



Comparison of Problem-Solving Styles, Psychological Hardiness, General Health and Marital Satisfaction Between Parents of Children with and without Cerebral Palsy

Zahra Nejat Zadegan Eidgahi¹, Seyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei^{2*}, Seyed Ruhollah Hosseini³

Abstract

The study aimed to compare problem-solving styles, psychological hardiness, general health, and marital satisfaction between parents of children with and without cerebral palsy (CP). The research design was descriptive-causal-comparative, and the study population consisted of fathers and mothers of children with CP and fathers and mothers of children without CP, matched on demographic characteristics. The sample comprised 89 participants (30 mothers and 20 fathers with healthy children, and 20 mothers and 19 fathers with a child with CP) selected through convenience sampling. The instruments included the Cassidy and Long Problem-Solving Styles Questionnaire (1996), the Kobasa Psychological Hardiness Questionnaire (1992), the Goldberg General Health Questionnaire, and the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using inferential tests, including one-way ANOVA and the Kruskal–Wallis’s test. Findings indicated no significant differences between groups in overall problem-solving style and total marital satisfaction scores, although descriptive analysis of marital satisfaction subscales revealed different patterns across some dimensions. In contrast, significant differences emerged in psychological hardiness and general health, with parents of healthy children—particularly in the commitment and control dimensions of hardiness and in general health indicators—showing more favorable outcomes than parents of children with CP. These results suggest that having a child with special needs can affect the psychological adjustment and overall, well-being of parents, particularly mothers, and highlight the need for enhanced psychological and social support for such families

Keywords: Cerebral Palsy Children, General Health, Marital Satisfaction, Problem Solving Styles, Psychological Hardiness.

Submission: 2 March 2025

Revised: 16 November 2025

Acceptance: 23 November 2025

1. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2. **Corresponding author:** Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: rasool1340@um.ac.ir

3. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.



مقایسه سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی و رضامندی زناشویی بین والدین کودکان با و بدون فلج مغزی

زهره نجات زادگان عیدگاهی^۱، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی^{۲*}، سید روح‌الله حسینی^۳

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه‌ی سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی و رضامندی زناشویی بین والدین کودکان با و بدون فلج مغزی انجام شد. طرح پژوهش از نوع توصیفی - علی‌مقایسه‌ای بود و جامعه‌ی آماری شامل پدران و مادران دارای فرزند فلج مغزی و پدران و مادران دارای فرزند سالم بود که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند. حجم نمونه ۸۹ نفر بود (۳۰ مادر و ۲۰ پدر دارای کودک سالم و ۲۰ مادر و ۱۹ پدر دارای کودک فلج مغزی) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سبک‌های حل مسئله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶)، پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا (۱۹۹۲)، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های استنباطی شامل تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون کروسکال-والیس تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌ها در نمره‌ی کل سبک‌های حل مسئله و رضامندی زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد، هرچند بررسی توصیفی خرده‌مقیاس‌های رضامندی زناشویی الگوهای متفاوتی را در برخی ابعاد نشان داد. در مقابل، در متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و سلامت عمومی تفاوت معنادار مشاهده شد؛ به‌طوری‌که والدین کودکان سالم، به‌ویژه در ابعاد تعهد و کنترل سرسختی روان‌شناختی و نیز در شاخص‌های سلامت عمومی، وضعیت مطلوب‌تری نسبت به والدین کودکان فلج مغزی داشتند. این نتایج نشان می‌دهد که داشتن فرزند با نیازهای ویژه می‌تواند بر سازگاری روان‌شناختی و سلامت کلی والدین، به‌ویژه مادران، اثرگذار باشد و بر ضرورت ارائه‌ی حمایت‌های روانی و اجتماعی به این خانواده‌ها تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: رضامندی زناشویی، سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی، کودکان فلج مغزی

تاریخ پذیرش: ۲ آذر ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲۵ آبان ۱۴۰۴

تاریخ دریافت: ۱۲ اسفند ۱۴۰۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: rasool1340@um.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

فلج مغزی^۱ به عنوان یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی حرکتی در کودکان، ناشی از آسیب به مغز در حال رشد است که منجر به اختلالات حرکتی، هماهنگی عضلانی و در برخی موارد، مشکلات شناختی می‌شود. این بیماری غیرپیشرونده است، اما تأثیرات بلندمدت آن بر کیفیت زندگی بیمار و خانواده، نیازمند مراقبت‌های پیوسته و چندوجهی است (جورج و متیو^۲، ۲۰۲۴؛ ویتربکاس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). بنا به گزارش مک اینتیر^۴ و همکاران (۲۰۲۲) شیوع فلج مغزی در سراسر جهان تقریباً ۲ تا ۳ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است و تاکنون پژوهش شیوع‌شناسانه جدیدتری صورت نپذیرفته است. اگرچه این رقم ممکن است بسته به مناطق جغرافیایی و سطح دسترسی به خدمات بهداشتی متفاوت باشد، به‌طور کلی این آمار جهانی در اکثر کشورها ثابت است. به عنوان مثال، در کشورهای توسعه‌یافته، به دلیل دسترسی به مراقبت‌های پزشکی پیشرفته، تشخیص زودهنگام و مراقبت‌های پس از تولد، شیوع این بیماری بهتر مدیریت می‌شود (مک اینتیر و همکاران، ۲۰۲۲). در ایران، آماری دقیق و رسمی در سطح ملی برای شیوع فلج مغزی موجود نیست، اما برخی مطالعات منطقه‌ای نشان می‌دهند که این بیماری در حدود ۱ تا ۳ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده تخمین زده می‌شود. این رقم، مشابه آمار جهانی است و نشان می‌دهد که فلج مغزی همچنان یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی حرکتی در کودکان است (حیدریان^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). عواملی مانند عدم مراقبت مناسب در دوران بارداری، زایمان‌های دشوار و محدودیت‌های دسترسی به خدمات پیشگیری و درمانی در برخی مناطق روستایی و کم‌برخوردار می‌توانند بر شیوع این بیماری تأثیرگذار باشند (بشاران^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). فلج مغزی به‌طور کلی به چهار نوع اصلی تقسیم می‌شود: فلج اسپاستیک^۷ که رایج‌ترین نوع است و تقریباً ۸۰ درصد از موارد فلج مغزی را تشکیل می‌دهد، فلج آتاکسیک^۸، فلج دیس‌کینتیک^۹ و نوع مختلط^{۱۰} که ترکیبی از علائم دو یا چند نوع دیگر است. نوع و شدت این بیماری می‌تواند بر کیفیت زندگی و نیازهای مراقبتی بیمار تأثیر زیادی داشته باشد (سادوسکا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). فلج مغزی نه تنها یک مشکل جسمی بلکه یک چالش بزرگ برای خانواده‌ها است، زیرا نیاز به مراقبت‌های مادام‌العمر، درمان و نیز حمایت‌های مالی و روانی دارد. فشارهای عاطفی و مالی بر والدین، به ویژه مادران که نقش بیشتری در مراقبت‌های روزانه دارند، اغلب به بروز مشکلات روان‌شناختی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی منجر می‌شود. این امر اهمیت پرداختن به مسائلی همچون حمایت‌های روانی و اجتماعی برای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به فلج مغزی را دوچندان می‌کند (اسمیت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که والدین، به ویژه مادران، کودکان مبتلا به فلج مغزی سطوح بالاتری از فشار روانی و اضطراب را نسبت به والدین کودکان سالم تجربه می‌کنند (دالمینی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). این فشارها می‌توانند به کاهش کیفیت زندگی والدین منجر شده و در نهایت بر عملکرد خانواده و رفاه کلی آن‌ها تأثیر منفی بگذارند. مطالعات مشابه (مینام^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که والدین کودکان با نیازهای خاص، بیشتر در معرض خطر بروز مشکلات روانی مانند افسردگی و استرس مزمن هستند.

1. Cerebral Palsy - CP
2. George & Mathew
3. Vitrikas
4. McIntyre
5. Heydarian
6. Başaran
7. Spastic CP
8. Ataxic CP
9. Dyskinetic CP
10. Mixed CP
11. Sadowska
12. Smith
13. Dlamini
14. Mwinbam

یکی از جنبه‌های مهم زندگی والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی، تأثیر این اختلال بر روابط زناشویی است. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که ناراضی‌ت زناشویی^۱ و کاهش کیفیت روابط بین همسران در این خانواده‌ها به دلیل فشارهای مراقبتی بیشتر است (فريتز^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). استرس‌های مالی، احساسی و جسمانی که به واسطه مراقبت‌های دائمی و نگرانی‌های مربوط به آینده کودک ایجاد می‌شود، می‌تواند روابط بین همسران را دچار تنش کند. رضایت زناشویی یکی از عوامل کلیدی در حفظ سلامت روانی والدین است و کاهش آن می‌تواند به بروز اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی منجر شود (سانکومبو^۳، ۲۰۲۲).

سرسختی روان‌شناختی^۴ و سبک‌های حل مسئله^۵ می‌توانند دو عامل مهم در چگونگی مقابله والدین با چالش‌های مرتبط با مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی باشند. سرسختی روان‌شناختی که شامل تعهد، کنترل و چالش‌پذیری است، می‌تواند به والدین کمک کند تا رویدادهای استرس‌زا را به عنوان فرصتی برای رشد شخصی ببینند و نه تهدیدی برای سلامت روان (اروز^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افرادی که دارای سطوح بالای سرسختی روان‌شناختی هستند، بهتر قادر به مقابله با استرس‌ها و مشکلات زندگی هستند و کمتر به اختلالات روانی دچار می‌شوند (رضوان^۷ و همکاران، ۲۰۲۱).

در عین حال، سبک‌های حل مسئله نقش مهمی در چگونگی مدیریت تنش‌های ناشی از مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی دارند. سبک‌های حل مسئله می‌توانند به شیوه‌های سازنده (مانند خلاقیت^۸، اعتمادبه‌نفس در حل مشکلات^۹ و گرایش به مقابله^{۱۰}) و غیرسازنده (مانند درماندگی^{۱۱} و اجتناب^{۱۲}) تقسیم شوند (هپنر^{۱۳} و همکاران، ۱۹۸۲). پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که والدینی که از سبک‌های حل مسئله سازنده استفاده می‌کنند، سطح استرس کمتری تجربه می‌کنند و سلامت روانی بهتری دارند (خدادادی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). در مقابل، والدینی که به شیوه‌های غیرسازنده روی می‌آورند، معمولاً مشکلات بیشتری در زمینه سلامت روان و روابط خانوادگی دارند (چانگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰).

اگرچه تاکنون پژوهش‌های متعددی به بررسی اثرات فلج مغزی بر مادران پرداخته‌اند، مطالعات کمی تجربه‌های پدران را نیز مورد بررسی قرار داده‌اند. این امر در حالی است که پدران نیز به همان اندازه تحت تأثیر این چالش‌ها قرار می‌گیرند و ممکن است سبک‌های حل مسئله و سرسختی روان‌شناختی متفاوتی نسبت به مادران داشته باشند. ضرورت انجام پژوهش حاضر از چند منظر قابل تبیین است. نخست، این مطالعه به شکافی اساسی در ادبیات پژوهشی پاسخ می‌دهد؛ چرا که تاکنون کمتر پژوهشی به صورت همزمان و مقایسه‌ای به بررسی سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی و رضامندی زناشویی در هر دو گروه والدین — پدران و مادران — کودکان مبتلا به فلج مغزی و والدین کودکان سالم پرداخته است. این رویکرد جامع و دوجبه‌ای، امکان شناسایی الگوهای مشترک و متمایز در عوامل روان‌شناختی و بین‌فردی را فراهم می‌کند که در طراحی مداخلات دقیق و متناسب با نیاز هر گروه نقش کلیدی دارند. دوم، نتایج این پژوهش می‌تواند ابزار قدرتمندی برای متخصصان سلامت روان، درمانگران و سیاست‌گذاران باشد تا برنامه‌های حمایتی و آموزشی را بر پایه شواهد علمی و با در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی و موقعیتی والدین تدوین کنند. سوم، پرداختن به این موضوع نه تنها به ارتقای کیفیت زندگی و کاهش فشار روانی خانواده‌ها منجر می‌شود، بلکه به شکل غیرمستقیم بر

1. Marital Dissatisfaction
2. Fritz
3. Sankombo
4. Psychological Hardiness
5. Problem-Solving Styles
6. Eroz
7. Răzvan
8. Creativity
9. Problem-solving confidence
10. Problem-focused coping
11. Helplessness
12. Avoidance
13. Heppner
14. Khodadadi
15. Chang

بهبود شرایط مراقبتی و توانبخشی کودکان نیز اثرگذار است. از این رو، پژوهش حاضر می‌تواند نقطه عزیمت مهمی برای گسترش رویکردهای جامع‌نگر و خانواده‌محور در حوزه توانبخشی و حمایت روانی-اجتماعی باشد.

این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه دو گروه از والدین، طراحی شده است؛ نخست، مقایسه سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی و رضایت زناشویی بین پدران و مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی؛ و دوم، مقایسه همین متغیرها بین والدین کودکان سالم و والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی علی-مقایسه‌ای^۱ است، زیرا متغیر مستقل (فلج مغزی) قابل دستکاری نیست و هدف پژوهشگر مقایسه متغیرهای مورد نظر بین گروه‌های مختلف است. جامعه آماری پژوهش شامل دو گروه است: پدران و مادران با کودک مبتلا به فلج مغزی و پدران و مادران کودکان سالم که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، شغل، تحصیلات و تعداد فرزندان با گروه اول هم‌تا شده‌اند. نمونه پژوهش شامل والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی که به مراکز کاردرمانی آتیه، کندو، الوند و نشاط در شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ مراجعه کردند و همچنین والدین کودکان سالمی که در دسترس بودند، می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به طرح پژوهش از نرم‌افزار G*Power استفاده شد. بر اساس مطالعات مشابه (مثلاً فریتز و همکاران، ۲۰۲۱؛ خدادادی و همکاران، ۱۴۰۲)، اندازه اثر متوسط ($d = 0.5$)، سطح اطمینان ۹۵٪ ($\alpha = 0.05$) و توان آماری ۸۰٪ ($\beta = 0.2$) در نظر گرفته شد. با توجه به این پارامترها حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر محاسبه شد، اما به دلیل عدم همکاری آزمودنی‌ها، به ویژه پدران، در تکمیل تمام پرسشنامه‌ها، تعداد نهایی نمونه‌ها به ۸۹ نفر کاهش یافت (۳۰ مادر با کودک سالم، ۲۰ پدر با کودک سالم و ۳۹ پدر و مادر دارای کودک فلج مغزی). روش نمونه‌گیری برای هر دو گروه به صورت غیرتصادفی و در دسترس بود و شرکت‌کنندگان از طریق مراکز کاردرمانی و مطب‌های متخصصان مغز و اعصاب اطفال انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به فلج مغزی با تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب، سن کودک زیر ۷ سال و سکونت در مشهد بود. کودکان مبتلا به فلج مغزی نباید همراه با مشکلاتی مانند نابینایی، ناشنوایی، صرع یا اختلالات مزمن دیگر باشند. همچنین والدین این دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن شدند. معیار خروج شامل وجود بیماری‌های همراه با فلج مغزی در کودک، حضور فرد معلول دیگر در خانواده یا عدم رضایت برای شرکت در پژوهش بود.

ابزار

۱. پرسشنامه سبک‌های حل مسئله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶)^۲: این پرسشنامه شامل ۲۴ ماده است که روی یک مقیاس سه‌درجه‌ای (بلی، خیر، نمی‌دانم) درجه‌بندی شده و شش عامل را اندازه‌گیری می‌کند: درماندگی، مهارگری، خلاقیت، اعتماد، اجتناب و گرایش. زیر مقیاس‌های درماندگی، مهارگری و اجتناب به‌عنوان عوامل غیرسازنده و خلاقیت، اعتماد و گرایش به‌عنوان عوامل سازنده حل مسئله شناخته می‌شوند. نمره‌گذاری به این صورت است که برای هر گزینه «بله» نمره ۱ و برای گزینه‌های «خیر» و «نمی‌دانم» نمره ۰ در نظر گرفته می‌شود. نتایج پرسشنامه در سه سطح ضعیف، متوسط و بالا تحلیل می‌گردد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است، به‌طوری‌که ضرایب آلفای کرونباخ برای عوامل آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (کسیدی، ۲۰۰۲). در پژوهش‌های داخلی نیز، ضرایب آلفا بالاتر از ۰/۵۰ بوده و میانگین همبستگی درونی ماده‌ها نشان‌دهنده اعتبار مناسب پرسشنامه است (محمدی و صاحبی، ۱۳۸۰). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا و همکاران (۱۹۹۲)^۳: این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت است که به‌منظور ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن (تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی) طراحی شده است. پاسخ‌ها در چهار سطح «هرگز»، «به‌ندرت»،

1. Causal Comparative

2. Problem Solving Questionnaire

3. Psychological Hardiness Questionnaire

«گاهی اوقات» و «اغلب اوقات» با نمرات ۱ تا ۴ درجه‌بندی می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده سرسختی بیشتر است. اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۱ و برای عوامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است (رسولی و برادران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب ابزار است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

۳. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱: نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است. فرم‌های کوتاه‌شده ۱۲، ۲۸ و ۳۰ سؤالی نیز در پژوهش‌های مختلف استفاده می‌شوند و از نظر روایی و کارایی تأیید شده‌اند. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی که شامل چهار خرده‌مقیاس است، استفاده شده است: علائم جسمانی (سؤالات ۱ تا ۷)، اضطراب و اختلال خواب (سؤالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی شدید (سؤالات ۲۲ تا ۲۸). این پرسشنامه با مقیاس چهارگزینه‌ای (از ۱ تا ۴ امتیاز) به بررسی وضعیت روانی افراد در یک ماه اخیر می‌پردازد. نقطه برش اصلی این ابزار ۲۳ است. پایایی این پرسشنامه به روش دو نیمه کردن توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۹۸) ۰/۹۵ و توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران با روش‌های مختلف بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۲ محاسبه شد که نشان‌دهنده اعتبار بالای آن است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

۴. پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ^۲: این پرسشنامه شامل ۴۷ سؤال به بررسی نه مقیاس مختلف در روابط زناشویی می‌پردازد: مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان و جهت‌گیری عقیدتی. این پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود که نمرات به دو روش محاسبه می‌گردد: نمره کلی رضایت زناشویی و نمرات مقیاس‌های فرعی. اعتبار این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده و در پژوهش‌های مختلف نیز تأیید شده است. در ایران در مطالعه رازقی و همکاران (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله یک هفته ۹۴ درصد به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۴ محاسبه شده که نشان‌دهنده اعتبار بالای این ابزار سنجش است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۳ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

در ابتدا، محققان با همکاری مراکز کاردرمانی آتیه، کندو، الوند و نشاط در شهر مشهد، جلسه‌ای با والدین کودکان فلج مغزی و کودکان سالم برگزار کردند تا درباره‌ی پژوهش و اهداف آن توضیحات کاملی ارائه دهند. در این جلسه، ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه به دقت بررسی شد و به والدین اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش کاملاً رایگان بوده و اطلاعات آن‌ها به‌صورت ناشناس ثبت می‌شود. همچنین، به آن‌ها اعلام شد که مشارکت در این مطالعه هیچ‌گونه مشکلی برای خودشان یا فرزندانشان ایجاد نخواهد کرد. پس از توضیحات و تأکید بر جنبه‌های اخلاقی پژوهش، تعداد ۱۹ پدر و ۲۰ مادر دارای کودک فلج مغزی و همچنین ۲۰ پدر و ۳۰ مادر دارای کودک سالم که به‌ویژه زوج بودند و واجد شرایط لازم بودند، در این پژوهش شرکت کردند. در مرحله دوم، والدین شرکت‌کننده به تکمیل چند پرسشنامه پرداختند. این پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه‌ی سبک‌های حل مسئله‌ی کسیدی و لانگ، پرسشنامه‌ی سرسختی روان‌شناختی کوباسا و همکاران، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ بودند. توزیع این پرسشنامه‌ها به‌وسیله‌ی منشی کاردرمانی یا خود محقق انجام شد تا اطمینان حاصل شود که والدین به‌درستی و با دقت آن‌ها را تکمیل کنند. در نهایت، داده‌های گردآوری‌شده به نرم‌افزار SPSS وارد شدند تا تجزیه و تحلیل‌های آماری لازم انجام گیرد. این مرحله شامل تحلیل‌های توصیفی و استنباطی بود. در این پژوهش علاوه بر استفاده از روش‌های توصیفی برای تجزیه و تحلیل متغیرهای جمعیت شناختی و پژوهشی دو گروه، برای تجزیه و تحلیل و آزمون فرضیه‌های پژوهشی از آزمون‌های استنباطی طرح‌های مستقل از جمله آزمون‌های پارامتریک و غیرپارامتریک استفاده شد.

1. General Health Questionnaire (GHQ-28)

2. Marital Satisfaction Scale

یافته‌ها

در این پژوهش، تعداد ۲۰ مادر و ۱۹ پدر دارای کودک فلج مغزی و همچنین ۳۰ مادر و ۲۰ پدر دارای کودک سالم شرکت کردند. میانگین سنی مادران گروه دارای فرزند فلج مغزی ۳۴ سال و میانگین سنی پدران این گروه ۳۷ سال بود. در گروه دارای فرزندان سالم، میانگین سنی مادران ۳۲ سال و میانگین سنی پدران ۳۸ سال ثبت شد. همچنین، میانگین سنی فرزندان در گروه دارای فرزند فلج مغزی ۴۷ ماه (معادل ۳ سال و ۹ ماه) و برای فرزندان پدران سالم ۳۷ ماه (معادل ۳ سال و ۱ ماه) و مادران سالم ۴۲ ماه (معادل ۳ سال و ۶ ماه) بود. از نظر تحصیلات، ۵۰ درصد مادران گروه دارای فرزند فلج مغزی دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند، در حالی که این رقم برای مادران دارای فرزند سالم فقط ۲۳ درصد بود. در مورد پدران، ۷۸ درصد از پدران گروه دارای فرزند فلج مغزی دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند، در حالی که این عدد در گروه پدران سالم ۹۵ درصد گزارش شد. در زمینه وضعیت شغلی، ۸۵ درصد مادران گروه دارای فرزند فلج مغزی خانه‌دار بودند، در حالی که این میزان برای مادران سالم ۶۰ درصد بود. همچنین، ۳۲ درصد از پدران گروه دارای فرزند فلج مغزی شغل آزاد داشتند، در حالی که این رقم برای پدران سالم ۳۰ درصد بود. نکته‌ی قابل توجه دیگر این است که ۴۰ درصد مادران گروه دارای فرزند فلج مغزی در ازدواج‌های فامیلی بوده‌اند، در حالی که این عدد برای مادران سالم ۱۷ درصد بود. همچنین، ۴۲ درصد از پدران گروه دارای فرزند فلج مغزی دارای ازدواج فامیلی بودند که در مقایسه با ۳۰ درصد پدران سالم رقم بالاتری است. در نهایت، ۳۵ درصد مادران گروه دارای فرزند فلج مغزی در دوران بارداری استرس زیادی، دیابت بارداری و فشار خون بارداری را تجربه کرده‌اند، در حالی که این مقدار برای مادران سالم فقط ۱۰ درصد بود. در ادامه، وضعیت اندام‌های کودکان فلج مغزی نیز بررسی شد که بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده، ۲۰ درصد مادران دارای کودک فلج مغزی از نوع همی‌پلژی، ۴۵ درصد دای‌پلژی، ۲۵ درصد کوآدری‌پلژی و ۱۰ درصد آتاکسی بودند. همچنین، در میان پدران گروه دارای کودک فلج مغزی، ۱۵/۸ درصد همی‌پلژی، ۵۲/۶ درصد دای‌پلژی، ۲۶/۳ درصد کوآدری‌پلژی و ۵/۳ درصد بدون پاسخ بودند. این اطلاعات نشان‌دهنده‌ی توزیع انواع فلج مغزی در بین کودکان تحت مطالعه است.

جدول ۱. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهشی به تفکیک گروه‌ها

ابزار سنجش	متغیر/خرده‌مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
درماندگی		مادر، CP	۲۰	۰/۶۰	۰/۸۲
		پدر، CP	۹	۰/۴۴	۰/۵۳
		مادر، سالم	۱۲	۰/۲۵	۰/۶۲
		پدر، سالم	۲۰	۰/۰۵	۰/۲۲
مهارگری		مادر، CP	۲۰	۱/۱۵	۱/۱۴
		پدر، CP	۹	۱/۴۴	۱/۰۱
		مادر، سالم	۱۲	۰/۹۲	۰/۹۰
		پدر، سالم	۲۰	۱/۱۵	۰/۷۵
سبک‌های حل مسئله		مادر، CP	۲۰	۲/۴۰	۱/۳۱
		پدر، CP	۹	۱/۴۴	۱/۳۳
		مادر، سالم	۱۲	۲/۳۳	۰/۸۹
		پدر، سالم	۲۰	۳/۰۵	۰/۸۳
خلاقیت		مادر، CP	۲۰	۱/۶۵	۱/۳۹
		پدر، CP	۹	۱/۳۳	۱/۳۲
		مادر، سالم	۱۲	۱/۵۰	۱/۲۴
		پدر، سالم	۲۰	۱/۳۳	۱/۳۲
اعتماد		مادر، CP	۹	۱/۳۳	۱/۳۲
		مادر، سالم	۱۲	۱/۵۰	۱/۲۴

۱/۰۴	۲/۳۵	۲۰	پدر، سالم	اجتناب	سرسختی روان‌شناختی
۱/۰۵	۱/۵۰	۲۰	مادر، CP		
۱/۳۲	۲/۰۰	۹	پدر، CP		
۱/۱۵	۱/۶۷	۱۲	مادر، سالم		
۱/۲۳	۱/۴۰	۲۰	پدر، سالم		
۱/۲۱	۲/۷۵	۲۰	مادر، CP		
۳/۹۱	۳/۶۷	۹	پدر، CP		
۱/۰۷	۳/۳۳	۱۲	مادر، سالم		
۰/۸۳	۳/۴۵	۲۰	پدر، سالم		
۳/۸۲	۱۰/۰۵	۲۰	مادر، CP		
۱۷/۷۸	۱۴/۴۴	۹	پدر، CP	کل سرسختی	
۲/۵۶	۱۰/۰۰	۱۲	مادر، سالم		
۲/۳۳	۱۱/۴۵	۲۰	پدر، سالم		
۱۳/۳۱	۳۰/۳۰	۲۰	مادر، CP		
۱۴/۲۰	۲۱/۲۲	۹	پدر، CP	تعهد	
۱۰/۱۷	۱۹/۹۲	۱۲	مادر، سالم		
۸/۱۳	۱۵/۲۰	۲۰	پدر، سالم		
۱۳/۳۱	۳۰/۳۰	۲۰	مادر، CP		
۱۴/۲۰	۲۱/۲۲	۹	پدر، CP	کنترل	
۱۰/۱۷	۱۹/۹۲	۱۲	مادر، سالم		
۸/۱۳	۱۵/۲۰	۲۰	پدر، سالم		
۱۳/۳۱	۳۰/۳۰	۲۰	مادر، CP		
۱۴/۲۰	۲۱/۲۲	۹	پدر، CP	مبارزه‌جویی	
۱۰/۱۷	۱۹/۹۲	۱۲	مادر، سالم		
۸/۱۳	۱۵/۲۰	۲۰	پدر، سالم		
۱۱/۳۴	۵۱/۸۰	۲۰	مادر، CP		
۲۱/۸۴	۵۲/۶۷	۹	پدر، CP	کل سلامت عمومی	
۹/۷۴	۵۶/۲۵	۱۲	مادر، سالم		
۷/۷۲	۶۱/۲۵	۲۰	پدر، سالم		
۴/۲۲	۸/۰۵	۲۰	مادر، CP		
۴/۱۹	۵/۵۶	۹	پدر، CP	علائم جسمانی	سلامت عمومی
۱/۸۷	۵/۶۷	۱۲	مادر، سالم		
۲/۹۵	۳/۷۵	۲۰	پدر، سالم		
۴/۷۰	۹/۰۵	۲۰	مادر، CP		
۳/۲۸	۶/۶۷	۹	پدر، CP	اضطراب و اختلال خواب	
۳/۰۷	۵/۰۰	۱۲	مادر، سالم		

مقایسه سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی و رضامندی زناشویی بین والدین کودکان با و بدون فلج مغزی

زهرا نجات زادگان عیدگاهی، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی و سید روح‌الله حسینی

۳/۴۱	۴/۴۰	۲۰	پدر، سالم	اختلال در کارکرد اجتماعی	رضامندی زناشویی
۳/۱۲	۷/۹۵	۲۰	مادر، CP		
۳/۳۵	۷/۰۰	۹	پدر، CP		
۳/۳۷	۶/۵۰	۱۲	مادر، سالم		
۱/۷۱	۵/۷۵	۲۰	پدر، سالم		
۴/۵۲	۵/۲۵	۲۰	مادر، CP	افسردگی شدید	
۶/۵۱	۶/۱۱	۹	پدر، CP		
۳/۵۵	۲/۷۵	۱۲	مادر، سالم		
۲/۸۳	۱/۳۰	۲۰	پدر، سالم		
۲۰/۲۸	۱۵۷/۹۰	۲۰	مادر، CP		
۴۹/۰۱	۱۵۷/۵۶	۹	پدر، CP	کل رضایت زناشویی	
۲۸/۸۸	۱۵۷/۱۷	۱۲	مادر، سالم		
۲۲/۷۴	۱۷۲/۷۰	۲۰	پدر، سالم		
۴/۱۲	۱۶/۱۰	۲۰	مادر، CP		
۴/۰۲	۱۸/۲۲	۹	پدر، CP	مسائل شخصیتی	
۵/۲۰	۱۵/۸۳	۱۲	مادر، سالم		
۳/۴۲	۱۸/۳۰	۲۰	پدر، سالم		
۴/۴۷	۱۵/۴۰	۲۰	مادر، CP		
۴/۶۱	۱۹/۳۳	۹	پدر، CP	ارتباط زناشویی	
۴/۶۳	۱۶/۱۷	۱۲	مادر، سالم		
۳/۱۹	۱۸/۵۵	۲۰	پدر، سالم		
۲/۸۷	۱۵/۶۰	۲۰	مادر، CP		
۴/۸۰	۱۷/۵۶	۹	پدر، CP	حل تعارض	
۲/۸۱	۱۵/۹۲	۱۲	مادر، سالم		
۳/۰۹	۱۶/۹۵	۲۰	پدر، سالم		
۳/۳۶	۱۷/۰۵	۲۰	مادر، CP		
۳/۵۰	۱۸/۵۶	۹	پدر، CP	نظارت مالی	
۳/۰۶	۱۷/۵۸	۱۲	مادر، سالم		
۲/۷۴	۱۹/۰۵	۲۰	پدر، سالم		
۲/۸۷	۱۷/۰۵	۲۰	مادر، CP		
۳/۰۰	۱۶/۶۷	۹	پدر، CP	فعالیت‌های اوقات فراغت	
۳/۵۵	۱۵/۶۷	۱۲	مادر، سالم		
۳/۱۰	۱۸/۳۵	۲۰	پدر، سالم		
۳/۳۰	۱۷/۳۵	۲۰	مادر، CP		
۳/۱۲	۱۸/۰۰	۹	پدر، CP	روابط جنسی	
۴/۲۹	۱۵/۵۸	۱۲	مادر، سالم		

۲/۶۰	۱۷/۶۰	۲۰	پدر، سالم	ازدواج و فرزندان	
۳/۸۸	۱۷/۱۰	۲۰	مادر، CP		
۲/۸۳	۱۸/۴۴	۹	پدر، CP		
۲/۴۸	۱۷/۱۷	۱۲	مادر، سالم		
۲/۹۷	۱۸/۹۰	۲۰	پدر، سالم		
۳/۹۰	۱۷/۲۰	۲۰	مادر، CP	بستگان و دوستان	
۳/۳۲	۱۷/۶۷	۹	پدر، CP		
۱/۷۵	۱۸/۱۷	۱۲	مادر، سالم		
۳/۳۴	۱۸/۲۵	۲۰	پدر، سالم		
۴/۴۲	۱۴/۱۵	۲۰	مادر، CP		
۴۹/۷۵	۳۱/۷۸	۹	پدر، CP	جهت گیری عقیدتی	
۴/۷۰	۱۴/۴۲	۱۲	مادر، سالم		
۳/۷۴	۱۴/۹۰	۲۰	پدر، سالم		

برای تجزیه و تحلیل فرضیه با توجه به وجود دو گروه مستقل و چهار متغیر وابسته فاصله‌ای، از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. در ابتدا، مفروضه‌های مدل بررسی شدند. نتایج نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که ضریب چولگی متغیرها در گروه‌ها بین ۱- و ۱+ قرار دارد که به نرمال بودن توزیع داده‌ها اشاره دارد. همچنین، نتایج آزمون M باکس برای برابری همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس با آماره F برابر با ۰/۹۳ و سطح معناداری ۰/۶، حاکی از وجود همگنی در ماتریس واریانس و کوواریانس است. با این حال، بررسی نتایج آزمون همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته نشان داد که فقط در متغیر حل مسئله (با $F=3/10$ و $p=0/03$) همگنی واریانس‌ها وجود ندارد و سه متغیر دیگر (سرسختی با $p=0/23$ ، سلامت عمومی با $p=0/11$ و رضایت زناشویی با $p=0/43$) همگن هستند. به همین دلیل، از آزمون غیرپارامتریک تحلیل واریانس رتبه‌ای کروسکال والیس برای تحلیل داده‌های متغیر حل مسئله و سه متغیر دیگر از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، سطح معناداری برابر با ۰/۶۱ به دست آمد که از آستانه خطای متعارف ($\alpha = 0/05$) بزرگ‌تر است. بنابراین، بین گروه‌ها تفاوت معناداری در این متغیر وجود نداشته است. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب ای‌تا (η^2)
رضامندی زناشویی	بین گروه‌ها	۴۸۶۸/۹۸	۳	۱۶۲۲/۹۹	۲/۵۹	۰/۰۶	۰/۰۸
	درون گروه‌ها	۵۳۳۵۶/۲۰	۸۵	۶۲۶/۵۴			
	کل	۵۸۱۲۵/۱۹	۸۸				
سرسختی روان‌شناختی	بین گروه‌ها	۱۰۳۶/۳۷	۳	۳۴۵/۴۵	۲/۸۷	۰/۰۴	۰/۰۹
	درون گروه‌ها	۱۰۲۱۱/۶۰	۸۵	۱۲۰/۱۳			
	کل	۱۱۲۴۷/۹۸	۸۸				
سلامت عمومی	بین گروه‌ها	۲۳۹۰/۰۸	۳	۷۶۳/۳۶	۵/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۱۶
	درون گروه‌ها	۱۱۶۷۲/۰۳	۸۵	۱۳۷/۳۲			
	کل	۱۳۹۶۲/۱۱	۸۸				

مقایسه سبک‌های حل مسئله، سرسختی روان‌شناختی، سلامت عمومی و رضامندی زناشویی بین والدین کودکان با و بدون فلج مغزی

زهرا نجات زادگان عیدگاهی، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی و سید روح‌الله حسینی

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت میانگین نمرات رضامندی زناشویی بین گروه‌ها از نظر آماری معنادار نبود ($F(3,85)=2/59, p=0/06$). بنابراین فرضیه پژوهش در این بُعد تأیید نشد. در مقابل، برای متغیر سرسختی روان‌شناختی ($F(3,85)=2/87, p=0/04, \eta^2=0/09$) و سلامت عمومی ($F(3,85)=5/56, p=0/002, \eta^2=0/16$)، تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد بررسی مشاهده شد. این یافته‌ها بیانگر آن است که میان گروه‌ها تفاوت معنادار در سطح سرسختی روان‌شناختی و سلامت عمومی همراه بوده، اما در رضامندی زناشویی تفاوت معناداری وجود نداشته است. به منظور مشخص کردن اینکه تفاوت‌ها میان کدام گروه‌ها رخ داده است، در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی

متغیر	گروه‌های مقایسه‌شده	تفاوت میانگین	مقدار p	نتیجه
رضایت زناشویی	مادر، پدر، CP	۲/۴۵	۰/۰۶	تفاوت معنادار نیست
سرسختی روان‌شناختی	مادر، پدر، CP - سالم	۴/۱۲	۰/۰۴	معنادار
	مادر، پدر، CP - سالم	۱/۹۸	۰/۳۵	غیرمعنادار
	پدر، CP - مادر، سالم	۱/۶۷	۰/۴۱	غیرمعنادار
	پدر، CP - پدر، سالم	-۰/۴۷	۰/۹۸	غیرمعنادار
	مادر، سالم - پدر، سالم	-۲/۱۴	۰/۲۸	غیرمعنادار
	مادر، پدر، CP	۶/۲۳	۰/۰۱	معنادار
سلامت عمومی	مادر، پدر، CP - سالم	۸/۹۱	۰/۰۰۱	معنادار
	مادر، پدر، CP - سالم	۱۰/۴۵	۰/۰۰	معنادار
	پدر، CP - مادر، سالم	۲/۶۸	۰/۲۱	غیرمعنادار
	پدر، CP - پدر، سالم	۴/۲۲	۰/۰۴	معنادار
	مادر، سالم - پدر، سالم	۱/۵۴	۰/۵۶	غیرمعنادار
	مادر، پدر، CP	۶/۲۳	۰/۰۱	معنادار

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که تفاوت بین گروه‌ها در متغیر رضایت زناشویی معنادار نبود ($p=0/06$) و بنابراین نیازی به اجرای آزمون تعقیبی برای این متغیر وجود نداشت. در متغیر سرسختی روان‌شناختی، یافته‌ها حاکی از آن بود که اختلاف میانگین بین گروه مادر دارای فلج مغزی و مادر سالم از نظر آماری معنادار است ($p \leq 0/05$). در حالی که سایر مقایسه‌های زوجی در این متغیر به تفاوت معناداری منجر نشد. در رابطه با متغیر سلامت عمومی، نتایج نشان داد که گروه مادر دارای فلج مغزی به طور معناداری از هر سه گروه دیگر، یعنی پدر دارای فلج مغزی، مادر سالم و پدر سالم متمایز است ($p \leq 0/05$). علاوه بر این، یک تفاوت معنادار دیگر نیز بین گروه پدر دارای فلج مغزی و گروه پدر سالم مشاهده شد ($p \leq 0/05$). در مجموع، این یافته‌ها بیانگر آن است که بیشترین میزان تفاوت بین گروه‌ها در متغیر سلامت عمومی و پس از آن در متغیر سرسختی روان‌شناختی ظاهر شده است، در حالی که در زمینه رضایت زناشویی، گروه‌های مورد مطالعه مشابه یکدیگر بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که سبک‌های حل مسئله بین والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان سالم تفاوت معناداری ندارد که ناهمسو با یافته‌های برخی تحقیقات پیشین (کارگر و ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۴؛ قدرتی و همکاران، ۱۳۹۳؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۵) است. پژوهش قدرتی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد رضایت زناشویی و سبک‌های حل مسئله، سلامت روانی والدین کودکان اتیسم را بهبود می‌بخشد؛ بشارت و همکاران (۱۳۸۵) تأکید کردند سبک‌های مقابله کارآمد با افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روانی همراه است، در حالی که سبک‌های ناکارآمد اثر معکوس دارند و کارگر و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند مادران کودکان استثنایی با کاهش سازگاری زناشویی و استفاده از سبک‌های ناکارآمد حل مسئله مواجه‌اند. تبیین این یافته می‌تواند به عواملی همچون تأثیر فرهنگ و ضعف پرسشنامه برگردد؛ همانطور که جی و همکاران (۲۰۲۲) اشاره می‌کنند به نظر می‌رسد سبک‌های حل مسئله تا حد زیادی تحت تأثیر فرهنگ قرار دارند. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان ممکن است بیشتر بازتاب‌دهنده الگوها و قالب‌های فکری و فرهنگی غالب باشد تا سبک‌های واقعی حل مسئله. همچنین، والدین هر دو گروه با چالش‌های مشابهی مانند مسائل مالی، تحصیلات فرزندان و فشارهای شغلی مواجه‌اند که ممکن است آن‌ها را به استفاده از سبک‌های حل مسئله مشابه سوق دهد. دغدغه‌های مشترک در این زمینه‌ها

می‌تواند تأثیر قوی‌تری نسبت به تفاوت‌های فردی مرتبط با داشتن فرزند فلج مغزی داشته باشد. همچنین، ممکن است عوامل بیرونی و غیرقابل کنترل، مانند شرایط اجتماعی و اقتصادی، بر نتایج اثر گذاشته و موجب شود که یافته‌های این پژوهش با برخی مطالعات پیشین همسو نباشد. این موضوع نشان می‌دهد که سبک‌های حل مسئله می‌توانند تحت تأثیر متغیرهای گسترده‌تری از جمله عوامل محیطی و فرهنگی قرار گیرند و نه صرفاً ویژگی‌های فردی والدین.

همچنین نتایج نشان داد که سرسختی روان‌شناختی والدین کودکان سالم و والدین کودکان فلج مغزی در برخی از ابعاد تفاوت معناداری دارد. در دو مؤلفه تعهد و کنترل، پدران نسبت به مادران، به ویژه در خانواده‌های دارای کودک فلج مغزی، سرسخت‌تر بودند، اما در مؤلفه مبارزه‌جویی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین (آرورا و همکاران، ۲۰۲۳؛ دانست، ۲۰۲۱؛ ابوترابی زارچی و همکاران، ۱۳۹۵) همسو هستند. سرسختی روان‌شناختی به توانایی مقابله با استرس و نامایمات اشاره دارد و شامل سه بعد تعهد، کنترل و چالش می‌شود. این ابعاد به افراد کمک می‌کنند تا با حفظ انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری در مواجهه با مشکلات، همچنان خوش‌بین بمانند (لین و همکاران، ۲۰۱۷). در والدین کودکان فلج مغزی، عوامل متعددی مانند استرس‌های روانی، جسمانی و اجتماعی ناشی از مراقبت مستمر و نگرانی از آینده، تأثیر منفی بر میزان تعهد و کنترل گذاشته است. این والدین غالباً به دلیل بار سنگین مسئولیت و نیازهای ویژه فرزندشان، در درازمدت کنترل خود را از دست داده و تعهداتشان نسبت به نقش‌های والدگری کاهش می‌یابد (گویامرس و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، والدین کودکان سالم، با وجود چالش‌های والدگری، فشار کمتری تجربه کرده و به دلیل عدم مواجهه با استرس‌های شدید، بهتر می‌توانند موقعیت‌ها را کنترل کرده و به نقش‌هایشان متعهد بمانند. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که حضور یک کودک با نیازهای ویژه، به‌ویژه فلج مغزی، می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سازگاری روانی والدین، به‌ویژه مادران، داشته باشد.

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که سلامت عمومی والدین کودکان سالم به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان فلج مغزی است. با توجه به مقیاس سلامت روان که نمره کمتر نشان‌دهنده سلامت بیشتر است، والدین کودکان سالم وضعیت بهتری دارند و در بین والدین کودکان فلج مغزی نیز، پدران از سلامت عمومی بیشتری نسبت به مادران برخوردارند. این یافته با تحقیقات پیشین (حوایی و همکاران، ۱۳۹۴؛ فریتز و همکاران، ۲۰۲۰؛ برتو و همکاران، ۲۰۲۰) همسو است. سلامت عمومی یک ساختار چندبعدی است که جنبه‌های جسمی، روانی، هیجانی، اجتماعی و معنوی فرد را در بر می‌گیرد و طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت تنها عدم وجود بیماری نیست، بلکه حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (لارسن، ۲۰۲۲). والدین کودکان فلج مغزی به دلیل مواجهه با استرس، اضطراب و مسئولیت‌های بیشتری که برای مراقبت از فرزند خود بر عهده دارند، دچار افت سلامت روان و عمومی می‌شوند. این والدین، به‌ویژه مادران، اغلب به دلیل فشار مراقبت مداوم، تعاملات اجتماعی خود را محدود کرده و از دامنه روابط صمیمانه با دیگران کاسته‌اند که این موضوع به‌نوبه خود بر سلامت روان آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. عدم فرصت کافی برای انجام فعالیت‌های شخصی و تفریحی و درگیری با چالش‌های مداوم مراقبتی باعث شده است که والدین کودکان فلج مغزی در یک چرخه معیوب قرار گیرند که هم سلامت روان و هم سلامت عمومی آنان را کاهش می‌دهد. این چرخه باعث می‌شود توانایی آن‌ها برای انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت بهتر از فرزندانشان نیز به‌مرور کاهش یابد که در نهایت بر بهزیستی کلی آن‌ها تأثیرات منفی بیشتری می‌گذارد.

نتایج نشان داد که در نمره کلی رضایتمندی زناشویی بین والدین کودکان سالم و والدین کودکان فلج مغزی تفاوت معناداری وجود نداشت. با این حال، بررسی الگوهای پاسخ‌دهی در خرده‌مقیاس‌ها حاکی از آن بود که در دو بُعد «ارتباط زناشویی» و «اوقات فراغت» تفاوت‌هایی میان گروه‌ها مشاهده شد. به طور توصیفی، پدران نسبت به مادران، رضایت بیشتری از ارتباط زناشویی گزارش کردند و مادران کودکان فلج مغزی کمترین میزان رضایت را در این زمینه داشتند. همچنین، در بعد اوقات فراغت، پدران کودکان سالم بالاترین میانگین رضایت را داشتند و پس از آن، مادران کودکان فلج مغزی قرار گرفتند. این الگو با نتایج برخی تحقیقات پیشین (مارکودیمیتراکی و همکاران، ۲۰۲۲؛ قدرتی و همکاران، ۱۳۹۳؛ افروز و هاشمی رزینی، ۱۳۸۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۵) هم‌راستاست.

به نظر می‌رسد مسئولیت‌های بیشتر و محدودیت زمانی و انرژی در خانواده‌های دارای کودک فلج مغزی، به‌ویژه برای مادران، می‌تواند موجب کاهش فرصت‌ها برای ارتباط مؤثر و اوقات فراغت مشترک با همسر شود و در نتیجه رضایت‌مندی در این ابعاد کاهش یابد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین والدین کودکان سالم و کودکان فلج مغزی در زمینه‌های سلامت عمومی، سرسختی روان‌شناختی و رضایت‌مندی زناشویی تفاوت‌های معناداری وجود دارد. والدین کودکان سالم از سلامت عمومی و رضایت زناشویی بیشتری برخوردار بودند و در میان والدین کودکان فلج مغزی نیز، پدران نسبت به مادران وضعیت بهتری داشتند. همچنین، سرسختی روان‌شناختی پدران نسبت به مادران بیشتر بود، اما در خرده‌مقیاس‌های حل مسئله تفاوت معناداری بین والدین وجود نداشت. این یافته‌ها تأکید می‌کند که داشتن فرزند با نیازهای ویژه، به‌ویژه فلج مغزی، می‌تواند تأثیرات روانی، جسمی و اجتماعی قابل‌توجهی بر والدین، به‌خصوص مادران، داشته باشد و نیاز به حمایت‌های روانی و اجتماعی بیشتر برای این خانواده‌ها را نشان می‌دهد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی به جای روش‌های بالینی دقیق‌تر، عدم همکاری کافی والدین به‌ویژه پدران که منجر به حذف بخشی از داده‌ها شد و محدودیت سنی کودکان شرکت‌کننده که تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد. همچنین، پژوهش بر مقایسه متغیرها متمرکز بوده و به ارائه راهکارها نپرداخته است. برای پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود که والدین کودکان با سایر ناتوانی‌ها مورد مطالعه قرار گیرند، از روش‌های دقیق‌تر جمع‌آوری داده استفاده شود و بر روی راهکارهای بهبود سلامت روان و رضایت زناشویی والدین تمرکز شود. همچنین، برگزاری کارگاه‌ها و افزودن خدمات مشاوره‌ای در مراکز درمانی برای والدین، به‌ویژه مادران، توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

کلیه نویسندگان اعلام می‌دارند در این مطالعه تعارض منافی نداشته‌اند.

منابع

- ابوترابی زارچی، ح، اکبری، ا و کربلایی مهریزی، ز. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و خشم در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی. کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم.
- افروز، غ و هاشمی رزینی، ه. (۱۳۸۵). مقایسه رضامندی زوجیت والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی، فصلنامه علوم روان‌شناختی، ۳، (۲۰)، ۳.
- بشارت، م، ع، تاشک، آ و رضا‌زاده، س، م. (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله، نشریه روانشناسی معاصر، ۴۸، (۱)، ۱.
- حواپی، ن، رحمانی، ع، محمدی، ا و رضایی، م. (۱۳۹۴). مقایسه وضعیت سلامت عمومی در والدین کودکان فلج مغزی و سالم، فصلنامه طب توانبخشی، ۴، (۱)، ۹۹.
- رسولی، م. و برادران، م. (۱۳۹۶). یوگا، سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی. ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران.
- قدرتی، م، شریفی درآمدی، پ و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۳). نقش راهبردهای مقابله با تنیدگی و رضایت‌مندی زناشویی بر سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک، فصلنامه روان‌شناسی افراد/استثنایی، ۴، (۱۵)، ۹۱-۱۱۳.
- کارگر، م و اصغری ابراهیم آباد، م، ج. (۱۳۹۴). مقایسه سبک حل مساله و سازگاری زناشویی در مادران کودک استثنایی و عادی، نشریه تعلیم و تربیت/استثنایی، ۱۵، (۱۳۰)، ۳۷-۴۴.
- محمدی، ف و صاحبی، ع. (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مساله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی. مجله علوم روان‌شناختی، ۱، (۱)، ۲۴-۴۲.
- یعقوبی، ح، کریمی، م، امیدی، ع، باروتی، ع و عابدی، م. (۱۳۹۱). اعتباریابی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۱۲) در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۶، (۲) (مسلسل ۲۰)، ۱۶۰-۱۵۳.

- Arora, S., & Shetgovekar, S. (2023). Psychological Hardiness and Marital Quality in Mothers Having Children with or without Intellectual Disability: A Comparative Study. *Indian Journal of Positive Psychology*, 14,(1)
- Barreto, T. M., Bento, M. N., Barreto, T. M., Jagersbacher, J. G., Jones, N. S., Lucena, R., & Bandeira, I. D. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(2), 163-168.
- Başaran, A., Kilinç, Z., Sari, H., & Gündüz, E. (2023). Etiological risk factors in children with cerebral palsy. *Medicine*, 102(15), e33479.
- Cassidy, T. (2002). Problem-solving style, achievement motivation, psychological distress and response to a simulated emergency. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(4), 325-332.
- Chang, E. C., Liu, J., Yi, S., Jiang, X., Li, Q., Wang, R., ... & Chang, O. D. (2020). Loneliness, social problem solving, and negative affective symptoms: Negative problem orientation as a key mechanism. *Personality and Individual Differences*, 167, 110235.
- Dlamini, M. D., Chang, Y. J., & Nguyen, T. T. B. (2023). Caregivers' experiences of having a child with cerebral palsy. A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 157-168.
- Dong, S., Dong, Q., Chen, H., & Yang, S. (2022). Mother's parenting stress and marital satisfaction during the parenting period: examining the role of depression, solitude, and time alone. *Frontiers in Psychology*, 13, 847419.
- Dunst, C. J. (2021). Family hardiness and parent and family functioning in households with children experiencing adverse life conditions: a meta-analysis. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 93-118.
- Eroz, S. S., & Onat, E. (2018). Psychological hardiness: A survey in hospitality management. *Research Journal of Business and Management*, 5(1), 81-89.
- Fritz, H., & Sewell-Roberts, C. (2020). Family stress associated with cerebral palsy. *Cerebral palsy*, 515-545.
- Ge, X., Xu, C., Furue, N., Misaki, D., Lee, C., Markus, H.R. (2022). The Cultural Construction of Creative Problem-Solving: A Critical Reflection on Creative Design Thinking, Teaching, and Learning. In: Meinel, C., Leifer, L. (eds) Design Thinking Research. Understanding Innovation. Springer, Cham .
- George, J., & Mathew, S. (2024). Cerebral Palsy-An Overview. *International Journal of Neonatal Care and Pediatric Nursing*, 9-18.
- Goldberg, D. P., Oldehinkel, T., & Ormel, J. (1998). Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological medicine*, 28(4), 915-921.
- Guimarães, A., Pereira, A., Oliveira, A., Lopes, S., Nunes, A. R., Zanatta, C., & Rosário, P. (2023). Parenting in Cerebral Palsy: Understanding the Perceived Challenges and Needs Faced by Parents of Elementary School Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3811.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of counseling psychology*, 29(1), 66.
- Heydarian, S., Abbasabadi, M. M., Khabazkhoob, M., Hoseini-Yazdi, H., & Gharib, M. (2022). Vision abnormalities in children and young adults with cerebral palsy; a systematic review. In *Seminars in Ophthalmology*.
- Khodadadi, N., & Foroozandeh, E. (2020). Problem-Solving Ability and Quality of Life of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Practice in Clinical Psychology*, 8(4), 267-276.
- Larsen, L. T. (2022). Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition. *History of the Human Sciences*, 35(1), 111-131.

- Lin, Y., Mutz, J., Clough, P. J., & Papageorgiou, K. A. (2017). Mental toughness and individual differences in learning, educational and work performance, psychological well-being, and personality: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1345.
- Markodimitraki, M., Charitaki, G., Kypriotaki, M., Fragogianni, M. E., & Kypriotakis, G. (2024). The role of marital satisfaction and social activities on parents' self-perception: evidence from Greek families of children with and without disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 70(3), 444-457.
- McIntyre, S., Goldsmith, S., Webb, A., Ehlinger, V., Hollung, S. J., McConnell, K., ... & Global CP Prevalence Group*. (2022). Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(12), 1494-1506.
- Mwinbam, M. M., Suglo, J. N., Agyeman, Y. N., & Kukeba, M. W. (2023). Family caregivers' experience of care with a child with cerebral palsy: the lived experiences and challenges of caregivers in a resource-limited setting in northern Ghana. *BMJ Paediatrics Open*, 7.(1)
- Razeghi, N., Nikiju, M., Mujembari, A. K., & Masihi, A. Z. (2011). Relationship between Big Five Personality Factors and marital satisfaction. *Developmental Psychology: Journal of Iranian Psychologists*, 7(27), 269-278.
- Răzvan, K., Róbert, B., Imre, P., & Iacob, H. (2021). Relationship between mental toughness, stress, anxiety and depression. *Studia Universitatis Babes-Bolyai, Educatio Artis Gymnasticae*, 66.(1)
- Sadowska, M., Sarecka-Hujar, B., & Kopyta, I. (2020). Cerebral palsy: current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1505-1518.
- Sankombo, M. (2022). Impact of Cerebral Palsy on Parents and Families. In *Cerebral Palsy-Updates*. IntechOpen.
- Smith, M., & Blamires, J. (2022). Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, 64-73.
- Vitrikas, K., Dalton, H., & Breish, D. (2020). Cerebral palsy: an overview. *American family physician*, 101(4), 213-220