

## بررسی رابطه سلامت عمومی و ازدواج مجدد مادران شاهد با اختلالات روانی دانشجویان شاهد

رسول خضر تاج

دکتر زینب خانجانی<sup>۲</sup>

دکتر میرمحمود میرنسب<sup>۳</sup>

زرار محمدامین<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت عمومی مادران و ازدواج مجدد مادران دانشجویان شاهد با ویژگی های شخصیتی بهنجار و نا بهنجار دانشجویان شاهد و مقایسه با دانشجویان عادی انجام گرفته است. طرح این تحقیق توصیفی و کاربردی می باشد. جامعه آماری آن عبارت از کلیه فرزندان شاهد دانشجو است که در استان آغ در سال ۸۸-۸۷ مشغول به تحصیل در دانشگاه بوده اند. نمونه آماری تحقیق شامل ۱۱۰ نفر دانشجوی شاهد در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۱۱۰ نفر مادران آنها و ۱۱۰ نفر دانشجویان عادی از همان طیف سنی و ۱۱۰ نفر مادران آنها که در کل نمونه ۴۴۰ آزمودنی هستند که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای که از دانشگاه پیام نور و آزاد بوکان - ارومیه - مهاباد و نقده انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از سه آزمون استاندارد: اختلال روانی (SCL-90) آزمون شخصیتی آیزنک، آزمون سلامت عمومی (GHQ) و یک پرسشنامه محقق ساخته، استفاده شد. یافته ها به وسیله نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد بین اختلال روانی دانشجویان شاهد و عادی تفاوت معنادار آماری وجود ندارد. متغیر سلامت عمومی مادران شاهد، پیش بینی کننده اختلالات روانی دانشجویان شاهد است ( $p=0/001$ ). سلامت عمومی مادران دانشجویان شاهد به طور معناداری کمتر از سلامت عمومی مادران دانشجویان عادی می باشد ( $p=0/001$ ).

**واژه های کلیدی:** سلامت عمومی مادر، ویژگی های شخصیتی، اختلال روانی و ازدواج مجدد مادر

- نویسنده مسئول- کارشناسی ارشد روانشناسی (hajar2711@gmail.com)

- دانشیار دانشگاه تبریز

- استادیار دانشگاه تبریز

- دانشجوی دکترای رشته روانشناسی دانشگاه اردبیل

## مقدمه

طی سالهای گذشته دگرگونی‌های واقعی در رشد جسمانی و روانی کودکان و نوجوانان به وجود آمده است. آنها بلندقدتر شده و زودتر به سن بلوغ می‌رسند، برخی بیماریهای خاص در آنها از بین رفته است. البته اگر معیارهای رو به افزایش بهداشت روانی، جسمانی، ناسازگاری، بزهکاری و مشکلات عاطفی را کاهش می‌داد، جای امیدواری بود. با وجود این، به نظر می‌آید که مشکلات عاطفی، اجتماعی و ضعف عملکرد آموزشی تنها با بهبود سطح زندگی حل نخواهد شد، چنین پیشرفتهایی شاید بتواند زندگی مناسب‌تر و رضایت بخش‌تری را برای خانواده‌ها و جوامع فراهم سازد، اما تضمین نمی‌کند که آیا از لحاظ روانی به امنیت رسیدند یا خیر؟ با این همه، در روزگاری که ویرانگری، خشونت، جنگ، اعتیاد، جرم و جنایت موجب نگرانی فراوانی شده اند، باز مجال بسیاری برای پیشرفت وجود دارد (تانر، نقل از پرینگل، ۱۳۸۶).

سوزان<sup>۳</sup>، مورین<sup>۴</sup>، مولی<sup>۵</sup> و کاست لو<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) آشکار ساختند نوجوانان دارای خانواده عادی در مقایسه با نوجوانانی که دارای ناپدیری هستند، بیشترین تنبیه بدنی را دریافت می‌کنند. پادو و پلتزر<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند که وجود ناپدیری با سوء استفاده جنسی کودکان رابطه معنا دار دارد.

تاکنون درباره علت اینکه چرا کودکی بزهکار می‌شود، و کودکی که به ظاهر در همان شرایط قرار دارد سالم باقی می‌ماند، به آگاهی اندکی دست یافته‌اند؛ اما درباره آنها بیشتر بروز می‌کند، آگاهی بیشتری پیدا کرده و متوجه شده اند که اغلب این رفتارها، در دوران کودکی ریشه دارد (رابینز<sup>۸</sup>، وست<sup>۹</sup>؛ وست و فارینگتون<sup>۱۰</sup>، نقل از پرینگل، ۱۳۸۶). طردشدگی از سوی پدر یا مادر می‌تواند

<sup>1</sup>-Taner

<sup>2</sup>- pringle

<sup>3</sup>-Suzanne

<sup>4</sup>-Morin

<sup>5</sup>-Molito

<sup>6</sup>-Costlw

<sup>7</sup>-Padu and K Peltzer

<sup>8</sup>-Robins

<sup>9</sup>-West

<sup>10</sup>-West & Farrington

به «کوتولگی ناشی از محرومیت»<sup>۱</sup> بینجامد. و سوء تغذیه مزمن می تواند به عقب ماندگی ذهنی منتهی شود (پرینگل، ۱۳۸۶).

از دست دادن پدر در طی سالهای اولیه کودکی با بروز مشکلات روانی در کودکی یا در سالهای بعدی زندگی، رابطه دارد. کودکان محروم از پدر در مقایسه با کودکان عادی به اختلالات روانی بیشتری مبتلا می شوند نتایج پژوهشهای قائمی (۱۳۷۰)، براون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۷)، خدا رحیمی و حق شناس، شیل، (نقل از قهاری، ۱۳۸۲) آشکار ساخته اند که کودکان بی پدر در معرض خطر انواع مشکلات روان شناختی و رفتاری قرار دارند.

گارت اشتاین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) لیم<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸) بایر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۶) گنیس برگ<sup>۶</sup> و شلوزبرگ<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) نشان دادند فقدان سلامت روانی مادر رابطه نزدیکی با انواع اختلالات روانی مثل افسردگی، اضطراب و عامل نورزگرایی فرزند دارد. دوک و لنکستر<sup>۸</sup>، و لنکستر ریچمنده<sup>۹</sup>، نقل از نیکخو، (۱۳۸۲) دریافتند کودکان زمانی که پدرشان را از دست می دهند، واجدکانون مهار بیرونی می شوند، در همین رابطه نشان داده اند که تأثیر مرگ پدر مخرب تر و زیان بارتر از طلاق است. به نظر بعضی از محققین (آدامز، ۱۳۷۳) مرگ پدر در خانواده بیش از آنکه فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد، مادر را دچار مشکل می نماید.

به نظر می رسد که مرگ مادر بر فرزندان و شوهر خیلی دشوار است، نتایج بررسی ها نشان می دهد مرگ مادر بیش از آنکه شوهر را تحت تأثیر قرار دهد،

<sup>۱</sup> Deprivation dwarfism - این اختلال اول بار توسط پاول و همکارانش در سال ۱۹۶۷ گزارش شد. این محققان ۱۳ کودک را توصیف کردند که قدشان به صورتی غیرعادی کوتاه بود والگوی غذا خوردن غیرطبیعی، کندی رشد کلامی و حملات کج خلقی نشان می دادند.

<sup>۲</sup> Brown

<sup>۳</sup> Gartstein

<sup>۴</sup> Lim

<sup>۵</sup> Bayer

<sup>۶</sup> Ginsburg

<sup>۷</sup> Schlossberg

<sup>۸</sup> Duke and Lancaster

<sup>۹</sup> Lancaster and Richmond

<sup>۱۰</sup> Adams

احتمال دارد فرزندان را به شدت تحت تأثیر عوارض فقدان مادر قرار دهد. به طوری که اختلالات رفتاری و افسردگی در کودکانی که مادران خود را از دست داده اند نسبت به کودکان فاقد پدر بیشتر گزارش شده است، اما مرگ پدر به نظر بعضی از محققان، در خانواده بیش از آنکه فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد، مادر را دچار مشکل می کند و همچنین کودکان از تأثیر فقدان پدر بی امان نخواهند ماند (آدامز، ۱۳۷۳).

محققان بی شماری از جمله سوزان (۲۰۰۱)، براون (۱۹۹۷)، فرانک، نقل از نیکخو، (۱۳۸۲) در مورد نقش پدر متفق القول هستند که حضور پدر در پیشرفت تحصیلی و رشد شناختی کودک، تحول نقش جنسی، تحول اخلاقی یا وجدان و فقدان آسیب‌های روانی تأثیر مثبت دارد و عدم حضور او، با اختلالاتی در هر یک از این ابعاد همراه است. سوبرینهو<sup>۳</sup> و المید-کاستا<sup>۴</sup> (نقل از نیکخو، ۱۳۸۲) نشان دادند که محرومیت از پدر در دوران کودکی منجر به افسردگی و علائمی از قبیل فریبهی و افزایش وزن می گردد.

داوسون، نقل از نیکخو، (۱۳۸۲) اظهار نمود که کودکانی که با مادر (مطلقه) زندگی می کنند در مقایسه با کودکانی که با هر دو والد زندگی می کنند در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بیشتر در معرض خطر بیماری روانی قرار دارند. با توجه به افزایش موارد طلاق، از دست دادن یکی از والدین بر اثر حوادث از قبیل جنگ، سیل، زلزله و تصادفات رانندگی و بیماریهای ناشناخته، ازدواج مجدد و بدنبال آن تشکیل خانواده‌های ثانوی و یا اصطلاحاً خانواده های نانتی بشدت در حال افزایش است. در کشورهای آمریکا و اروپا محققان بر این عقیده اند که از هر سه کودکی که امروز به دنیایم آید، یک کودک تا قبل از اینکه به سن ۱۸ سالگی برسد، خانواده ثانوی (ناپدیری یا نامادری) را تجربه خواهد کرد (دبلیو و واندر، ۱۳۷۴).

<sup>1</sup>-Suzanne

<sup>2</sup>-Brown

<sup>3</sup>-Sobrinho

<sup>4</sup>-Almeid-Costa

<sup>5</sup>- Dowson

در حقیقت با ازدواج مجدد مادر، پسران از یک محیط گرم و حمایت پذیر ناپدری برخوردار شده و از لحاظ رشد روانی- اجتماعی سود بیشتری می برند. هر چند در مورد دخترانی که از طریق ازدواج مجدد مادر خود، به خانواده ناپدری برده می شود، چنین تفاهمی مشاهده نمی شود. در حقیقت این دختران اضطراب بیشتری نشان داده و احساس می کنند که مادرانشان بعد از ازدواج مجدد توجه چندانی به آنها ندارد (رابرتسون، ۱۳۷۵).

بنابراین، غیبت پدر از خانه و یا مرگ پدر از خانواده فرزندان را تحت تأثیر قرار می دهد و آنها را دچار مشکل می کند و با ازدواج مجدد مادر و رویارویی با مشکلات خاص آن، احتمال به ظهور رسیدن مشکلات روانی و یا بیماریهای روانی در زندگی کودکان افزایش می یابد (آدامز، ۱۳۷۳). کودکانی که به علی پدر خود را از دست می دهند، مستقیماً از فقدان پدر و حضور ناپدری تأثیر می پذیرند و ازدواج مجدد مادران با توجه به نوع جنسیت و سن فرزندان آنها، تأثیر عاطفی و روانی بر روی فرزندان دارد. کودکانی که مادران آنها بعد از مرگ پدر ازدواج مجدد کرده اند در عملکرد تحصیلی و سازگاری اجتماعی و نتایج آزمونهای روانی تفاوت معناداری نسبت به فرزندان که مادران آنها ازدواج مجدد نکرده اند داشته اند (حیدری، ۱۳۸۴).

گاهی با مرگ مادر یا پدر، خانواده از هم می پاشد و با ازدواج مجدد والد مانده، بچه ها گرفتار دو نوع زندگی ناخواسته می شوند یا مجبورند در شرایط سختی باناپدری، نامادری زندگی کنند و یا به خانه پدر بزرگ، مادر بزرگ رفته، یا تحت حضانت یکی از اقوام قرارگیرند که در هر صورت آغاز این زندگی جدید با فرهنگ و تربیت تازه برای هر دو طرف بویژه برای کودکان و نوجوانان چه بسا دشوار خواهد بود. نکبت بارترین وضع از دید کودکان و نوجوانان هنگامی است که هیچ یک از اعضای خانواده سرپرستی شان را بر عهده نگیرند و ایشان را به مؤسسات و مراکز شبانه روزی بسپارند و یا آنان را به فرزند خواندگی به خانواده های بیگانه بدهند. کودکان با ورود به هر یک از محیط های جدید، با مشکلات، دلواپسی و ترس های درونی متعددی گرفتار می شوند که تا خو گرفتن به محیط و آداب تازه محل جدید، آثار تلخ این دوران، تا مدتها در روان

بچه ها باقی خواهد ماند. چنین کودکانی اگر چه در کلاس درس هم حضور یابند، کمتر تمرکز ذهنی دارند و علاقه کمتری به مدرسه و درس نشان می دهند، در نوجوانی نیز به صورت افرادی سرکش و نافرمان و انتقامجو دیده می شوند و اغلب دچار عقده حقارت شده، خود کم بین و یا بدبین بار می آیند و معمولاً اطرافیان را در مشکلات و گرفتاریهای خویش مقصر می دانند (ماسن و کانجر، ۱۳۸۰).

احساس غمگینی شدید و داغدیدگی در مرگ همسر، در زنان بیشتر از مردان دیده می شود. به طوری که سوگ در ابتدا به صورت حالت شوک و یا احساس کرختی و پریشانی ظاهر می شود. این ناتوانی آشکار برای درک آنچه اتفاق افتاده است ممکن است زودگذر باشد. سایر خصوصیات فیزیکی سوگواری ممکن است مشتمل بر احساس ضعف، کاهش اشتها، کاهش وزن، اشکال در تمرکز، تنفس و تکلم، اختلال خواب دیده شود یا به صورت ناتوانی در به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر، یا صبح خیزی باشد. شخص اغلب خواب عزیز از دست رفته را می بیند و وقتی از خواب بیدار شده، واقعیت را در می یابد دچار یأس و ناامیدی می گردد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

موت و همکاران (نقل از حیدری، ۱۳۸۴) در بررسی ۴۸۲ نوجوانان نشان دادند که پسران و دخترانی که پدرانشان اخیراً آنها را ترک نموده اند. مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به نوجوانانی که با هر دو والد واقعی خود زندگی می کنند از خود بروز دادند. براون و همکاران، (۱۹۹۷) ارتباط نسبتاً زیادی را بین از دست دادن و الدین در بچگی و افسردگی در بزرگسالی گزارش نموده است. او در یافت که ۴۱ درصد از ۲۱۶ بیمار بزرگسال افسرده یکی از والدین خود را در اثر مرگ قبل از ۱۵ سالگی از دست داده بودند. یا فته های بک و همکاران (۱۹۶۳) و پرینگل (۱۹۷۸) بیانگر این است که شدت افسردگی با مرگ والدین همبستگی دارد. همچنین می توان انتظار داشت که مرگ والدین اثرات خاصی بر گونه های مختلف افسردگی داشته است. مثلاً تاک و گی<sup>۳</sup> (نقل از پرینگل، ۱۳۸۶). دریافت که

<sup>۱</sup>. Mott

<sup>۲</sup>. Brown

<sup>۳</sup>. Tagvegi

از دست دادن والدین که جدایی والدین را نیز شامل می شود اثر بیشتری در افسردگی واکنشی نسبت به افسردگی درونزا دارد (نقل از پرینگل، ۱۳۸۶). اهالی آبادی (۱۳۸۲) آشکار ساخت بین سلامت روانی نوجوانان شاهدی که مادرانشان ازدواج مجدد داشته اند و نوجوانان شاهدی که مادرانشان ازدواج مجدد نداشته اند تفاوت معناداری وجود دارد. یافته ها در این زمینه حاکی از آن است که جانشین پدر (پدر خوانده) می تواند هم تأثیرات مثبت و هم آثار سوء بر شخصیت فرزندان داشته باشد. نتایج نشان داد دختران و پسران شاهدی که مادرانشان ازدواج مجدد نداشته اند از سلامت روان بالاتری برخوردارند. داوسون (نقل از نیکخو، ۱۳۸۲) در بررسی سلامت ۱۷۱۱۰ کودک اظهار نمود که کودکانی که با مادر (مطلقه) زندگی می کنند در مقایسه با کودکانی که با هر دو والد زندگی می کنند در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد در معرض تهدیدات سلامت هستند. این کودکان در معرض تهدید بیشتری نسبت به آسم، معایب گفتاری و سردردهای مکرر قرار دارند. جونگ سوگ هنگ و همکاران (نقل از نیکخو، ۱۳۸۲) در مطالعه ی ۶۰۰۰ کودک پی بردند که کودکان خانواده های تک والد مشکلات روانی و جسمانی بیشتری در مقایسه با کودکان دارای دو والد، داشته اند. با توجه به مطالب ذکر شده هدف از پژوهش حاضر آن است که به بررسی رابطه فقدان پدر و سلامت عمومی مادر با اختلالات روانی فرزندان شاهد در مقایسه با فرزندان عادی پردازد؟

### روش پژوهش

جامعه آماری: جامعه مورد مطالعه کلیه فرزندان شهید دانشجو است که در استان آذربایجان غربی در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ مشغول به تحصیل بوده اند.

۲۶۰۰		آمارکل دانش آموزان شاغل به تحصیل ایثارگر استان آغ درسال ۸۸-۸۷
۹۲۵		آمارکل دانش آموزان فرزندشهید شاغل به تحصیل استان آغ درسال ۸۸-۸۷
۵۱۹	دختر	
۴۰۶	پسر	
۶۲۳		آمارکل دانش آموزان فرزندشهید شاغل به تحصیل در دانشگاههای آزادویپام نور استان آغ درسال ۸۸-۸۷
۳۳۶	دختر	
۲۸۷	پسر	

<sup>1</sup> - Dowson

<sup>2</sup> -Gong-soog Hong

نمونه آماری: ۱۱۰ نفر از فرزندان شاهد در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال دختر و پسر در حال تحصیل در دانشگاه و ۱۱۰ نفر مادر آنان. همچنین گروه کنترل ۱۱۰ نفر از همان طیف سنی شاغل به تحصیل در دانشگاه این استان به همراه ۱۱۰ نفر مادر آنها کل آزمودنیها این پژوهش ۲۲۰ نفر دختر و پسر دانشجوی شاهد و عادی و ۲۲۰ نفر مادر شاهد و عادی می باشد. به عبارت دیگر ۴۴۰ نفر در این پژوهش مورد آزمون قرار گرفته اند. در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای استفاده شد.

### ابزارهای پژوهش:

#### الف) آزمون SCL-90-R:

یکی از ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که با استفاده از آن می توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد.

این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تحلیل های روان سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. در ایران مطالعات زیادی برای هنجار یابی آن انجام شده است. پاسخهای ارائه شده به هریک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵درجه ای از میزان ناراحتی که از (هیچ) تا (به شدت) می باشد، مشخص می شود. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پرشی را در بر می گیرد.

#### ب) آزمون شخصیتی آیزنگ:

این آزمون دارای ۴۸ آیتم است که ۱۲ آیتم آن بعد روان پریش گرای، ۱۲ آیتم بعد برون گرایی و درون گرایی و ۱۲ آیتم دیگر آن بعد نورزگرایی رامی سنجد. ۱۲ آیتم مقیاس دروغ سنج را دارد.

ضریب پایایی این پرسشنامه ۰.۹۲ (مردان) و ۰.۶۱ (زنان) برای مقیاس P، ۰.۸۸ (مردان) و ۰.۸۴ (زنان) برای مقیاس E، ۰.۸۴ (مردان) و ۰.۸۰ (زنان) برای مقیاس N و



۷۷٪ (مردان) ۳٪ (زنان) برای مقیاس L گزارش شده است (بشیرپور، ۱۳۸۶). پایایی و روایی این آزمون توسط بخشی پور و باقریان (۱۳۸۵) بر روی جمعیت ایران انجام شد، پایایی بدست آمده در بررسی آنها برای مقیاس P ۶۷٪، مقیاس E ۸۹٪، مقیاس N ۹۰٪ و برای مقیاس L ۸۹٪ بود. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی و در فاصله ۱۵ روز توسط بشیرپور (۱۳۸۶) در افراد سرطانی و عادی انجام شده است و پایایی زیر بدست آمده برای مقیاس P ۲۸٪ مقیاس E ۸۸٪ و برای مقیاس N ۹۱٪ می باشد.

### ج) آزمون سلامت عمومی:

آزمون سلامت عمومی ناراحتی های با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می کند و نسبت به بیماریهای گذرا حساس است که ممکن است بدون درمان شفا یابند. این پرسشنامه در مطالعات زمینه یابی در جامعه کل، مطالعات زمینه یابی گروه های خاص و مطالعات مقایسه ای بیماران روانی پروری جمعیتی خاص و در زمانهای متفاوت به کار برده می شود. این آزمون دارای چندین نسخه براساس تعداد سوالات است. نسخه ارائه شده در این پژوهش ۲۸ سوالی می باشد. که حاوی چهار مقیاس: علایم روان تنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. این پرسشنامه برای شناسایی افراد با تشخیص بیمار روانی کاربرد دارد (گلدبرگ، ویلیامز، ۱۹۸۸ نقل از کواپانی و همکاران، ۱۳۸۲). نمرات بین ۱۴-۲۱ در هر زیر-مقیاس، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می دهند. زیر نمره ۱۴ را عادی در نظرمی گیرند و از ۱۴ به بالا کاهش سلامت عمومی مادر محسوب می شود (دادستان، ۱۳۸۱).

### تجزیه و تحلیل آماری

طبقه بندی، پردازش و تحلیل داده های به دست آمده جهت بررسی فرضیه ها و سوال های تحقیق با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام شده است

## توصیف داده ها

در این بخش آماره‌های توصیفی شامل فراوانیها، درصدها، انحراف استاندارد مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی ارائه می گردد.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی دانشجویان شاهد و عادی

درصد	فراوانی	آزمودنیها
۵۰	۱۱۰	شاهد
۵۰	۱۱۰	عادی
۱۰۰	۲۲۰	جمع

بر اساس جدول شماره یک، ۱۱۰ نفر از پاسخگویان نمونه آماری (۵۰ درصد) را دانشجویان شاهد و ۱۱۰ نفر از پاسخگویان نمونه آماری (۵۰ درصد) را دانشجویان عادی تشکیل داده است. یعنی آزمودنیها شاهد و عادی در تحقیق حاضر یکسان می باشند.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی مادران دانشجویان شاهد بر حسب ازدواج مجدد

درصد	فراوانی	
۵۸/۲	۶۴	بله
۴۱/۸	۴۶	خیر
۱۰۰	۱۱۰	جمع

بر اساس جدول دو، ۵۸/۲ درصد از مادران دانشجویان شاهد، دارای ازدواج مجدد می باشند و ۴۱/۸ درصد ازدواج مجدد نداشته اند.

جدول ۳: آماره های توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین) اختلافات روانی دانشجویان شاهد و عادی

گروه آزمودنیها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
شاهد	110	.9828	.54184	.13	2.41
عادی	110	.9337	.55130	.05	2.63
کل	220	.9582	.54589	.05	2.63

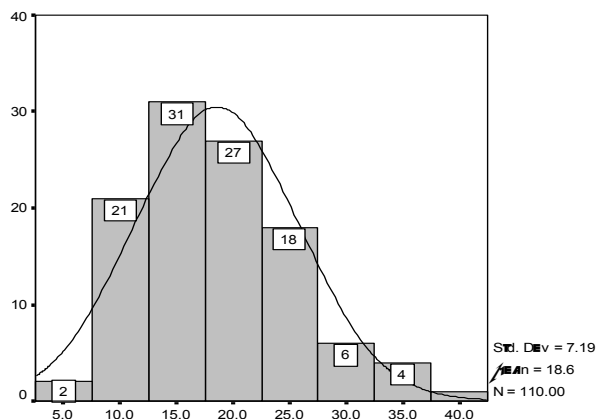
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره اختلال روانی در دانشجویان شاهد  $m=0/98$  می‌باشد که از حداقل  $0/13$  تا حداکثر  $2/41$  در بین دانشجویان شاهد متغیر بوده است. این میانگین در دانشجویان عادی برابر  $m = 0/93$  می‌باشد که از حداقل  $0/05$  تا حداکثر  $2/63$  در نوسان بوده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین) سلامت

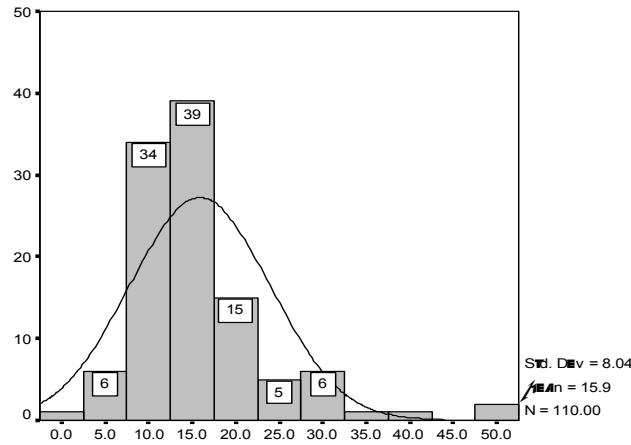
عمومی مادران دانشجویان شاهد و عادی

گروه آزمودنیها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
شاهد	110	18.5545	7.18764	5.00	42.00
عادی	110	15.8727	8.04244	1.00	49.00
کل	220	17.2136	7.72736	1.00	49.00

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت عمومی مادران در دانشجویان شاهد  $m = 18/55$  می‌باشد که از حداقل ۵ تا حداکثر ۴۲ در بین دانشجویان شاهد متغیر بوده است. این میانگین در دانشجویان عادی برابر  $m = 15/87$  که از حداقل ۱ تا حداکثر ۴۹ در نوسان بوده است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی نمرات سلامت عمومی مادران دانشجویان شاهد



نمودار ۲: توزیع فراوانی نمره سلامت عمومی مادران دانشجویان عادی

نمودار ۲ و ۱ بیانگر این نکته است که سلامت عمومی مادران دانشجویان عادی و شاهد دارای کجی مثبت است یعنی فراوانی مادرانی که نمره سلامت عمومی کمتر از میانگین دارند بیشتر از فراوانی مادرانی است که نمره بیشتر از میانگین دارند.

### تحلیل داده ها

سؤال پژوهشی ۱: کدام یک از متغیرهای سلامت عمومی مادر و ازدواج مجدد مادر پیش بینی کننده اختلالات روانی فرزندان شاهد است؟

جدول ۵: تحلیل واریانس رگرسیون گام به گام اختلال روانی فرزندان شاهد بر اساس

متغیرهای پیش بین

سطح معنی داری f	F مشاهده ای	میانگین مربعات ms	درجه آزادی df	مجموع مربعات ss	مدل
.001	11.884	3.172	1	3.172	رگرسیون
		.267	108	28.829	باقیمانده
			109	32.001	جمع

## جدول ۶:

تحلیل رگرسیون گام به گام اختلال روانی فرزندان شاهد بر اساس متغیرهای پیش بین

اشتباه معیار برآورد	ضریب تبیین خالص $\Delta R^2$	ضریب تبیین $R^2$	ضریب همبستگی چند گانه R	شاخص های آماری	
				مدل	مقادیر
.51666	.091	.099	.315	مدل ۱	

مدل ۱ - متغیر پیش بین : سلامت عمومی مادر

بر اساس آزمون رگرسیون چند متغیری یا چندگانه (روش گام به گام) و مطابق با جداول در تبیین اختلالات روانی فرزندان شاهد از روی متغیرهای پیش بین (سلامت عمومی مادر و ازدواج مجدد مادر) ملاحظه می شود که ضریب همبستگی چندگانه برابر  $R = 0/315$ ، ضریب تبیین  $R^2 = 0/099$  و ضریب تبیین خالص  $\Delta R^2 = 0/091$  به دست آمده است. یعنی از روی متغیرهای پیش بین معنادار (سلامت عمومی مادر) موجود در مدل (۱) می توان تا حدود ۹٪ درصد واریانس نمره اختلال روانی فرزندان شاهد را تبیین کرد. در این بین طبق ضرایب بتای استاندارد شده متغیرهای پیش بین ملاحظه می شود، سلامت عمومی مادر با بتای  $\beta = 0/315$  نیرومندترین و تنها متغیر در پیش بینی و تبیین اختلال روانی فرزندان شاهد است. ارتباط متغیر پیش بین (سلامت عمومی مادر) با متغیر ملاک (اختلال روانی فرزندان شاهد) طبق تحلیل واریانس معادله رگرسیون خطی است ( $F = 11/88$  با سطح معنا داری  $P < 0/000$ ).

سؤال پژوهشی ۲ - آیا بین سلامت عمومی مادران شاهد با سلامت عمومی

مادران عادی تفاوت وجود دارد.

به دلیل اینکه سلامت عمومی مادران در مقیاس فاصله ای قرار داشته و از توزیع نرمال برخوردار نمی باشد جهت بررسی فرضیه تحقیق از آزمون من ویتنی استفاده گردید.

<sup>1</sup>.Mann-Whitney U

جدول ۷: نتایج آزمون من ویتنی برای بررسی تفاوت سلامت عمومی مادران شاهد و عادی

گروه	تعداد	میانگین رتبه	مجموع رتبه	من ویتنی	Z	سطح معنی داری
شاهد	110	125.13	13764.50	4440.500	-3.414	.001
عادی	110	95.87	10545.50			
کل	220					

آزمون من ویتنی نشان می‌دهد که اختلاف معناداری ( $p=0.001, z=3.44$ ) بین میزان سلامت عمومی مادران شاهد و مادران عادی وجود دارد.

سؤال پژوهشی ۲ آیا بین سلامت عمومی مادران شاهد با اختلالات روانی فرزندان شاهد رابطه وجود دارد؟

جدول شماره ۸:

ماتریس ضرایب همبستگی بین سلامت عمومی مادر با اختلال روانی دانشجویان شاهد

اختلال روانی دانشجویان شاهد		
.315(**)	ضریب پیرسون	سلامت عمومی مادران شاهد
.001	سطح معنی داری	
110	تعداد	

\*\*همبستگی معنادار در سطح ۰/۰۱

نتایج جدول بیانگر آن است که بین سلامت عمومی مادران شاهد و اختلال روانی فرزندان آنان رابطه مثبت معنادار ( $r=0/315$  و  $p=0/001$ ) وجود دارد. یعنی با افزایش نمره سلامت عمومی (کاهش سلامت عمومی مادر) اختلال روانی فرزند افزایش می‌یابد.

### بحث و نتیجه گیری

نخستین یافته‌های پژوهشی حاضر نشان داد بین دو گروه از دانشجویان شاهد و عادی از لحاظ اختلال روانی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر فقدان پدر به تنهایی نتوانسته تفاوت‌های عمده شخصیتی در سطح بهنجار و نابهنجار در فرزندان شاهد نسبت به افراد عادی ایجاد نماید.

بک و همکاران (نقل از آدامز، ۱۳۷۳) نیز آشکار ساخت که مرگ پدر به تنهایی قادر به پیش بینی افسردگی در فرزندان نیست. یافته های پژوهشی پردیس و هیل (نقل از حیدری، ۱۳۸۴) مؤید آن بود که محرومیت پدر زمانی می تواند باعث گرایش به خودکشی در فرزندان شود که زمینه های ژنتیکی افسردگی در فرزندان وجود داشته باشد. یعنی مرگ پدر به تنهایی قادر به پیش بینی افسردگی در فرزند نیست، مونر و همکاران (نقل از قهاری ۱۳۸۲) بیان کرد که محرومیت از والدین الزاما باعث بیماری روانی در فرزندان نمی شود. یافته های نتانت و کریستو فر (نقل از حیدری، ۱۳۸۴) نیز همسو با یافته های پژوهش حاضر نشان داد که مرگ والدین در کودکی (بچگی) عامل خطرناک و قابل توجهی برای افسردگی در بزرگسالی نیست.

به نظر می رسد از دست دادن همسر و مشکلات زندگی پس از مرگ همسر زمینه ساز کاهش سلامت عمومی مادران شهید بو ده است. اصولاً " پایان روابط زن و شوهر جزء رویدادهای است که بالاترین استرس ها را به همسر تحمیل می کند، مرگ شوهر احساسات شدید و اغلب طاقت فرسایی در همسر او ایجاد می کند. زنانی که همسر خود را از دست می دهند بیشتر آمادگی دارند که از نظر جسمی، روانی، خواب و تغذیه اختلال پیدا کنند. مشکلات مختلف از جمله تربیت فرزندان، برقراری روابط اجتماعی مجدد، تغییر در شبکه های دوستی، مشکلات شغلی، احساس تنهایی، اداره کردن زندگی به تنهایی، تغییر موقعیت قبلی در خانواده و جامعه، ایفای نقش های دوگانه پدر و مادر، احتمال بروز مشکلات روانی و جسمانی را در زن افزایش می دهد.

در ازدواج مجدد وابستگی فکری، عاطفی نسبت به پدر قبلی و تهدید قلمداد شدن فرزند خوانده برای ناپدیری بر برقراری رابطه سازنده بین فرزند و ناپدیری را به تأخیر می اندازد و نیاز به زمان دارد. اگر چه پژوهش های زیادی در این مورد وجود ندارد اما برخی مطالعات نشان داده اند که اساساً ارتباط بین فرزندان و ناپدیری بهتر و صمیمانه تر از ارتباط بین فرزندان و نامادری می باشد (سنتراک وستیرل نقل از نیکخو، ۱۳۸۲).

این پژوهش به لحاظ مکان و زمان محدود به استان آذربایجان غربی و سال تحصیلی ۸۷-۸۸ می باشد و قابلیت تعمیم به سایر استانها را ندارد . ابزار جمع آوری اطلاعات پژوهش، پرسشنامه های خود گزارش دهی بوده که قابلیت به پژوهش هایی که با سایر ابزارها بررسی شده اند قابل تصمیم نیستند.

ارائه خدمات مشاورای و مددکاری در زمینه های متفاوت جهت کنار آمدن با مشکلات ناشی از فقدان پدر در خانواده، ضرورت دارد لذا پیشنهاد می گردد که مراکز مددکاری و مشاوره ای بنیاد شهید به خانواده ها علی الخصوص مادران و دیگر اقوامی که با فرزندان شهید زندگی می کنند آگاهی دهند و با پایگاه اجتماعی ، حمایتی مناسبی برای فرزندان شهید فراهم آوردند .

۲- نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ازدواج مادران، از طرفی سبب ایجاد یک پایگاه برای شخص مادر و به تبع آن سبب جبران جایگاه خالی پدر خواهد شد ولی از طرفی احتمال دارد که برای فرزندان ضربه ای عاطفی باشد در نتیجه ازدواج مادران باید با دقت و همراه با ارائه چندمرحله مشاوره ازدواج انجام گیرد.



## منابع:

- آدامزو همکاران، ترجمه: خسروباقری و عطاران، (۱۳۷۳)، روانشناسی کودکان محروم از پدر، تهران: انتشارات تربیت.
- اهالی ابادی، اعظم، (۱۳۸۲)، مقایسه نیمرخ روانشناختی نوجوانان شاهدی که مادرانشان ازدواج مجدد داشته اند و نوجوانان شاهدی که مادرانشان ازدواج مجدد نداشته اند، تهران: دانشگاه الزهراء.
- بخشی پورودسری، عباس. باقریان خسروشاهی، ص. (۱۳۸۵)، ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت آیزنک فرم کوتاه، تهران: فصلنامه انجمن روان شناسی ایران.
- بشیریپور، خ. (۱۳۸۶)، بررسی مقایسه ای ویژگی‌های شخصیتی، میزان استرس و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.
- پرینگل، م. مترجمان: ایجاد، ن. شافعی مقدم، ج. (۱۳۸۶)، نیازهای کودکان؛ تهران: انتشارات رشد.
- حیدری، عباس، (۱۳۸۴)، مقایسه عملکرد تحصیلی، سلامت روانی و مسئولیت پذیری فرزندان شاهد که مادرانشان ازدواج نموده با آنهایی که ازدواج مجدد نداشته اند، استان بوشهر سال ۱۳۸۲.
- دادستان، پریخ، (۱۳۸۱)، تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن، تهران: انتشارات رشد.
- دلبلیو، جیمز، وندر، زندن، ترجمه: گنجی، حمزه، (۱۳۷۴)، روانشناسی رشد، تهران: انتشارات بعثت.
- رابرتسون، یان، ترجمه: بهروان، حسین، (۱۳۷۵)، درآمدی بر جامعه، تهران: انتشارات قدس.
- سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا، ترجمه: نصرت ... پورافکاری، (۱۳۸۲)، خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی (جلد ۱)، تهران: انتشارات شهرآب-آینده سازان.
- قائمی، علی (۱۳۷۰)، نقش پدر در تربیت، تهران: انتشارات شفق.
- قهاری، شهربانو، (۱۳۸۲)، بررسی مقایسه ای برخی از اختلالات روانی در کودکان ۱۲ تا ۱۷ ساله شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهرستان چالوس، تهران: انیستیتور روانپزشکی.
- کاویانی، حسین، (۱۳۸۲)، نظریه ی های زیستی شخصیتی، تهران: انتشارات سنا.

- ماسن، پاول هنری. کانجر، جان جین وی و همکاران، ترجمه: یاسایی، مهشید، (۱۳۸۰)، رشد و شخصیت کودک، تهران: انتشارات کتاب ماد.
- نیکخو، غلام حیدر، (۱۳۸۲)، بررسی اثرات روانشناختی ازدواج مجدد همسران شهید بر فرزندان شاهد استان آ - غ، ارومیه: معاونت فرهنگی و پژوهشی بنیاد شهید.
- Bayer, J.K., Sansor, A.V., Hemphill, S.A. (2006), Parent influences on early childhood internalizing difficulties, *Journal of Applied psychology*, 27, 542-559.
- Beck, A.I. (1967), *Depression: clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. NEW YORK: Harvan Row.
- Brown CW, Harris T., (1997), Copeland JR, Depression and loss, *British Journal of psychiatry*. Jan, 130:1-8.
- Gartstein, M.A., Bridgett, D.G., Dishian, T.J., Kaufman, N.K., (2009), Depressed mood and maternal report of child behavior problems: Another look at the depression-distorsion hypothesis, *Journal of Applied Developmental psychology*, 30(2):149-160
- Ginsburg, G.S., Schlosberg, M.C., (2002), Family-based treatment of childhood anxiety disorders, *International Review of psychiatry*, 14:143-154.
- Lim, J., Wood, B.L., Miller, B.D., (2008), maternal depression and parenting in relation to child internalizing symptoms and Asthma disease activity, *Journal of family psychology*, 22(2):264-273.
- pringle, M. k., (1978), *Controversial Issues in Child Development*, University of London Press.
- Padu, S.N. and Peltzer K., 2000, Risk Factors and child Sexual Abuse Among Secondary School Students in the northern Province (southern Africa)’, *Vol. 24, Number, 2, February*, page(s) 259-268.
- Suzanne M. Morin. Carla molito and Costlow, N., (2001), ‘Adolescents Perception of Discipline within Intact Families and Stepfamilies’, *Vol. 36, Number*.