت و مذهب بر خشم و افسردگی نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که رویدادهای استرس زای زندگی نقش منحصر به فردی در بالا بردن سطح خلق افسرده و خشم دارد و معنویت می تواند منجر به کاهش عصبانیت و خلق افسرده شود. علاوه بر این ارتباط منفی قوی بین معنویت و عصبانیت و نیز افراد سوء استفاده نشده مشاهده شد. کارین، سووی، رزمان^۴ (۲۰۱۶) به بررسی نیاز برای کنترل، سلامت اطمینان و مراقبت سالم در بین نوجوانان و بزرگسالان جوان مواجه با خشونت خانگی پرداختند. نتایج نشان داد که مشکلات هیجانی تجربه شده شرکت کنندگان، عدم اعتماد به دیگران و احساس عدم امنیت بعنوان مهمترین نتایج مواجه با خشونت خانگی اند. تحقیقات در زمینه شناخت عواملی که به انطباق پذیری خانواده کمک می کنند ناقص است و تاکنون پژوهشی منسجم درباره انطباق پذیری به صورت یک تحقیق همه جانبه صورت نگرفته است و از طرفی با توجه به اینکه خشونت خانگی می تواند اثرات منفی بر سلامت جسمانی و روانی خانواده ها داشته باشد محقق درصدد است به بررسی میزان انطباق پذیری و خشونت خانگی در خانواده های مبتلا به فرزندان بیمار روانی مزمن و عادی بپردازد.

1. Alves et al

2. Cildress, Jiviya, & Capbel

3. Gordan, Ullman, & Sarah

4. Karin, Sylvi, & Rosemalen

روش

طرح این پژوهش به صورت علی مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به بیمار روانی مزمن و کلیه خانواده‌های عادی شهر بروجن (حدود ۲۰۰ نفر) است. به روش نمونه‌گیری تصادفی یک نمونه ۳۰ نفری از خانواده‌های دارای بیمار روانی زن و یک نمونه ۳۰ نفری از خانواده‌های دارای بیمار روانی مرد و یک نمونه ۶۰ نفری از خانواده‌های عادی (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) از نظر جنس بصورت همتاسازی شده انتخاب شدند. ابزارها، برای بررسی داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه انطباق‌پذیری و انسجام خانوادگی: (FACES-IV): این پرسشنامه توسط اولسون (۲۰۰۶) طراحی شده که دارای ۴۲ سؤال است و با استفاده از شش مقیاس ابعاد انسجام خانواده و انطباق‌پذیری خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد. تعداد دو خرده مقیاس متعادل وجود دارد که انسجام و انطباق‌پذیری متعادل خانواده را ارزیابی می‌کند. همچنین شامل چهار خرده مقیاس نامتعادل است که حد بالا و پایین انسجام و انطباق‌پذیری را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد. انطباق‌پذیری دارای سه خرده مقیاس متعادل، سختگیرانه و بی‌نظم (نابسامان) است. طیف نمره گذاری این پرسشنامه پنج درجه ای و بصورت کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق بوده و به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ به آنها تعلق می‌گیرد. در این ابزار نمره بیشتر به معنی امتیاز بیشتر در هر خرده مقیاس است. انسجام متعادل و متوازن، انسجام بی‌قیدوبند، انسجام در هم تنیده، انطباق‌پذیری متوازن، انطباق سخت‌گیرانه و انطباق بی‌نظم از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه هستند. مظاهری و همکاران (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس انسجام و انطباق‌پذیری خانواده (FACES-IV) در جامعه خانواده‌های ایرانی انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس FACES-IV و خرده مقیاس‌های انسجام متوازن، انطباق‌پذیری متوازن، گسسته، به تنیده، نامنعطف و آشفته برای پدران به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۶، ۰/۷۰، ۰/۶۰، ۰/۵۸، برای مادران به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۶۹، ۰/۶۹، ۰/۵۶ و ۰/۶۲ و برای فرزندان خانواده‌ها به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۷۷، ۰/۶۹، ۰/۷۴، ۰/۵۲، ۰/۵۵ به دست آمد. بررسی روایی همگرا و واگرا از طریق محاسبه ضریب همبستگی مقیاس (FACES-IV) با مقیاس‌های YSR، DASS، PSI-SF و LE رضایت بخش بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشانگر برازش الگوی شش عاملی (بعد انسجام شامل سه خرده مقیاس گسسته، انسجام متوازن و بهم تنیده و بعد انطباق‌پذیری شامل سه خرده مقیاس نامنعطف، انطباق‌پذیری متوازن و آشفته) داده بود. در نهایت نتیجه‌گیری شد که نسخه فارسی مقیاس (FACES-IV) واجد ویژگی‌های روان‌سنجی مورد نیاز برای کاربرد در پژوهش‌های روانشناختی و تشخیص‌های بالینی است. در این پژوهش همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های انطباق‌پذیری عبارت بودند از: متعادل (۰/۷۶۹)، بی‌قید و بند (۰/۴۸۴)، در هم تنیده (۰/۵۹۷)، متوازن (۰/۶۵۲)، سخت‌گیرانه (۰/۴۷۴)، بی‌نظم (۰/۶۱۸).

پرسشنامه خشونت خانگی: این پرسشنامه توسط مهدی زادگان و آتش پور (۱۳۹۱) ساخته شد. این پژوهش خشونت خانگی با استفاده از یک مقیاس ۴۲ سؤالی که بر مقیاس ۵ درجه ای (هرگز=۱ تا هر روز صبح=۵) پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه ابعاد مختلف خشونت (خشونت جسمی، عاطفی، کلامی، جسمی) را بصورت جداگانه مورد سنجش قرار می‌دهد. بر اساس نتایج تحلیل عاملی سؤالات پرسشنامه در چهار بعد جای می‌گیرد که بدین ترتیب چهار بعد خشونت جسمی، خشونت عاطفی، خشونت کلامی، خشونت جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس همسانی درونی برای خشونت (۰/۹۰۵) و ضریب آلفای کرونباخ برای خشونت جسمی (۰/۹۱۵)، خشونت عاطفی (۰/۹۰۹)، خشونت کلامی (۰/۹۳۴)، خشونت جنسی (۰/۷۵۰) به دست آمده است که نشان دهنده این است که برای بررسی خشونت خانگی از ثبات لازم برخوردار است و ابزار مناسبی است.

جهت اجرای پژوهش و با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، پس از دریافت مجوز از سازمان بهزیستی تعداد ۳۰ نفر از خانواده‌های دارای فرزند بیمار روانی دختر و ۳۰ فرزند بیمار روانی پسر که در حال حاضر در مراکز نگهداری شبانه روزی بیماران روانی مزمن به سر می‌برند، به صورت تصادفی برای نمونه انتخاب شدند. با ارائه توضیحات لازم از والدین آنها تقاضا شد که دو پرسشنامه انطباق‌پذیری (FACES-IV) و خشونت خانگی را تکمیل نموده و به محقق تحویل دهند. همچنین پرسشنامه‌ها بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از خانواده‌های عادی دارای فرزند دختر و یک نمونه ۳۰ نفری دارای فرزند پسر نیز اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

آزمون فرضیه اصلی پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش بین ابعاد انطباق‌پذیری و خشونت خانگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن و سالم شهر بروجن تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

جدول (۱) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره به منظور مقایسه ابعاد انطباق‌پذیری زوجین و خشونت زوجین در دو گروه دارای فرزند بیمار روانی مزمن و زوجین دارای فرزند سالم

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
جنسیت فرزند	انسجام متعادل و متوازن	۱۲/۶۶۱	۱۱	۱۲/۶۶۱	۰/۲۰۲	۰/۶۵۴	۰/۰۰۲	۰/۰۷۳
	انسجام بی قید و بند	۱۵/۵۳۹	۱۱	۱۵/۵۳۹	۰/۳۲۳	۰/۵۷۱	۰/۰۰۳	۰/۰۸۷
	انسجام در هم تنیده	۶۵/۷۴۳	۱۱	۶۵/۷۴۳	۱/۱۶۳	۰/۲۸۳	۰/۰۱۱	۰/۱۸۸
	انطباق‌پذیری متوازن	۰/۷۵۱	۱۱	۰/۷۵۱	۰/۰۱۴	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲
	انطباق سخت گیرانه	۸/۰۴۴	۱۱	۸/۰۴۴	۰/۱۹۲	۰/۶۶۲	۰/۰۰۲	۰/۰۷۲
	انطباق بی نظم	۰/۰۸۹	۱۱	۰/۰۸۹	۰/۰۰۲	۰/۹۶۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	خشونت	۱۱/۱۷۰	۱۱	۱۱/۱۷۰	۰/۳۲۷	۰/۵۶۹	۰/۰۰۳	۰/۰۸۸
سن فرزند	انسجام متعادل و متوازن	۱۰/۷۰۱	۱۱	۱۰/۷۰۱	۰/۱۷۱	۰/۶۸۰	۰/۰۰۲	۰/۰۶۹
	انسجام بی قید و بند	۱۹/۷۸۹	۱۱	۱۹/۷۸۹	۰/۴۱۱	۰/۵۲۳	۰/۰۰۴	۰/۰۹۷
	انسجام در هم تنیده	۱/۷۰۲	۱۱	۱/۷۰۲	۰/۰۳۰	۰/۸۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳
	انطباق‌پذیری متوازن	۲۶/۸۶۲	۱۱	۲۶/۸۶۲	۰/۴۸۳	۰/۴۸۹	۰/۰۰۴	۰/۱۰۶
	انطباق سخت گیرانه	۱/۸۳۷	۱۱	۱/۸۳۷	۰/۰۴۴	۰/۸۳۴	۰/۰۰۰	۰/۰۵۵
	انطباق بی نظم	۱۰/۶۶۵	۱۱	۱۰/۶۶۵	۰/۱۹۹	۰/۶۵۶	۰/۰۰۲	۰/۰۷۳
	خشونت	۲۲۵۱/۷۱۴	۱۱	۲۲۵۱/۷۱۴	۶/۶۱۶	۰/۰۱۱	۰/۰۵۷	۰/۷۲۲
سن پدر	انسجام متعادل و متوازن	۱۵/۳۸۴	۱۱	۱۵/۳۸۴	۰/۲۴۵	۰/۶۲۱	۰/۰۰۲	۰/۰۷۸
	انسجام بی قید و بند	۲۶/۸۵۵	۱۱	۲۶/۸۵۵	۰/۵۵۸	۰/۴۵۷	۰/۰۰۵	۰/۱۱۵
	انسجام در هم تنیده	۱۸/۷۴۲	۱۱	۱۸/۷۴۲	۰/۳۳۵	۰/۵۶۴	۰/۰۰۳	۰/۰۸۸

The Comparison of Adaptability and Domestic Violence in Families With children With Mental Illness...

انطباق متوازن	پذیری	۵/۵۰۳	۱۱	۵/۵۰۳	۰/۰۹۹	۰/۷۵۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶۱
انطباق گیرانه	سخت	۴۵/۶۷۹	۱۱	۴۵/۶۷۹	۱/۰۹۳	۰/۲۹۸	۰/۰۱۰	۰/۱۷۹
انطباق بی نظم		۰/۵۸۱	۱۱	۰/۵۸۱	۰/۰۱۱	۰/۹۱۷	۰/۰۰۰	۰/۰۵۱
خشونت		۷۵/۰۴۲	۱۱	۷۵/۰۴۲	۰/۲۲۱	۰/۶۴۰	۰/۰۰۲	۰/۰۷۵
انسجام متعادل و متوازن		۴۲/۲۰۲	۱۱	۴۲/۲۰۲	۰/۶۷۳	۰/۴۱۴	۰/۰۰۶	۰/۱۲۸
انسجام بی قید و بند		۷۸/۹۵۰	۱۱	۷۸/۹۵۰	۱/۶۴۰	۰/۲۰۳	۰/۰۱۵	۰/۲۴۵
انسجام در هم تنیده		۲۱۲/۰۲۵	۱۱	۲۱۲/۰۲۵	۳/۷۵۱	۰/۰۵۵	۰/۰۳۳	۰/۴۸۴
انطباق متوازن	پذیری	۱۰/۰۸۸	۱۱	۱۰/۰۸۸	۰/۱۸۱	۰/۶۷۱	۰/۰۰۲	۰/۰۷۱
انطباق گیرانه	سخت	۱۱۱/۷۶۹	۱۱	۱۱۱/۷۶۹	۲/۶۷۴	۰/۱۰۵	۰/۰۲۴	۰/۳۶۷
انطباق بی نظم		۰/۰۳۵	۱۱	۰/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
خشونت		۲۷/۴۲۲	۱۱	۲۷/۴۲۲	۰/۱۹۸	۰/۶۵۷	۰/۰۰۲	۰/۰۷۳
انسجام متعادل و متوازن		۲۳/۵۱	۱۱	۲۳/۵۱	۰/۳۷۵	۰/۵۴۲	۰/۰۰۳	۰/۰۹۳
انسجام بی قید و بند		۰/۷۶۱	۱۱	۰/۷۶۱	۰/۰۱۶	۰/۹۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲
انسجام در هم تنیده		۱۰/۰۹۱	۱۱	۱۰/۰۹۱	۰/۱۷۹	۰/۶۷۳	۰/۰۰۲	۰/۰۷۰
انطباق متوازن	پذیری	۰/۱۴۷	۱۱	۰/۱۴۷	۰/۰۰۳	۰/۹۵۹	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
انطباق گیرانه	سخت	۴۰/۸۰۹	۱۱	۴۰/۸۰۹	۰/۹۷۶	۰/۳۲۵	۰/۰۰۹	۰/۱۶۵
انطباق بی نظم		۱/۵۵۷	۱۱	۱/۵۵۷	۰/۰۲۹	۰/۸۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳
خشونت		۱۵۵۵/۲۸۶	۱۱	۱۵۵۵/۲۸۶	۴/۵۷۰	۰/۰۳۵	۰/۰۴۰	۰/۵۶۳

سن مادر

مدت ازدواج
زوجین

بر اساس نتایج جدول شماره ۱ نشان می دهد که از بین متغیرهای دموگرافیک وارد شده (نوع جنسیت فرزند، سن فرزند، سن پدر، سن مادر، شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، مدت ازدواج زوجین) تنها سن و مدت ازدواج زوجین بر خشونت اثر معناداری داشته است. تفاوت گروه ا در انسجام بی قید و بند، انطباق پذیری متوازن و خشونت در دو گروه دارای فرزند بیمار روانی مزمن و زوجین دارای فرزند سالم معنادار است ($p < 0.05$). توان آماری انسجام بی قید و بند معادل 0.587 ، توان آماری انطباق پذیری متوازن کمتر از حد نصاب 0.8 (معادل 0.522) است و اندازه اثر پایین نشان دهنده آن است که برای نتیجه گیری قطعی تر نیاز به حجم نمونه بیشتری است و توان آماری خشونت معادل 0.923 ، که نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه گیری است. همچنین ضریب اتا نشان می دهد که مزمن بودن بیماری روانی $4/2\%$ از تغییرات بعد انسجام بی قید و بند، $3/6\%$ از تغییرات بعد انطباق پذیری

متوازن، ۹/۶٪ از تغییرات خشونت را تبیین می کند. میانگین بعد انسجام بی قید و بند، و خشونت در زوجین دارای فرزند سالم بیشتر از زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن است و میانگین بعد انطباق پذیری متوازن زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن بیشتر از زوجین دارای فرزند سالم است.

فرضیه فرعی پژوهش: بین میزان خشونت خانگی در خانواده های مبتلا به فرزندان بیمار روانی مزمن و عادی شهربروجن تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۲) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره به منظور مقایسه خشونت زوجین در دو گروه خانواده های مبتلا به فرزند بیمار

روانی مزمن و زوجین دارای فرزند سالم							
منبع تغییرات	مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	F	معنادار ی	مجدور اتا	توان آزمون
نوع جنسیت فرزند	۱۱/۱۷۰	۱۱	۱۱/۱۷۰	۰/۳۲۷	۰/۵۶۹	۰/۰۰۳	۰/۰۸۸
سن فرزند	۲۲۵۱/۷۱۴	۱۱	۲۲۵۱/۷۱۴	۶/۶۱۶	۰/۰۱۱	۰/۰۵۷	۰/۷۲۲
سن پدر	۷۵/۰۴۲	۱۱	۷۵/۰۴۲	۰/۲۲۱	۰/۶۴۰	۰/۰۰۲	۰/۰۷۵
سن مادر	۲۷/۴۲۲	۱۱	۲۷/۴۲۲	۰/۱۹۸	۰/۶۵۷	۰/۰۰۲	۰/۰۷۳
شغل پدر	۳/۴۴۲	۱۱	۳/۴۴۲	۰/۰۱۰	۰/۹۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۱
شغل مادر	۱۲/۷۳۸	۱۱	۱۲/۷۳۸	۰/۰۳۷	۰/۸۴۷	۰/۰۰۰	۰/۰۵۴
تحصیلات پدر	۱۶۹/۶۳۹	۱۱	۱۶۹/۶۳۹	۰/۴۹۸	۰/۴۸۲	۰/۰۰۵	۰/۱۰۸
تحصیلات مادر	۱/۲۷۷	۱۱	۱/۲۷۷	۰/۰۰۴	۰/۹۵۲	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
مدت ازدواج زوجین	۱۵۵۵/۲۸۶	۱۱	۱۵۵۵/۲۸۶	۴/۵۷۰	۰/۰۳۵	۰/۰۴۰	۰/۵۶۳
گروه	۴۰۴۰/۵۵۸	۱۱	۴۰۴۰/۵۵۸	۱/۸۷۳	۰/۰۰۱	۰/۰۹۸	۰/۹۲۷
خطا	۳۷۰۹۵/۱۹۸	۱۱	۳۴۰/۳۲۳				

به منظور بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین خشونت خانگی گروه خانواده های مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن نسبت به گروه خانواده های سالم کمتر است. همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین خشونت در خانواده های مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن و سالم شهر بروجن تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون شاپیروویلیک نشان داد که نمرات خشونت در خانواده های مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن و سالم شهر بروجن نرمال است. همچنین یافته ها نشان داد واریانس خشونت در خانواده های مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن و سالم شهر بروجن با هم تفاوت معنادار ندارند. از بین متغیرهای دموگرافیک وارد شده (نوع جنسیت فرزند، سن فرزند، سن پدر، سن مادر، شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، مدت ازدواج زوجین) سن و مدت ازدواج زوجین بر خشونت اثر معناداری داشته است. تفاوت گروه ها در خشونت در دو گروه دارای فرزند بیمار روانی مزمن و زوجین دارای فرزند سالم معنادار است ($p < 0/05$). توان آماری خشونت معادل ۰/۹۲۳، که نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه گیری است. همچنین ضریب اتا نشان داد که مزمن بودن بیماری روانی ۹/۶۲٪ از تغییرات خشونت را تبیین می کند. میانگین خشونت در زوجین دارای فرزند سالم بیشتر از زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش مبنی بر تعیین تفاوت میزان انطباق پذیری و خشونت خانگی در خانواده های مبتلا به فرزندان بیمار روانی مزمن و عادی شهر بروجن، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش در زمینه انطباق پذیری در بین خانواده های دارای بیمار روانی مزمن با نتایج سایر

پژوهش‌ها همسو است از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش میلیکا و همکاران (۲۰۱۱) اشاره کرد که نشان دادند در بین خانواده‌های با کودک روانی انسجام و انطباق‌پذیری خانواده بطور معناداری بالاتر است اما انطباق‌پذیری در این خانواده‌ها با خانواده‌های دارای کودک سالم شبیه است و نیز با پژوهش بابایی (۱۳۹۳) که نشان داد همبستگی و انعطاف‌پذیری با کارکرد خانواده ارتباط مستقیمی داشته و بهبودی در یکی از متغیرها پیشرفت و بهبودی در دیگر متغیرها را موجب می‌شود، حمایت خانواده می‌تواند در بهبود سلامت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر بوده و نقش مهمی در پیشگیری از تشدید علائم روان‌پریشی و بهبود روابط خانوادگی داشته باشد همسو بوده است.

فرضیه اول مبنی بر اینکه در میزان انطباق‌پذیری خانواده‌های مبتلا به فرزندان بیمار روانی مزمن وعادی تفاوت معناداری وجود دارد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که انسجام بی‌قید و بند در زوجین دارای فرزند سالم بیشتر از زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن است و میانگین بعد انطباق‌پذیری متوازن زوجین دارای فرزند بیمار روانی مزمن بیشتر از زوجین دارای فرزند سالم است. خانواده‌ها و زوج‌هایی که انطباق‌پذیری لازم را دارند می‌توانند در هر جهتی که موقعیت، مرحله چرخه زندگی و یا جامعه‌پذیری ایجاب می‌کند، حرکت کنند و نیز اگر خانواده‌ها سطح متناسبی از پیوستگی، انطباق‌پذیری و ارتباطات را در روابط خود داشته باشند، می‌توانند در مواجهه با مشکلات، عملکرد مناسبی را نشان دهند (خجسته فر، عباسپور و رجبی، ۱۳۸۷). جی هیلی (۱۹۵۲) شاخص خانواده‌هایی که از انطباق‌پذیری برخوردارند را انعطاف‌پذیری در روابط اعضا با یکدیگر در روابط با خارج از خانواده می‌داند، اعضا نباید با یکدیگر رابطه‌ی خشک و بی‌روح داشته باشند والدین نفوذپذیر باید فرصت روابط مناسب را به فرزندان و اعضای خانواده بدهند، حل مسایل یعنی که در صورت بروز مشکل خانواده بتواند با هم فکری و مشورت مشکل را حل کند و عبور طبیعی از مراحل زندگی، یعنی گذشتن از مراحل مختلف زندگی بدون بحران و استرس نشانگر سلامت خانواده است و اگر هر فرد بصورت درست و اصولی به نقش وظایف و مسئولیت خود در قبال سایر اعضا عمل کند آرامش و تعادل بر خانواده حاکم می‌شود (به نقل از: یعقوبی دوست و عنایت، ۱۳۹۳).

فرضیه دوم مبنی بر اینکه بین خشونت خانواده‌های مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن و سالم تفاوت معناداری وجود دارد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که میانگین خشونت گروه خانواده‌های مبتلا به فرزند بیمار روانی مزمن نسبت به گروه خانواده‌های سالم کمتر است. نتایج این پژوهش در زمینه خشونت خانگی با نتایج پژوهش پوروحد و امیری مجد (۱۳۹۶) که نشان داد بین مشکلات روانی مادر و خشونت خانگی با مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و می‌توان از طریق مشکلات روانی مادر و خشونت خانگی، مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی کرد همسو نبوده است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان به این موضوع اشاره کرد که براساس دیدگاه سیستمی، خانواده در برابر بیماری نقش اساسی ایفا می‌کند و خود نیز بعنوان یک کل، تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد. بوئن مبدع نظریه نظام‌های خانواده است او خانواده را یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم تنیده می‌پندارد. رویکرد او بر این فرض استوار است که الگوی روابط میان فردی قابل پیش‌بینی عملکرد اعضای خانواده را در بین آنها مرتبط می‌کند. بوئن معتقد بود که بسیاری از رفتارهای بشر منبعث از فراز و نشیب‌های زندگی خانوادگی و کسب و قوس‌های همزمان میان اعضای خانواده برسر دوری از یکدیگر و درعین حال باهم بودن است (گلدنبرگ، ۲۰۱۴). با توجه به این نظریه این خانواده‌ها بدلیل وجود عضو بیمار در خانواده از نظر عاطفی بسیار بهم وابسته شده و روابط بهتری با یکدیگر دارند به نحوی که خشونت خانگی در این قشر کمتر اتفاق می‌افتد. این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی رو برو بوده است که می‌توان گفت با توجه به اینکه تحقیق حاضر بر روی خانواده‌های سالم و خانواده‌های دارای فرزند بیمار روانی شهر بروجن اجرا شده و نتایج محدود به نمونه پژوهش است لذا تعمیم آن به سایر اقشار باید با احتیاط صورت گیرد. عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار مانند سن، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در مجموع پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی مشابه مبتنی بر ابزارهای دیگر مثل مصاحبه و مشاهده با موضوع انطباق‌پذیری و انسجام خانواده انجام گردد و عوامل مؤثر بر انطباق‌پذیری و خشونت خانگی با سایر روش‌های پژوهشی بررسی گردد. به منظور کاربردی کردن این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد دوره‌های آموزشی برای خانواده‌ها ترتیب داده شود تا با بهره‌گیری از روش‌های مناسب مهارت‌های انطباق‌پذیری را به خانواده‌ها آموزش داده تا بتوان انسجام را در خانواده‌ها افزایش داد. همچنین ترتیبی اتخاذ شود که متولیان مراکز آموزشی و درمانی با کار آموزشی و علمی پایه‌ای و تخصصی، ضمن برگزاری کارگاه‌های آموزشی عوامل ایجاد خشونت را در خانواده‌ها شناسایی نموده و کمک نمایند تا با آموزش روش‌های مناسب آنها را کاهش دهند.

منابع

- ایزدبار، ع.، محمدپور، ه.، و پناهی شهری، م. (۱۳۹۲). مقایسه اختلالات رفتاری مادران عقب مانده آموزش پذیر ذهنی با مادران کودکان عادی. *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، ۲۱، ۲۷-۴۵.
- باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۹۱). مقایسه و انعطاف پذیری خانواده دارای عضو بیمار مبتلا به ایدز با خانواده های جمعیت عمومی، پایان نامه کارشناسی ارشد. پاكنهاده، م. ر.، شرفی، م.، دانشیان، م.، عطااللهی، م. ر.، پاكنهاده، م. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی و سلامت ذهنی. *مجله علوم زیستی و شیمیایی*، ۷ (۱) ۷۹۶-۸۰۲.
- پور واحد، آ.، و امیری مجد، م. (۱۳۹۶). رابطه مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی. *مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، ۴، ۲، ۱۱۰ تا ۱۱۷.
- خان محمدی، ا.، (۱۳۹۳). رابطه بین هوش هیجانی و سلامت عمومی جوانان بزهکار و نرمال. *میسور خدابخش کولایی*، آ.، محمدبیگی، م.، و بهاری، ف. (۱۳۹۵). رابطه دل بستگی به خدا با تاب آوری و سلامت روان والدین کودکان با نیازهای ویژه. *پژوهش در دین و سلامت*، ۴، ۲، ۱۴-۷.
- خدادادی، ج.، اعتمادی، ا.، و علوی کاموسی، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود سلامت روان دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۴، ۲، ۱۳۰-۱۱۹.
- خجسته فر، عباسپور، ذ.، و رجبی، غ. ر. (۱۳۸۷). مقایسه پیوستگی، انطباق پذیری، سطح ارتباط و رضایت زناشویی در متأهلین پرگذشت و کم گذشت اداره های دولتی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۳، ۱، ۱۷۹-۱۹۴.
- گلدنبرگ، ا.، و گلدنبرگ، ه. (۱۳۹۸). *خانواده درمانی*. ترجمه فیروزبخت مهرداد.
- راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-۵. (۱۳۹۳). *انجمن روانپزشکی آمریکا*، ترجمه رضاعی فرزین.
- نصراصفهانی، م. (۱۳۹۴). مقایسه کیفیت زندگی، سلامت روان و انسجام خانواده در شاغلین اقماری و غیر اقماری، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- یعقوبی دوست، م.، و عنایت، ح. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین شیوه های فرزند پروری والدین با خشونت خانگی نسبت به فرزندان در شهر اهواز. *پژوهش های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*، ۳، ۸، ۶۱ تا ۷۸.
- Alves & et al. (2019). Evolution and Analysis of Cultural and Cognitive Factors Related With Domestic Violence Against women *Journal of Interpersonal Violence*. 34 (3): 621-641.
- Childress & Jiviya & Capbel (2018). Women's strategies for coping with the impacts of domestic violence in Kyrgyzstan: A grounded theory study. *Social Work in Health Care*. 57 (3): 164-189.
- Edalati, A., & Redzuan, M. R. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *nal of American science*, 6(4), 132-137.
- Emerson, E., & Llewellyn, G. (2008). The mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(1), 53-9. doi: 10.1111/j.1753 6405.2008.00166.x
- Gau, S. S. F., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., & Wu, Y. Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263-270
- Milica, J. Mandic, M. Gordan, G. Zvezdana, S. Milan, D. Aleksander, E. Szija, K. 2011. The characteristics of family functioning with mentally ill children and adolescent.
- World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: WHO, 2003; 2-8.
- Zembar, R., & Yıldız, D. (2010). A comparison of acceptance and hopelessness levels of disabled preschool children's mothers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1457-1461.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی