

## بررسی بهزیستی روانشناختی و کمال گرایی والدین کودکان مبتلا به یبوست

محمد سبحانی شه میرزادی<sup>۱</sup>، بهرام میرزاییان<sup>۲</sup>، نازنین حقیقی شه میرزادی<sup>۳</sup>، مهلا منصوری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> فوق تخصص گوارش کودکان، استاد یار، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان.

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی.

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی.

نام نویسنده مسئول:

محمد سبحانی شه میرزادی

### چکیده

معرفی: فیزیولوژی دستگاه گوارش با حالت‌های هیجانی مشخصی ارتباط دارد و اختلال‌های گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماری‌های طبی رتبه اول را دارند. یبوست کودکان بیماری شایع و مزمنی است که به راحتی درمان نمی‌شود و به این علت مشکلات مختلفی را در کودک و والدین به دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی و کمال گرایی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست مزمن انجام شده است.

روش مطالعه: نمونه پژوهش ۳۰ نفر والدین کودکان مبتلا به یبوست مزمن در مقایسه با ۳۰ نفر از والدین کودکان عادی بودند. معیار RM-III برای تشخیص یبوست مزمن در کودکان، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB) و پرسشنامه کمال گرایی هیل در مورد والدین اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس به کار گرفته شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین کمال گرایی مادران ( $P < 0.05$ ) و بهزیستی روانشناختی پدران ( $P < 0.01$ ) کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست، تفاوت معناداری وجود دارد اما تفاوت معناداری بین بهزیستی روانشناختی مادران و کمال گرایی پدران کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست مشاهده نشد ( $P > 0.01$ ). نتایج حاصل نشان دادند وضعیت والدین دارای کودکان سالم در ۵ مولفه بهزیستی روانشناختی بهتر از والدین کودکان بیمار می‌باشد ( $P < 0.05$  و  $P < 0.01$ ). همچنین بین دو مولفه کمال گرایی، یعنی حساسیت بین فردی و استاندارد بالا برای دیگران، در دو گروه از والدین تفاوت معناداری مشاهده شده است ( $P < 0.01$ ).

نتیجه: نتایج این پژوهش بر نقش مهم عوامل روانشناختی در ارتباط والد و کودک تاکید دارد و می‌تواند اساس توانمندسازی والدین در داشتن ارتباط سالم با فرزندان در جهت ارتقاء بهداشت روانی و جسمانی خانواده قرار بگیرد.

**واژگان کلیدی:** یبوست مزمن، بهزیستی روانشناختی، کمال گرایی، والدین، کودکان.

## مقدمه

کودکان در طول تاریخ آسیب پذیرترین قشر جامعه بوده اند. فقر، سوء تغذیه، بیماری، جنگ، انواع سوء استفاده ها، بهره کشی کاری، استثمار جنسی، نداشتن امنیت از جمله مواردی است که همواره کودکان را در سراسر جهان مورد تهدید قرار داده است (۱). خانواده نخستین و بادوام ترین عاملی است که به عنوان سازنده زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده است (۲). بیماری های مزمن کودکان و آثار روانشناختی ناشی از عوامل مذکور مانند کاهش حرمت خود، ضعف در روابط همسالان، تغییرات در شکل بدن، اضطراب و افسردگی و ... باعث ایجاد سازش نیاافتگی روان شناختی در کودک بیمار و والدین می شود که این امر لزوم مداخلات روان شناختی را برجسته می کند (۳). اتفاقات رخ داده در خانواده، میتواند عامل سببی و موثر برای یبوست باشد. در مطالعه ای مشخص شده که در ۸۸ درصد کودکان، یبوست در نتیجه اتفاقی پر دغدغه و تنش زا در خانواده ها رخ می دهد (جدایی والدین، تولد، مرگ، نقل مکان) (۴).

فیزیولوژی دستگاه گوارش با حلالتهای هیجانی مشخصی ارتباط دارد و اختلالات گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماری های طبی رتبه اول را دارند (۵). یبوست دوران کودکی یک مشکل شایع است و یکی از بحث های رایج بین پزشکان به خصوص متخصصین کودکان و فوق تخصصین گوارش کودکان است و درمان یبوست یک چالش است و اغلب نیاز به دوره ی طولانی درمان و دارو درمانی دارد (۶). علل مختلفی در بروز آن نقش دارند که عوامل ارگانیکی و غیر ارگانیکی را شامل می شوند. در این میان مشکلات رفتاری کودک و اختلالات در روابط والدین- کودک هم به عنوان علت یبوست ذکر شده است. یبوست برای کودک و خانواده منبع و سرچشمه اضطراب است (۷).

به علت تعدد علل و نامشخص شدن علت اولیه یبوست در ارزیابی های معمول، گاهی اوقات این بیماری روان زاد نام گذاری شده است. (۸). تاریخچه مفصل روانی - اجتماعی جهت ارزیابی ساختار خانواده و روابط خانواده و کودک در ارزیابی یبوست کودکان سودمند است. در روش بالینی در بسیاری از موارد مشاهده شده، ممکن است یبوستی که در مقابل معالجه و درمان مقاوم است پیامدها و اثرات شدید اجتماعی و روانشناختی را برای کودک و خانواده هایشان به بار آورد (۹). در طول دوره ی درمان یبوست ناشناخته همکاری نزدیک میان پزشکان متخصص اطفال و روانشناسان توصیه شده است (۴).

شناسایی متغیرهای روان شناختی، مخصوصاً متغیرهای شخصیتی مرتبط با سلامت و بیماری جسمانی مورد توجه پژوهشگران قلمروهای روان شناسی و سلامت بوده است. کمال گرایی نیز، یکی از متغیرهای شخصیتی تاثیرگذار بر وضعیت سلامت و بیماری است (۱۰). جنبه های روانی یبوست عمدتاً در روش بالینی نادیده گرفته شده اند (۱۱). پژوهشی که به طور مستقیم بدین منظور صورت گرفته باشد حداقل در جستجوهای انجام شده وجود ندارد از این رو تحقیق در این زمینه جهت مطالعات بیشتر برای رسیدن به کارهای علمی برای درمان و پیشگیری از این مشکل ضروری به نظر می رسد. بنابراین سوال اساسی در این پژوهش این است که آیا بین بهزیستی روانشناختی و کمال گرایی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست مزمن تفاوتی وجود دارد یا خیر.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی و از نوع causal - comparative (post facto research) میباشد. جامعه پژوهش والدین کودکان مبتلا به یبوست مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی کودکان مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان می باشد و نیز یک گروه همتا که والدین کودکان غیرمبتلا به یبوست می باشند. نمونه ها از بین کلیه والدین کودکان مبتلا به یبوست که به دو کلینیک تخصصی کودکان مراجعه کرده اند به صورت تصادفی ساده انتخاب شده اند. حجم نمونه ۳۰ نفر برای گروه مبتلا به یبوست و ۳۰ نفر برای گروه کنترل انتخاب شد. روش گردآوری اطلاعات از نوع میدانی است و ابزار گردآوری، شامل پرسشنامه معیار استاندارد رم ۴ جهت تشخیص یبوست، پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف و پرسشنامه کمال گرایی هیل می باشد. پرسشنامه معیار استاندارد رم - ۴ (Rome IV) جهت تشخیص یبوست مورد استفاده قرار گرفته که باید حداقل ۲ مورد از معیارهای ۶ گانه موجود در پرسشنامه در طی ۳ ماه گذشته رخ داده باشد (۱۲ و ۱۳). پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB) برای اندازه گیری بهزیستی روانشناختی که از مدل ۸۴ سوالی آن استفاده شده است. این پرسشنامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی که شامل: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است را مورد ارزیابی قرار می دهد (۱۴). ای پرسشنامه، به منظور هنجاریابی مقیاس های بهزیستی روان شناختی در ایران بر روی نمونه ای متشکل از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آرادشهر اجرا شد. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس به زیستی روانشناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود. پرسشنامه مورد استفاده دیگر، کمال گرایی هیل به صورت خودگزارشی و از نوع پرسشنامه های عینی است. شش مولفه این سیاهه عبارتند از: حساسیت بین فردی، تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی و استانداردهای بالا برای دیگران. نسخه ی فارسی این پرسشنامه با ۵۸ عبارت و ۶ زیر مقیاس توسط هومن و

سمائی در سال ۱۳۸۹ در نمونه ایرانی اعتباریابی، رواسازی و هنجاریابی شد که بر روی ۵۵۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه های سراسری تهران سال تحصیلی ۸۸-۸۹ صورت گرفت. ضریب آلفای کرونباخ کل مجموعه برابر ۰/۹۲۶ محاسبه شد و ضریب اعتبار آن به روش باز آزمایی بعد از اجرای نهایی به روی ۵۰ نفر به فاصله ی ۶-۲ هفته (میانگین ۴ هفته) مجدداً اجرا شد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین دوبار اجرا برابر با ۰/۷۳۶ بود (۱۵).

### یافته ها

از مجموع والدین شرکت کننده (هر دو گروه کنترل و مورد) ۵ نفر زیر ۲۵ سال، ۳۶ نفر بین ۲۶ تا ۳۵ سال و ۱۹ نفر بالای ۳۵ سال بودند. و همچنین ۲۰ نفر از فرزندان شرکت کننده پسر و ۱۰ نفر دختر بودند که ازمین تعداد ۴ نفر زیر ۴ سال، ۱۲ نفر بین ۴ تا ۶ سال و ۱۴ نفر بالای ۶ سال بودند.

جدول ۱: کمال گرایی مادران کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست

| گروهها                       | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------------------------------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| مادران کودکان مبتلا به یبوست | ۱۶۴/۷۳  | ۱۷/۴۴        | ۲/۱۱    | ۵۸         | ۰/۰۳۹        |
| مادران کودکان سالم           | ۱۵۶     | ۱۴/۴۰        |         |            |              |

بر اساس نتایج مطالعه تفاوت قابل ملاحظه ای بین میانگین بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به یبوست (۳۵۳/۶۳) و غیر مبتلا به یبوست (۳۶۹/۴۳) مشاهده نشد. به عبارتی بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به یبوست و سالم حدوداً یکسان است. اما طبق نتایج جدول فوق بین میانگین کمال گرایی مادران کودکان مبتلا به یبوست (۱۶۴/۷۳) و غیر مبتلا به یبوست (۱۵۶) تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). به عبارتی کمال گرایی مادران دارای کودکان مبتلا به یبوست بیشتر از مادران دارای فرزندان سالم است.

جدول ۲: بهزیستی روانشناختی پدران مبتلا و غیرمبتلا به یبوست

| گروهها                      | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|-----------------------------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| پدران کودکان مبتلا به یبوست | ۳۴۰/۶۰  | ۴۴/۹۹        | -۳/۰۶   | ۵۸         | ۰/۰۰۳        |
| پدران کودکان سالم           | ۳۷۵/۹۰  | ۴۴/۲۷        |         |            |              |

تفاوت بین میانگین بهزیستی روانشناختی پدران کودکان مبتلا به یبوست (۳۴۰/۹۹) و غیر مبتلا به یبوست (۳۷۵/۹۰) معنادار بود. ( $P < ۰/۰۱$ ) به عبارتی بهزیستی روانشناختی پدران دارای کودکان سالم بهتر از پدران دارای کودکان مبتلا به یبوست است. اما بین میانگین کمال گرایی پدران کودکان مبتلا به یبوست (۱۶۴/۶۰) و غیر مبتلا به یبوست (۱۵۷/۸۷) تفاوت معنادار وجود ندارد. کمال گرایی پدران دارای کودکان مبتلا به یبوست و سالم حدوداً یکسان است.

بر اساس نتایجی که در جدول زیر آمده بین پنج مولفه (پذیرش خود، روابط مثبت، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد شخصی) بهزیستی روانشناختی والدین کودکان مبتلا و غیر مبتلا به یبوست تفاوت معنادار وجود داشت. با توجه به میانگین حاصل در هر ۵ مولفه وضعیت والدین دارای کودکان غیر مبتلا به یبوست بهتر از والدین کودکان مبتلا می باشد اما در مولفه خودمختاری تفاوت معنادار مشاهده نشد و هر دو گروه حدوداً وضعیت یکسانی در این مولفه دارند.

جدول ۳: بهزیستی روانشناختی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست

| متغیر      | گروهها              | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------------|---------------------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| پذیرش خود  | والدین کودکان مبتلا | ۵۵/۸۳   | ۹/۱۹         | -۲/۵۴   | ۱۱۸        | ۰/۰۱۲        |
|            | والدین کودکان سالم  | ۶۰/۲۸   | ۹/۹۵         |         |            |              |
| روابط مثبت | والدین کودکان مبتلا | ۵۸/۳۰   | ۱۰/۰۵        | -۲/۷۸   | ۱۱۸        | ۰/۰۰۶        |
|            | والدین کودکان سالم  | ۶۳/۲۸   | ۹/۵۱         |         |            |              |
| خودمختاری  | والدین کودکان مبتلا | ۵۴/۶۰   | ۷/۴۶         | -۱/۶۷   | ۱۱۸        | ۰/۰۹۷        |
|            | والدین کودکان سالم  | ۵۶/۹۰   | ۷/۵۹         |         |            |              |

|              |                     |       |       |     |       |
|--------------|---------------------|-------|-------|-----|-------|
| تسلط بر محیط | والدین کودکان مبتلا | ۵۸/۵۰ | ۸/۳۷  | ۱۱۸ | ۰/۰۰۸ |
|              | والدین کودکان سالم  | ۶۲/۹۵ | ۹/۶۴  |     |       |
| زندگی هدفمند | والدین کودکان مبتلا | ۵۹/۵۸ | ۱۰/۴۶ | ۱۱۸ | ۰/۰۰۴ |
|              | والدین کودکان سالم  | ۶۴/۷۵ | ۸/۵۹  |     |       |
| رشد شخصی     | والدین کودکان مبتلا | ۶۰/۳۰ | ۷/۳۱  | ۱۱۸ | ۰/۰۰۳ |
|              | والدین کودکان سالم  | ۶۴/۵۰ | ۷/۷۸  |     |       |

بین دومولفه (حساسیت بین فردی، استاندارد بالا برای دیگران) کمال گرایی والدین کودکان مبتلا و غیر مبتلا به یبوست تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتیجه حاصل در هر دو مولفه میانگین وضعیت والدین دارای کودکان مبتلا به یبوست بیشتر از والدین کودکان غیر مبتلا می باشد اما در مولفه های تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی تفاوت معنادار مشاهده نشد و هر دو گروه حدوداً وضعیت یکسانی در این مولفه دارند.

جدول ۴: مولفه های کمال گرایی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست

| متغیر                      | گروهها              | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|----------------------------|---------------------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| حساسیت بین فردی            | والدین کودکان مبتلا | ۵۴/۸۱   | ۸/۶۸         | ۲/۷۰    | ۱۱۸        | ۰/۰۰۸        |
|                            | والدین کودکان سالم  | ۵۰/۶۰   | ۸/۳۹         |         |            |              |
| تلاش برای عالی بودن        | والدین کودکان مبتلا | ۲۱/۶۱   | ۳/۰۷         | ۰/۷۸۰   | ۱۱۸        | ۰/۴۳۷        |
|                            | والدین کودکان سالم  | ۲۱/۱۱   | ۳/۹۰         |         |            |              |
| نظم و سازماندهی            | والدین کودکان مبتلا | ۲۲/۱۵   | ۲/۳۷         | ۱/۴۱    | ۱۱۸        | ۰/۱۶۱        |
|                            | والدین کودکان سالم  | ۲۱/۴۶   | ۲/۹۰         |         |            |              |
| ادراک فشار از سوی والدین،  | والدین کودکان مبتلا | ۱۷/۷۸   | ۳/۵۹         | ۰/۹۷۸   | ۱۱۸        | ۰/۳۳۰        |
|                            | والدین کودکان سالم  | ۱۷/۱۵   | ۳/۵۰         |         |            |              |
| هدفمندی                    | والدین کودکان مبتلا | ۲۴/۲۸   | ۲/۵۴         | -۰/۳۰۱  | ۱۱۸        | ۰/۷۶۴        |
|                            | والدین کودکان سالم  | ۲۴/۴۳   | ۲/۸۹         |         |            |              |
| استاندارد بالا برای دیگران | والدین کودکان مبتلا | ۲۴/۰۱   | ۳/۶۱         | ۲/۷۷    | ۱۱۸        | ۰/۰۰۶        |
|                            | والدین کودکان سالم  | ۲۲/۱۶   | ۳/۶۹         |         |            |              |

## بحث

در این مطالعه که با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی و کمال گرایی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست طراحی و اجرا شد، با توجه به تجزیه و تحلیل این فرضیه و میانگین پاسخ های آزمودنی ها بین بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به یبوست و کودکان سالم تفاوت معنا داری مشاهده نشده است.

جهت مقایسه سعی شد از پژوهش های نزدیک به عنوان پژوهش حاضر استفاده شود و با توجه به این که بهزیستی روانشناختی یکی از مولفه های کیفیت زندگی است از متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان نیز بهره گرفته ایم. نتایج مطالعه ما با یافته های پژوهش ازکتان و همکاران (۷) و خیاط زاده ماهانی (۱۶) همخوانی دارد. آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کودکان مبتلا به یبوست ناشناخته و والدین شان اختلاف قابل توجه و چشمگیر رفتاری و روانی از خود نشان نمی دهند ( $P < 0.05$ ) و نمودار روانشناختی خصوصیات آنها متفاوت از افراد معمولی نمی باشد. نتایج بدست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که بین میانگین کمال گرایی مادران کودکان مبتلا به یبوست و مادران کودکان غیرمبتلا به یبوست تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع کمال گرایی مادران دارای کودکان مبتلا به یبوست بیشتر از مادران دارای کودکان سالم است. یافته های حاصل از این پژوهش، نتایج پژوهش فرنام و همکاران (۱۷) را تأیید می کند. نتایج پژوهش آنها شخصیت مادری را به عنوان عاملی برای تاثیر گذاری مستقیم بر آراستن رفتار کودکان نشان می دهد که منجر به یبوست کارکردی آنها می شود. کوال و پرچارد (۱۸) بیان میکنند اضطراب، کمال گرایی و فشارهای زندگی به طور معنا داری به پیش بینی سردرد کمک میکنند. مادر کمال گرا بیش از حد انتقاد می کند، سخت گیر و غیرتأییدکننده است و کودک را تحت فرمان بایدهای سفت و سخت قرار می دهد، و علاقه اش به

کودک بستگی به عملکرد کودک دارد. این عدم تأیید و دوست داشتن مشروط عامل از دست دادن احساس نزدیکی و مهربانی و بروز اضطراب است و فشارهای شدیدی را بر کودک ایجاد می کند که باعث بروز انواع مشکلات از جمله یبوست می شود.

طبق نتایج، بهزیستی روانشناختی پدران دارای کودکان سالم بهتر از پدران دارای کودکان مبتلا به یبوست است که با یافته های حاصل از پژوهش آلبیانی و همکاران (۱۹) همخوانی دارد. در پژوهش آنها تأثیرات غیرمستقیم بین شدت یبوست و کیفیت زندگی وابسته به سلامت جسمی و فیزیکی مشاهده شده بود.

از دیر باز رابطه وضعیت روانشناختی مادر و کودک از ابعاد مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است اما پدران سهم کمتری در این مطالعات داشته اند، با توجه به پژوهش حاضر نه تنها شخصیت مادری بلکه ویژگیهای روانشناختی شخصیت پدری هم بر یبوست کودکان تأثیر گذار است.

در مطالعه حاضر کمال گرایی پدران دارای کودکان مبتلا به یبوست و سالم حدوداً یکسان گزارش شد. این یافته با یافته های پژوهش ازکتان و همکاران (۷) همخوانی دارد. آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کودکان مبتلا به یبوست ناشناخته و والدین شان اختلاف قابل توجه و چشمگیر رفتاری و روانی از خود نشان نمی دهند و نمودار روانشناختی خصوصیات آنها متفاوت از افراد معمولی نمی باشد. در تبیین این نکته، می توان این طور استنباط کرد که پدران در امور تربیتی کودکان ارتباط مستقیم کمتری دارند و معمولاً مادران هستند که وقت بیشتری را با کودکان می گذرانند، بنابراین کودک با معیارهای عملکردی تعیین شده توسط مادر رفتار می کند.

بین ۵ مولفه (پذیرش خود، روابط مثبت، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد شخصی) بهزیستی روانشناختی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست تفاوت معنادار مشاهده شد و با توجه به میانگین حاصل در هر پنج مولفه وضعیت والدین کودکان غیرمبتلا به یبوست بهتر از والدین کودکان مبتلا به یبوست می باشد. اما در مولفه خود مختاری وضعیت هر دو گروه حدوداً یکسان است. یافته های حاصل پژوهش حاضر با یافته های پژوهش فرنام و آلبیانی و خیاط زاده ماهانی همخوانی دارد (۱۶ و ۱۷ و ۱۹). نتایج پژوهش آنها شخصیت مادری را به عنوان عاملی برای تأثیر گذاری مستقیم بر آراستن رفتار کودکشان نشان می دهد که منجر به یبوست کارکردی آنها می شود. هرگونه انحراف و اختلال در سیر طبیعی سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی والدین، بر سلامت جسمانی و روانی کودکان اثر گذار می باشد و از طرف دیگر ابتلا به بیماری های مزمن کودکان در بهزیستی روانشناختی والدین مؤثر است. در مطالعه ما مشخص شد که بین دو مولفه (حساسیت بین فردی، استانداردهای بالا برای دیگران) و کمال گرایی والدین کودکان مبتلا و غیرمبتلا به یبوست تفاوت معناداری وجود دارد. در هر دو مولفه میانگین کمال گرایی بیشتر می باشد. یافته های حاصل پژوهش حاضر با یافته های پژوهش فرنام و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. افرادی که در بعد حساسیت بین فردی نمره بالایی کسب می کنند به شدت نسبت به انتقاد و اظهار نظر و رفتارهای اطرافیان حساس هستند. وقتی والدین نگران اظهار نظرهای دیگران در مورد خود و کودکشان هستند، مرتباً نگران سر زدن خطا از کودک خود و قضاوت منفی دیگران بوده و همواره با تجربه های اضطراب پنهان زندگی می کنند و کودک را برای مورد تایید دیگران بودن تحت فشار می گذارند و از طرفی آنها استانداردهای بالایی برای دیگران دارند. در واقع انتظار عملکرد کامل و درست از دیگران که طبیعتاً کودک خودشان در درجه اول اهمیت قرار می گیرد. در این فضا کودک حس می کند تنها در صورتی ارزشمند است که کارها را به بهترین و کامل ترین شیوه انجام دهد و به این باور می رسد که لازمه دوست داشتنی بودن وجود حداکثر لیاقت، کمال و فعالیت شدید است. در چنین محیط پرفشار و پراضرابی کودکان علاوه بر آسیب های روانی، علائم و نشانه های بیماریهای جسمانی متفاوت از جمله یبوست را بروز می دهد.

### نتیجه گیری

بر اساس مطالعه حاضر، بین بهزیستی روانشناختی و کمال گرایی والدین کودکان مبتلا به یبوست و کودکان غیر مبتلا به یبوست تفاوت معنا دار وجود دارد. خانواده به عنوان اولین نظام حمایت اجتماعی در دسترس کودک و از مهمترین محیط های مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی کودک مطرح است و سلامت شخصیت و روابط در درون این نظام بر آینده کودک تأثیر بسزایی دارد و با در نظر گرفتن این نکته که نیازهای روانی و اجتماعی والدین کودکان مبتلا به بیماری های مزمن بیشتر از کودکان سالم است، لازم است برنامه ریزی جهت ارتقاء سطح بهداشت روان والدین و کودکان در نظر گرفته شود و قابل انتظار است که با آموزش و افزایش آگاهی خانواده مشکلات سلامت جسمانی و روانی کودکان کاهش یابد. از دیر باز رابطه وضعیت روانشناختی مادر و کودک از ابعاد مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است و پدران سهم کمتری در این مطالعات داشته اند، اما نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر گذاری شخصیت پدر بر سلامت کودک است، که خود دلیلی برای پژوهش های آینده است.

## منابع و مراجع

- [۱] محمدخانی، پروانه (۱۳۷۸). کودک آزاری، شیوع و انواع ویژگی های روانشناختی کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی و سلامت عمومی والدین آنها. پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- [۲] بیرامی، منصور. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت های فرزند پروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برون سازی بر سلامت روانی و شیوه های تربیتی آنها. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال یازدهم.
- [۳] بزازیان، سعیده (۱۳۸۸). بیماری های مزمن کودکان، آثار و روش های مداخله گری روانشناختی. روان شناسی: عرصه ها و دیدگاه ها. تهران: سمت.
- [4] Amendola, s ; De Angelis, p; Dalloglio, L; Di Abriola, C.F; Di Lorenzo, M.(2003). Combined approach to functional constipation in children. Journal of Pediatr. Surg, 38, 819-823.
- [۵] کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند.
- [6] Kliegman, R.M; Behrman, R.F; Jenson, H.B; Stanton, B. (2007). Nelson text book of pediatric. 18th. ed. USA: Saunder : p.1564-8.
- [7] Ozokutan, B.H; Zoroglu, S; Ceylan, H; & ozKan , K.(2005). Psychological evolution of children with idiopathic constipation and their parents. Pediatrics international , 47, 311-315.
- [8] Abrahamian, F.P; lioyd- still, J.P.(1984). Chronic Constipation in Childhood: A longitudinal study of 186 patients. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr, 3, 460-467.
- [9] Baker, s.s; Liptak, G.s; Colletti, R.B; et al. (1999). Constipation in infants and children : Evalution and treatment. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr, 29, 612-626.
- [۱۰] بشارت، محمدعلی، عسگری، علی، علی بخشی، سیده زهرا، و موحدی نسب، علی اکبر. (۱۳۸۹). کمال گرایی و سلامت جسمانی: اثر واسطه ای عواطف منفی و مثبت. مجله علمی پژوهشی روانشناسان و علوم تربیتی، روانشناسی تحولی (روانشناسان ایران)، ۲۶، ۱۲۳-۱۳۶.
- [11] Costello, E.J; Edelbrock, C; Costello, A.J; Dulcan, M.K; Burns, B.J.(1988). Psychopathology in pediatric primary care : the new hidden morbidity. Pediatrics, 82, 567-574.
- [12] Drossman, D.A; Corazziari. E; & Talley. N.J, et al. (2000); Rome III: The Functional gastrointestinal disorders. Dignosis, Pathophysiology and treatment, amultional consensus, 2nd ed. Mclean, VA: Degnon Associates.
- [13] Drossman, D.A. & Dumitrascu, D.L. (2006). Rome III : New standard for functional gastrointestinal Disorders. Journal of Gastrtointestin Liver Disprder , 15(3), 237-241.
- [۱۴] بیانی، علی اصغر، کوچکی، عاشورمحمد، بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانپزشکی بالینی ایران، ۱۴ (۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- [۱۵] سمایی، سهیلا (۱۳۸۹). اعتباریابی، رواسازی و نرم یابی سیاهه کمال گرایی هیل. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- [۱۶] خیاط زاده ماهانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم. در ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی، دانشگاه شاهد، آبادان، ۸۳.
- [17] Farnam, A.R; Rafeey, M; Farhang, S; khodjastejafari, S. (2009). Functional constipation in children: does maternal personality matter? Italian journal of pediatrics , 35-25.
- [18] Kowal, A;&Pritchard, D.(1990). Psychological characteristics of children who suffer from headache: A research hote. Journal of Clinical Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 31, 637-649.
- [19] Albiani, J.J; Hart, S.L; Katz, L; Berian, J; Del Rosario, A; Lee, J; Varma, M. (2012). Impact of Depression and Anxiety on the Quality of Life of Constipated Patients. Journal of Clinical Psychology in Medical Setting, may.