

شیوع اختلال‌های روان‌شناختی در مراقبان کودکان با کم‌توانی ذهنی و ناتوانی حرکتی در استان همدان

نرگس زمانی^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۲*}

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: شیوع اختلال‌های روانی نقش مهمی در شناخت وضعیت موجود بهداشت روان جامعه و برآورد امکانات مورد نیاز آن در هر مقطع زمانی دارد؛ بنابراین هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلال‌های روان‌شناختی در مراقبان کودکان با کم‌توانی ذهنی و ناتوانی حرکتی استان همدان در سال ۱۳۹۵ بود.

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع پیمایشی - مقطعی بود. جامعه آماری شامل تمامی مراقبان (مادران) کودکان با ناتوانی بود که در مراکز و کلینیک‌های بهزیستی شهرستان همدان در سال ۱۳۹۵ پذیرش شده بودند. از بین این خانواده‌ها، ۳۷ خانواده دارای فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی و ۳۷ خانواده دارای فرزند ناتوانی حرکتی به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها، نسخه تجدیدنظرشده فهرست علائم ۹۰ سؤالی (۱۹۷۶) بود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد شایع‌ترین اختلال‌های روانی در مراقبان کودکان کم‌توان ذهنی شامل پرخاشگری (خصوصیت)، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی و افسردگی و در مراقبان کودکان با ناتوانی حرکتی شامل شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئیدی و اضطراب بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مراقبان کودکان با نیازهای ویژه از نظر سلامت روانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند که نتیجه عدم سازش‌یافتگی مناسب با ناتوانی فرزندشان و برآورده نشدن نیازهای آنها است.

کلیدواژه‌ها: شیوع، اختلال‌های روان‌شناختی، کم‌توانی ذهنی، ناتوانی حرکتی

مقدمه

مراقبت، ذاتاً یک رابطه نابرابر است، بدین معنی که مراقب در مقایسه با بیمار، مسئولیت و وظایف بیشتری به عهده دارد. با اینکه ممکن است چنین رابطه‌ای باعث رضایت شود ولی منجر به فشار یا اثر مراقبت در مراقبان شده و احساس کام‌ناپاافتگی و گناه را در فرد نیازمند ایجاد می‌کند و مراقبت از یک کودک ناتوان اثر چشمگیری بر خانواده دارد. بسیاری از شواهد پژوهشی نشان می‌دهند والدین کودکان با نیازهای ویژه^۱، تنیدگی^۲ و اضطراب والدگری^۳ فزاینده‌ای را در مقایسه با والدین کودکان بهنجار تجربه می‌کنند (۱)، با این حال، این پیامد بر اساس ماهیت اختلال کودک و برخی از متغیرهای خانواده متغیر است. اختلال‌های ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند، در مقایسه با اختلال‌های مزمن اثر متفاوتی بر زندگی خانواده دارند. علاوه بر این، ممکن است یک اختلال در دوره‌های مختلف، چالش‌های متفاوتی را برای خانواده به همراه داشته باشد (۲)، برای مثال با بزرگ‌تر شدن کودک، رفتار وی چالش‌برانگیزتر می‌شود و مسائل جدید را در حوزه ارتباط‌های اجتماعی، هنگام ورود کودک به مرحله نوجوانی به همراه دارد (۳) و هنگامی که مراقبت درازمدت باشد که در بسیاری از اختلال‌های روانی تا لحظه مرگ به طول می‌انجامد ممکن است مشکلات تشدید شده و با گذشت زمان برطرف نشوند. مشکل بزرگ‌تر این است که مراقبان درمی‌یابند که حق انتخاب ندارند (۲). برخلاف برخی روابط دیگر، مراقبان به دلیل اتفاقی که برای یک فرد دیگر روی داده است، این نقش را بر عهده می‌گیرند. برای نمونه، هنگامی که یکی از نزدیکان دچار اختلال‌های روانی می‌شوند یا توانایی حمایت از خود را ندارند، مراقبان به‌ناچار نقش مراقبتی را می‌پذیرند. مسائل ناشی از این موقعیت در همه اختلال‌ها مشترک هستند. هوش بارزترین فعالیت قوای ذهنی در بشر است که قدرت سازش‌یافتگی مغز را در محیط میسر می‌سازد. از نظر

فیزیولوژی هوش پدیده‌ای است که در اثر فعالیت یافته‌های قشر خارجی مغز آشکار می‌شود و از نظر روانی نیز نقش سازش‌یافتگی با شرایط محیط زیستی خود را بر عهده دارد. عوامل تربیتی در شکوفا شدن آن نقش مهمی دارند (۴).

برای کم‌توانی ذهنی^۴ تعریف‌های زیادی به عمل آمده، اما معتبرترین تعریف در طبقه‌بندی اختلال‌های روانی (۵) است که عبارت است از، اختلال ذهنی که در دوران تحول (کودکی و نوجوانی) روی می‌دهد و صرفاً بر اساس هوشبهر^۵ طبقه‌بندی نمی‌شود، هرچند هوشبهر آنها باید حداقل دو انحراف استاندارد کمتر از میانگین باشد.

خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و خانواده‌های دارای کودکان با ناتوانی جسمی و ذهنی نیز تحت فشار و تنیدگی زیادی قرار دارند، و این فشار و تنیدگی با شدت ناتوانی (۶) و نوع مشکل فرزندان (۷) مرتبط است. شمار افراد باناتوانی‌های متوسط و شدید در کشورهای درحال توسعه به ۲۰۰ میلیون نفر می‌رسد (۸) که معمولاً با فقر در ارتباط است (۶). در آمریکا از هر ۱۰۰ کودکی که متولد می‌شود ۲ کودک با نوعی ناتوانی به دنیا می‌آید (۹). تخمین زده شده است که ۷ تا ۱۰ درصد از مردم جهان دچار نوعی ناتوانی هستند (۱۰) که دامنه‌ای از خفیف تا شدید و ثابت یا موقتی را دربرگیرد و می‌تواند فیزیکی، حسی یا ذهنی باشد و ممکن است زندگی روزانه و تحول شخصی و اجتماعی و همچنین تحصیلات فرد را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۱) و در سطح پایین‌تر از بهنجار قرار دهد. این تأثیر فقط به کودکان محدود نمی‌شود بلکه خانواده و اعضای آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲) زیرا فرزندان ناتوان تأثیر معناداری بر عملکرد خانواده دارند. خانواده‌های دارای فرزند ناتوان نسبت به خانواده‌های دیگر در معرض تنش‌های بزرگ‌تری قرار دارند (۲) و احساس‌هایی از قبیله درماندگی، حرمت خود^۶ پایین و خشم گزارش می‌کنند (۱۳). در بین خانواده‌های

4. Intellectual disability

5. Intelligence

6. Self-respect

1. Special needs

2. Tension

3. Parental anxiety

اقتصادی یا انطباقی باشند یا مراقبت از فرد مبتلا به اختلال روانی، کمترین مشکلات آنها باشد (۱۵).

کوین^۱ (۱۶) گزارش کرد که تجربیات مراقبتی منفی در مقایسه با سایر تنیدگی‌های روزمره، اثر کمتری بر کیفیت زندگی می‌گذارد ولی اثر چشمگیری بر تأثیر روابط بین اعضای خانواده دارد، با این حال، این اثر بر اساس ماهیت اختلال کودک و برخی از متغیرهای خانواده متغیر است. اختلال‌های ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند، در مقایسه با اختلال‌های مزمن اثر متفاوتی بر زندگی خانوادگی دارند. علاوه بر این، ممکن است یک اختلال در دوره‌های مختلف، چالش‌های متفاوتی را برای خانواده به همراه داشته باشد (۱).

یکی از سؤالات مهمی که در پیشینه پژوهشی تنیدگی مطرح است، این است که آیا میزان سلامت روان مادران کودکان کم‌توان با شدت مشکلات و شرایط کودکان رابطه دارد؟ برخی از پژوهش‌ها، بر اساس شدت ناتوانی‌های مختلف و با توجه به سطح کارکرد تحولی یا میزان فراوانی اختلال‌ها و مشکلات رفتاری (۱) در کودکان اقدام می‌کنند. پژوهش‌های دیگر، بر اساس ادراک والدین از شرایط کودک بدون توجه به شرایط موجود به بررسی تنیدگی والدگری پرداخته‌اند و نشان دادند که میزان تنیدگی با شدت ناتوانی کودک پیوند بالایی دارد (۱۰).

گوپا (۱۵) با مقایسه تنیدگی والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، فلج مغزی، و اختلال‌های تحولی به این نتیجه رسید که تنیدگی در والدین کودکانی که اختلال آنها علائم رفتاری بیشتری دارد، بیشتر است. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته قبلی، مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی و جسمانی دچار تنیدگی و فشار ناشی از مراقبت شده و سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها نیز پایین می‌آید. علاوه بر این، مادران به علت تنیدگی دچار اختلال در روابط بین فردی با دیگران نیز می‌شوند که این نیز به نوبه خود باعث اختلال در زندگی زناشویی می‌شود بنابراین با توجه به

دارای فرزند ناتوان نیز، ناهمخوانی‌های زیادی وجود دارد؛ به طوری که برخی از آنها در برخورد با ناتوانی‌های خفیف فرزندان خود احساس درماندگی می‌کنند و برخی دیگر می‌توانند بدون مشکل معلولیت‌های شدید را مدیریت کنند (۱۴).

طبق بررسی‌های انجام شده، مادرانی که به علت محدودیت‌های فرزندان خود، تنیدگی‌های زیادی را تحمل کرده‌اند، در مقایسه با مادرانی که کمتر دچار تنیدگی شده‌اند، مهارت‌های جامعه‌پسند کمتری را در فرزندان خود در تعامل با هم‌سن و سالان تشویق می‌کنند (۱۴). تنیدگی همچنین می‌تواند احتمال ایرادگیر، تنبیه‌کننده و تحریک‌پذیر شدن والدین را افزایش دهد و این امر خود احتمال بروز مشکلات رفتار هنجاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتارهای ضداجتماعی و اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در کودکان را بالا می‌برد و افزایش میزان تنیدگی والدگری بر توانایی والدین در مراقبت از کودکان تأثیر می‌گذارد که با پیامدهای منفی برای کودک همراه است (۱۵).

مسائلی همچون سردرگمی و شوک اولیه، فقدان اطلاعات، برچسب‌های مربوط به تشخیص اختلال‌های روانی، مشکلات رفتاری سخت و شرم‌آور، مراقبت مداوم نامطلوب از بیماران، کمبود یا فقدان حمایت از مراقبان منجر به کاهش سلامت روان در مراقبان می‌گردد زیرا ممکن است مراقبت، چندین سال ادامه داشته و مراقبان مسن و رنجور شوند و از سایر نقش‌های خانوادگی خود غافل بمانند. مراقبان معمولاً زنان هستند و بسیاری از آنها بیش از یک نقش مراقبتی را بر عهده دارند. در یکی از مطالعات، ۲۰ درصد افرادی که از فرد دچار اولین حمله روان‌گسستگی مراقبت می‌کردند، دارای تجربه قبلی مراقبت از فرد مبتلا به یکی از انواع اختلال‌های روانی بودند (۱۰). برای مراقبانی که اولین تجربه مراقبت را پشت سر می‌گذارند، تنیدگی‌های دیگری در زندگی وجود دارد؛ بدین معنی که ممکن است فرزندان یا بستگان مسنی داشته باشند که آنها نیز نیازمند مراقبت باشند، دچار مشکلات

اینکه وضعیت خانواده‌های دارای فرزند بیمار برحسب عملکرد آنها متفاوت است، پژوهش حاضر با این هدف صورت گرفته است تا شیوع اختلال‌های روان‌شناختی در مراقبان کودکان با کم‌توانی ذهنی و ناتوانی حرکتی مشخص و با یکدیگر مقایسه شود.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع پیمایشی-مقطعی بود. جامعه آماری مشتمل بر مراقبان (مادران) کودکان با ناتوانی بود که در مراکز و کلینیک‌های روزانه بهزیستی شهرستان همدان در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۵ پذیرش شده بودند. قبل از انتخاب افراد نمونه مجوزهای لازم از کمیته فنی و اخلاقی مراکز بهزیستی گرفته شد و همچنین در مرحله انتخاب نمونه و اجرا رضایت کامل شرکت‌کنندگان گرفته شد و از بین خانواده‌ها ۳۷ خانواده دارای فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی و ۳۷ خانواده دارای فرزند ناتوانی حرکتی به عنوان گروه نمونه انتخاب و همسازی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) کسب یک نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین در فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی، ۲) داشتن یک فرزند مبتلا به نیازهای خاص، ۳) جنسیت (مادر کودکان)؛ و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱) زنان مبتلا به اختلال روانی یا جسمی خاص، ۲) مادران مطلقه، ۳) بیمارانی که به تازگی دچار داغ‌دیدگی شدند، و ۴) داشتن بیش از یک فرزند مبتلا به نیازهای خاص. متغیر مستقل این پژوهش سلامت روانی و متغیر وابسته مراقبان کودکان با کم‌توانی ذهنی و حرکتی بود. نداشتن بیماری جسمانی و روانی قابل تشخیص در مادران کنترل شد.

ب) ابزار

نسخه تجدیدنظرشده فهرست علائم ۹۰ سؤالی: نسخه اولیه آن توسط دوگاریتس، لیتمن و کووی در سال ۱۹۷۳ معرفی شد که برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته

شده است که پاسخ‌دهندگان اخیراً تجربه کرده‌اند و هدف آن، سنجش میزان و شدت علائم اختلال‌های روانی در افراد، اعم از عادی و غیرعادی است. این سنجش مبتنی بر گزارشی است که افراد، خود ارائه می‌کنند. تدوین آن تاریخچه طولانی دارد. نسخه اولیه آن دارای ۵۸ نشانه بیماری بود، پنج خرده‌مقیاس را در برمی‌گرفت و بعدها به دلیل مشکلاتی که در نسخه اولیه وجود داشت، این مقیاس به ۹۰ نشانه بیماری گسترش یافت و تعداد خرده‌مقیاس‌های آن نیز از ۵ مورد به ۹ مورد افزایش یافت (۱۷).

این مقیاس، بعدها در سال ۱۹۷۶، توسط دروکیس مورد تجدیدنظر قرار گرفت این پرسشنامه دارای ۹ بعد و ۳ خرده‌مقیاس است. بعدها ۹ گانه این آزمون عبارت‌اند از: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روان‌گسستگی. ۳ شاخص کلی ناراحتی، عمق شدت اختلال‌های روانی را در فرد نشان می‌دهند. این شاخص‌ها عبارت‌اند از: ۱. شاخص کلی بیماری: نمره این شاخص میانگین نمره‌های تمام پرسش‌های آزمون است، ۲. تعداد علائم مثبت، تعداد پرسش‌هایی که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (در دامنه بین ۰ تا ۹۰ در نوسان است) و ۳. شدت علائم مثبت، میانگین تعداد پرسش‌هایی که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (در دامنه بین ۰ تا ۴ در نوسان است) (۱۸).

مطالعات مبتنی بر روایی ملاکی، همبستگی بالایی را بین این مقیاس و پرسشنامه شخصیت سنجش چندوجهی مینه‌سوتا (۱۹)، پرسشنامه سلامتی میدلسکس (۲۰) و شاخص‌های مختلف بررسی حالات غیرعادی در روان‌پزشکی (۲۱) نشان داده است. موارد مورد مطالعه این آزمون عبارت بود از: افسردگی و اختلال‌های جنسی (۲۲)، آزارهای جنسی و جسمی (۲۳)، مواد مخدر (۲۴)، تنیدگی (۲۵) و غدد شناسی (۲۶). نتایج بررسی منابع پژوهشی در زمینه پایایی این مقیاس‌ها، حاکی از وجود پایایی بازآزمایی و ثبات درونی

(ج) روش اجرا

بعد از انتخاب افراد نمونه با تشریح اهداف پژوهش، وظایف و تعهدات پژوهشگران و انتظارات آنها برای مراقبان (مادران) کودکان معلول شرکت‌کننده در پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی در اختیار افراد شرکت‌کننده در پژوهش قرار داده شد و در صورت لزوم راهنمایی لازم به عمل آمد و داده‌های لازم جمع‌آوری شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش بر اساس کدهای اخلاقی مورد تأیید انجمن روان‌شناسی آمریکا کاملاً رعایت شد. بدین منظور ابتدا مجوزهای لازم از کمیته علمی و اخلاقی گرفته شد و ابزارهای پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ملاحظات مانند مشارکت آزادانه افراد نمونه در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و تامین امنیت فیزیکی و روانی مراقبان کودکان با ناتوانی شرکت‌کننده مورد توجه قرار گرفت. داده‌های به دست آمده در این پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مشخصات مادران (مراقبان) از نظر نوع ناتوانی در فرزند، تحصیلات، دامنه سنی، و وضعیت شغلی در جدول شماره ۱ آمده است.

مطلوب است (۲۷). در ایران نیز این مقیاس از آزمون‌های معتبر و پرستفاده است که از سال‌ها پیش ترجمه و به‌کاربرده شده است، نقطه برش این پرسشنامه ۰/۰۴، ضریب اعتبار ۰/۹۷، حساسیت ۰/۹۴، ویژگی ۰/۹۸ و کارایی ۰/۹۶ گزارش شده است (۱۸). در پژوهش مدبر نیا، شجاعی‌تهرانی، فلاحی و فقیر پور (۲۸)، که بر روی ۱۲۴۲ نفر در کلاس سوم و ۱۳۴۱ نفر در گروه سنی ۱۷ سال انجام شد، بیشترین ضریب اعتبار با روش بازآزمایی ($r=0/93$)، دو نیمه کردن و آلفای کربناخ ($r=0/85$)، در افسردگی یافت شد. بین نه عامل و ضرایب سه‌گانه همبستگی مشاهده شد ($r < 0/50$)، بین نه بعد از این مقیاس و مقیاس‌های پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا همبستگی دیده شد که بیشترین همبستگی بین اضطراب و افسردگی با ضعف روانی ($r=0/59$)، وسواس اجبار و روان گسستگی با اسکیزوفرنی ($r=0/58$) وجود داشت. همبستگی دو آزمون در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. بیشترین میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۱/۵۸ و ۰/۷۶ در دختران و ۱/۴۱ و ۰/۷۱ در پسران در بعد پارونوید وجود داشت و میانگین و انحراف معیار شاخص شدت کلی علائم به ترتیب ۱/۵۸ و ۰/۷۶ در دختران، ۰/۹۲ و ۰/۴۹ در پسران با اختلاف معنی‌دار آماری ۰/۰۱ دیده شد.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد مطالعه

مقایسه خی‌دو		کم‌توان ذهنی فراوانی (درصد)	ناتوانی‌های حرکتی فراوانی (درصد)	ویژگی
P	χ^2			
۰/۶۲	۲/۵۶	۲۱ (۵۶/۷۶٪)	۲۳ (۶۲/۱۷٪)	میزان
		۱۶ (۴۳/۲۴٪)	۱۴ (۳۷/۸۳٪)	تحصیلات
۰/۳۱	۳/۵۴	۲۳ (۶۲/۱۷٪)	۲۲ (۵۹/۴۶٪)	خانه‌دار
		۱۴ (۳۷/۸۳٪)	۱۵ (۴۰/۵۴٪)	وضعیت اشتغال
		۸ (۲۱/۶۲٪)	۹ (۲۴/۳۲٪)	کارمند
		۱۸ (۴۸/۶۵٪)	۱۴ (۳۷/۸۳٪)	۲۹-۱۹
۱/۵۲	۴/۶۵	۲۹ (۷۲/۷۲٪)	۱۴ (۳۷/۸۳٪)	۳۹-۳۰
				گروه سنی
				۴۰-۴۹

۴۹ سال با ۳۷ درصد را به خود اختصاص داده است. با توجه به اینکه در جدول شماره ۱ شاخص‌های دو معنی‌دار نشده ($P < 0/05$) نشان‌دهنده این است که دو گروه از نظر میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، و گروه سنی همگن بوده‌اند و تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل آزمون فراوانی، میانگین، و انحراف معیار نمره برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه استفاده شد.

با توجه به داده‌های جدول (۱) مشاهده می‌شود که از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در هر دو گروه با ۵۳ و ۵۷ درصد در مقطع دیپلم و پایین‌تر از دیپلم قرار دارند و از نظر وضعیت شغلی بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به زنان خانه‌دار است و بیشترین میانگین سنی مادران دارای فرزند مبتلا به کم‌توان ذهنی در سنین ۳۰-۳۹ با ۴۸ درصد و در مادران دارای فرزند ناتوانی حرکتی در سنین ۳۰-۳۹ و ۴۰ تا

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها از نظر میزان اختلال‌های روانی در نسخه تجدیدنظرشده فهرست علائم ۹۰ سؤالی

ابعاد	کم‌توان ذهنی		معلولیت‌های حرکتی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایت جسمانی	۴۵/۱۱	۲/۰۶	۴۵/۳۵	۱/۳۷
وسواس - بی‌اختیاری	۳۱/۳۴	۲/۳۵	۲۸/۴۶	۲/۴۰
حساسیت در روابط متقابل	۳۱/۰۳	۳/۷۴	۲۹/۲۵	۲/۹۸
افسردگی	۴۷/۰۶	۳/۴۲	۴۷/۵۲	۳/۴۸
اضطراب	۲۹/۷۳	۱/۷۳	۳۱/۶۹	۲/۵۹
پرخاشگری (خصوصیت)	۱۸	۳/۸۴	۲۱/۴۷	۲/۴۸
ترس مرضی	۱۹/۸۹	۲/۶۸	۱۷/۱۴	۱/۷
افکار پارانوییدی	۱۰/۶۲	۱/۶۴	۱۸/۲۵	۱/۴۷
روان‌گسستگی	۳۱/۳۴	۲/۷۳	۳۵/۳۶	۲/۴۷
سؤال اضافی	۲۴/۵۲	۳/۱۴	۲۲/۴۲	۲/۴۲

جهت مقایسه مشکلات روان‌شناختی در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. انجام مفروضه آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس‌ها بود: ($F = 2/687, P > 0/05$). مفروضه‌های نرمال بودن متغیرهای وابسته، استقلال گروه‌ها از یکدیگر و انتخاب تصادفی نیز تأیید شد. مقدار آماره باکس برابر با ۱۰/۵۹۶ و مقدار F به دست آمده برای این آماره ۱/۵۸۹ است. سطح معنی‌داری ۰/۱۴۹ است ($P > 0/05$) بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های کواریانس پذیرفته می‌شود.

با توجه به جدول شماره (۲) بالاترین نمره در فهرست اختلال‌های روانی در خانواده مبتلایان، شکایت جسمانی بود و در مادران کودکان با ناتوانی حرکتی، شکایت جسمی ۴۵/۳۵ درصد و حساسیت در روابط متقابل در مادران دارای فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی ۳۱/۰۳ بود. در مقیاس افسردگی هر دو گروه مادران نمرات بالایی را گرفتند. ۴۷/۰۶ از ۵۲ نمره در خانواده مبتلایان به مادران ناتوانی‌های حرکتی و ۴۷/۵۲ درصد در مادران فرزندان مبتلا به کم‌توانی‌های ذهنی و در مقیاس روان‌گسستگی، مادران فرزندان کم‌توان ذهنی نمره ۳۵/۳۶ را کسب کردند.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به میزان اختلال‌های روانی

آزمون	مقدار	F	Df1	Df2	سطح معنی‌داری
اثر پیلانی	۰/۱۷	۲/۴۱	۳	۷۱	۰/۰۱
لامبدای ویکز	۰/۰۶	۲/۴۱	۳	۷۱	۰/۰۵
اثر هوتلینگ	۰/۳۲	۲/۴۱	۳	۷۱	۰/۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۱	۲/۴۱	۳	۷۱	۰/۰۱

نتایج جدول شماره (۳) نشان داد که بین میانگین نمرات اختلال‌های روانی در مراقبان کودکان مبتلا به کم‌توانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های حرکتی تفاوت معنی‌داری نیز وجود دارد ($F=2/41, P<0/05$). در جدول شماره ۴ نیز نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی بیشتر این تفاوت‌ها گزارش شده است.

نتایج جدول شماره (۳) نشان داد که بین میانگین نمرات اختلال‌های روانی در مراقبان کودکان مبتلا به کم‌توانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های حرکتی تفاوت معنی‌داری نیز وجود دارد

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه تفاوت مراقبان در میزان اختلال‌های روانی

بعد	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	سطح معنی‌داری
شکایت جسمانی	۷۲/۲۱	۶۴۳۱/۳۱	۷۲/۲۱	۲۹/۶۵	۲/۴۳	۰/۰۶
وسواس - بی‌اختیاری	۵۶/۳۲	۵۳۵۲/۶۴	۵۶/۳۲	۲۱/۶۹	۲/۵۹	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط متقابل	۹۱/۷۴	۷۳۰۱/۸۱	۹۱/۷۴	۵۳/۶۴	۱/۷۱	۰/۰۰۳
افسردگی	۶۱/۳۶	۵۹۸۶/۳۶	۶۱/۳۶	۱۹/۶۹	۳/۱۱	۰/۰۸
اضطراب	۳۷/۸۹	۴۸۶۵/۶۳	۳۷/۸۹	۳۴/۳۸	۱/۱۰۲	۰/۰۷
پرخاشگری (خصوصیت)	۲۸/۶۳	۴۳۱۵/۳۷	۲۸/۶۳	۱۴/۷۶	۱/۹۳	۰/۱۶
ترس مرضی	۳۲/۳۷	۴۵۱۶/۴۱	۳۲/۳۷	۲۳/۷۱	۱/۳۶	۰/۱۹
افکار پارانوئیدی	۱۹/۰۸	۴۰۱۲/۳۲	۱۹/۰۸	۱۵/۶۱	۱/۲۲	۰/۳۰
روان‌گسستگی	۶۳/۳۱	۶۰۱۰/۰۶	۶۳/۳۱	۲۵/۰۷	۱/۴۴	۰/۰۷

وجود می‌آورد و به همین دلیل تنش‌آور است (۲۹)، این چالش‌ها می‌توانند عوارض منفی به همراه داشته باشند به طوری که این والدین در مقایسه با افرادی که فرزند ندارند از سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۳۰). علاوه بر این، مادران کودکان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و دارای نیازهای ویژه، تحت فشار و تنیدگی زیادی قرار دارند. یکی از تنیدگی‌هایی که فشار روانی زیاد ایجاد می‌کند، تنیدگی ناشی از داشتن فرزند ناتوان است که می‌تواند اثرات بلندمدت داشته باشد و بنیادهای اساسی خانواده فرد را در معرض خطر جدی قرار دهد (۳۱).

هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال خاصی می‌شود، همه اعضا خانواده به‌نوعی درگیر بیماری و پیامدهای ناشی از آن می‌شود (۱). این در حالی است که کودکان مبتلا به کم‌توانی‌های ذهنی که به علت همیشگی و ادامه‌دار بودن

با توجه به جدول شماره (۴)، بین دو گروه در متغیرهای وسواس - بی‌اختیاری ($F=2/59, P<0/05$) و حساسیت در روابط متقابل ($F=1/71, P<0/05$) تفاوت معنی‌داری دارد و دو گروه مراقبان مذکور از نظر خرده‌مقیاس‌های دیگر تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه توصیفی، فراوانی اختلال‌های روانی در مراقبان کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی و حرکتی بررسی شد. در مراقبان کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی، فراوانی شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، پرخاشگری و خصوصیت، و سؤال‌های اضافی مربوط به افکار خودکشی بالاست. با وجود این که داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و تحول شخصی می‌بخشد اما کشاکش‌هایی را نیز به

تلاش برای والد خوب بودن ممکن است خانواده را به فعالیت‌های بیش از حد توان بکشاند تا آنها بتوانند فرصت‌های مشابه کودکانه‌نهار برای فرزندان ناتوان خود فراهم سازند و همین باعث اختلال در سلامت روانی خانواده می‌شود (۱۳).

ناتوانی سبب محرومیت‌های شخصیت‌توان و سبب کاهش یا حذف فرصت‌ها برای سهم شدن در زندگی اجتماعی است. پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که معمولاً خانواده‌های دارای فرزند ناتوان از نظر اجتماعی منزوی هستند (۱۲)؛ به طوری که وجود یک فرزند ناتوان سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌شود و هر قدر شدت ناتوانی فرزند بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباط‌های اجتماعی تنگ‌تر می‌شود. فرزند ناتوان تأثیر گسترده‌ای بر محیط خانواده می‌گذارد و نیاز به سطح بالایی از مراقبت دارند که در برخی موارد به دلیل نبود حمایت‌های لازم و سایر عوامل مورد نیاز ممکن است وجود فرزند ناتوان در خانواده به طلاق والدین و یا بحران‌هایی در محیط خانواده منجر شود (۳۷).

مادران ممکن است از اینکه سرکار می‌روند یا فرزند ناتوان خود را به کسی دیگری می‌سپارند، احساس گناه کنند درحالی که پدران ممکن است از اینکه به خاطر فرزند ناتوان خود، سرکار نمی‌روند احساس گناه کنند. بنابراین اگر پدر و مادر در ارتباط با فرزند ناتوان متفاوت عمل می‌کنند پس احتمالاً به لحاظ سلامت و بهزیستی نیز مشابه نیستند (۱۶). به خاطر فرزند ناتوان اغلب والدین خود را بسیار حمایت‌گر توصیف می‌کنند و این ویژگی را مانعی در رسیدن به اهداف خود می‌دانند. والدین ناخواسته با حمایت افراطی از فرزندان ناتوان خود وابستگی را به وجود می‌آورند و این وابستگی موجب شکایت جسمانی، پرخاشگری، و خصومت می‌شود که با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در این خانواده‌ها به علت ناتوانی فرد معلول و فشار مراقبت در خانواده، افراد مشکل را بیشتر از توانایی خود

درد‌ها، عملکرد خانواده را پایین می‌آورد (۳۲) و اثرات مختلفی بر زندگی می‌گذارد. علاوه بر این با بزرگ‌تر شدن کودک مبتلا به اختلال روانی، رفتارهای پرخاشگرانه وی چالش‌برانگیز می‌شود و هنگام ورود کودک به مرحله نوجوانی، مسائل جدیدی را در حوزه ارتباط‌های اجتماعی به همراه دارد (۱۲). پرورش این کودکان دامنه وسیعی از مشکلات بدنی، روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد که مراقبان خانوادگی به خصوص مادران تجربه می‌کنند (۱).

علاوه بر این پژوهش، رودریگو و مورگان (۳۳) و مریس (۳۴) نیز در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی شایستگی والدینی کمتر، رضایت زناشویی کمتر و تنیدگی خانوادگی و مشکلات سازش‌یافتگی بیشتری را در مقایسه با مادران کودکان بهنجار تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد میزان تنیدگی والدینی و نارضایتی زناشویی تجربه‌شده با شدت اختلال رفتاری کودک رابطه مستقیم دارد (۱). علاوه بر این، مطالعات ژنتیکی نشان داده است خواهران و برادران کودکان دچار اختلال‌های روانی به میزان بیشتری به اختلال‌های رفتاری، خلقی و اضطرابی مبتلا بوده (۳۵) و نسبت به خواهران و برادران کودکان بهنجار به احتمال بیشتری از اختلال‌های شبه‌بالینی رنج می‌برند (۳۶) و والدین نه تنها با مشکل مراقبت از کودک مواجه هستند، بلکه باید از خواهران و برادران کودک بیمار که نسبت به دیگران به میزان بیشتری دچار اختلال یا اختلال‌های زیر آستانه‌ای هستند، مراقبت کنند که این مسئله خود اضطراب بالاتری را ایجاد می‌کند.

در این پژوهش فراوانی اختلال‌های روانی در خانواده مبتلایان به ناتوانی‌های جسمی نیز بررسی شد. فراوانی شکایت جسمانی، پرخاشگری و خصومت، افکار پارانوئیدی و سؤال‌های اضافی مربوط به افکار خودکشی در این خانواده‌ها بالاست. نتایج بررسی‌های قبلی نشان دادند والدین فرزندان با ناتوانی‌های مختلف، احساس‌هایی از قییل درماندگی، حرمت نفس پایین و خشم را گزارش می‌کنند (۱۵)، از سویی دیگر

ارزیابی و توانایی حل کردن را با تطبیق با شرایط جابجا می‌کنند. توانایی حل مشکل یک مهارت است که در سطح جامعه آماری پایین است و نیز خانواده‌های دارای فرزند ناتوان بیشتر با مشکلات ارتباطی و عاطفی درگیر هستند (۱۵). برای این اساس می‌توان گفت کمک به بازسازی و ارتقای عملکرد خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی و معلول، به ویژه حمایت از وضعیت مادران آنها ضرورت بیشتری دارد. مادران خانواده‌های دارای فرزند با نیاز ویژه، پرستاری فرزند بیمار را بر عهده دارند و به دلیل مراقبت از فرزند، خانه‌نشین بوده و از منابع حمایتی اجتماعی کمی برخوردارند. آنها دارای تحصیلات اندک بوده و احتمالاً نتوانند از مطالعه و منابع موجود حمایت روانی دریافت نمایند. به همین دلیل دارای فشار و آسیب‌پذیری بیشتری هستند. بر این اساس حمایت مجموع اعضا و عملکرد خانواده به خصوص مادران این خانواده‌ها مهم و اساسی است. در نتیجه می‌توان گفت یافته‌های این مطالعه بیانگر اهمیت توجه به وضعیت روانی این خانواده‌ها است که به خاطر مزمن و همیشگی بودن بیماری در زندگی، در معرض فشار و آسیب‌پذیری بیشتری هستند. بنابراین، نیاز به حمایت و بازسازی دارند تا بتوانند عملکردی طبیعی داشته باشند و از

بروز آسیب در عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی سایر اعضای خانواده جلوگیری شود.

این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت که ازجمله آن می‌توان به زمان و مکان پژوهش اشاره کرد چراکه این پژوهش فقط بر روی مراقبان بیماران مراکز و کلینیک‌های روزانه بهزیستی شهرستان همدان انجام گرفت و سایر افراد واجد شرایط خارج از این مکان و زمان پژوهش (۶ ماه اول سال ۱۳۹۵) مورد بررسی قرار نگرفتند. محدودیت دوم این است که این پژوهش بر روی مادران صورت گرفته است و نمی‌توان به پدران خانواده تعمیم داد. یافته‌های به دست آمده در این پژوهش می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی لازم و تخصصی در جهت افزایش سلامت روان مراقبان انجام داد. در پایان پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در سطح وسیع و در دیگر خانواده‌های کودکان با نسا‌های ویژه نیز صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان شده است.

References

1. Zamani N, Zamani S, Habibi M, Abedini S. Comparison in stress of caring mothers of children with developmental, external and internal disorders and normal children. *Journal of Research & Health*. 2017; 7(2): 688- 694. URL: <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-886-en.html>.
2. Barkley RA. Attention-deficit hyperactive disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd Ed). New York: Guilford; 1998.
3. Dowdell EB. Caregiver burden: grandmothers raising their high risk grandchildren. *J Psychosoc Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1995; 33(3): 27-30.
4. Hankin CS. ADT-ID and its impact on the family. *Drug Benefits Trends*. 2001; 13: 15-6
5. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: implications for intervention. *Child & Family Behavioral Therapy*. 1997; 19(4): 15-32
6. Gilchrist E, Johnson R, Takriti R, Weston S, Beech A, Kebbell M. A psychometric typology of U.K. domestic violence offenders. *J Interpers Violence*. 2006; 21(10): 1270-85.
7. Moradi A, Kalantari M. The impact of life skills training on psychological profile of women with physical mother disabled. *J Except child*. 2006; 19(1): 559-576. [Persian]
8. Loeb M, Eide HA, Mont D. Approaching the management of disability prevalence. *Eur J Disabl Res*. 2008; 2(1): 32-43.
9. Mazur E. Negative and positive disability related events and adjustment of parents with acquired physical disabilities and of their adolescent children. *Journal of Child and Family Studies*. 2008; 17(4):517-37
10. Zamani N, Abyar Z, Jenaabadi H, Zamani S. The effectiveness of Impulse control training on depression and anxiety in mothers of children with developmental coordination disorders (DCD). *Journal of Research & Health*. 2017; 7(5): 1012- 1020. URL: <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-909-n.html>
11. Sartorius N, Leff J, Lopez J, Ibor L, Maj M, Okasha A. *Family & Mental Disorders*. RC; 2005.
12. Kogel RL. Consistent stress profile in mothers of children with autism. *J autism and Dev Dis*. 1992; 22(2): 205-216.
13. Jordan BK, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60(4): 916-926.
14. Sajedi F, Vameghi R, Alizad V, Malek Khosravi G, Karimloo M, Ravarian A et al. Is Anxiety More Common in Mothers of children with Cerebral Palsy? *J Rehabil*. 2011; 11 (5):15-20. [Persian]
15. Gupta VB. Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *J Dev Phys Disabil*. 2007; 19(1): 417-425.
16. Kwan T. Quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia. *Dissertation Abstracts Mt*. 2001; 61(8-B): 4078.
17. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. In *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association. 2000; 1(17): 81-84.
18. Fathi Ashtiani A, Dadsetan M. Psychological tests personality and mental health, Besat pub. 2009; 35-52. [Persian]
19. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Public Health Res*. 1982; 72(11):1271-79.
20. Derogatis LR, editor. SCL-90-R: administration, scoring and procedures Manual-I for the R(revised) version. Baltimore: John Hopkins University School Medicine; 1977.
21. Hodiament P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med*. 1987; 17(2): 495-505.
22. Hardt J, Gerbershagen HU. Cross-validation of the SCL-27: A short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *Eur J Pain*. 2001; 5:187-197.
23. Derogatis LR. The Brief-Symptom-Inventory-18 (BSI-18): administration, scoring and procedures manual. Minneapolis. National Computer Systems: MN; 2000.

24. Franke G. SCL-90-R. Die Symptom Checkliste von L.R. Derogatis - Manual zur Deutschen Version [SCL-90-R. The Symptom-Checklist by L.R. Derogatis - manual of the German version] 2 : Beltz; 2002.
25. Stansfield SA, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: a validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1992; 22(3): 739-749. <https://doi.org/10.1017/S0033291700038186>
26. Hollander D, Majumdar S. Domestic violence in India is linked to individual and community factors. *Int Fam Plan Perspect*. 2006; 32(1): 53-54.
27. Dugan L, Nagin D, Rosenfeld R. Explaining the decline in intimate partner homicide: The effects of changing domesticity, women's status, and domestic violence. *Law Soc Rev*. 1999; 37(6): 169-98.
28. Modabernia M, Shojaie Tehranie H, Falahi M, Faghirpour M. Normalizing SCL-90-R Inventory in Guilan High-School Students. 3. 2010; 19 (75) :58-65. URL: <http://journal.gums.ac.ir/article-1-184-fa.html>.
29. Bhavnagar NP. Low income African American mothers' parenting stress and instructional strategies to promote peer relationships in preschool children. *Erly EducDev*. 1999; 10(4): 551-71
30. Ahmadi KH, Khodadadi G, Akhavi Z, Anisi J. Faction of families with disabled children. *Journal of Behavioral Sciences*. 2013;6(4): 331- 337. <http://journals.bmsu.ac.ir/jbs/index.php/jbs/article/view/341>. [Persian]
31. Ahmadi KH, Khodadadi G, Anisi J, Abdolmohammadi E. Problem of families with disabled children. *Journal of Military Medicine*. 2011; 12(1): 90-95. URL: <http://militarymedj.ir/article-1-734-fa.html>. [Persian]
32. Fidler DJ, Hodapp RM, & Dykens EM. Stress in families of young children with Down syndrome, Williams syndrome, and Smith-Magenis syndrome. *Early Educ Dev*. 2000; 11(4):395-406.
33. Rodrigue JR, Morgan SM. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with ADHD. *Pam Behav Ther*. 2009; 19(1): 371-379.
34. Morris MM. Parental stress and marital satisfaction in families of children with ADHD. *Desertion abstract International* 2001; 61(7-A): 74-91.
35. Rutter M, Silberg J, Oconnor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry 1: Advance in quantitative and molecular genetics. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40(3): 3-18.
36. Faraone SV, Biederman J, Lechman BK, Spencer T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I. Intellectual performance and school failure in children with ADHD and in their siblings. *J Abnorm Psychol*. 1993; 102: 616-623.

Prevalence of Psychological Disorders among Caregivers of Children with Intellectual Disabilities and Motor Disabilities in Hamadan

Narges Zamani¹, Mojtaba Ansari Shahidi^{*2}

1. Ph.D. Student in Health psychology, Young Researchers Club, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Hamedan, Iran

2. Assistant Professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran

Received: April 25, 2017

Accepted: September 19, 2017

Abstract

Background and Purpose: The prevalence of mental disorders plays an important role in identifying the state of mental health of the community and estimate the required facilities at any time. Therefore, the purpose of this study was to investigate the prevalence of psychological disorders in caregivers of children with intellectual disabilities and motor disabilities in Hamadan.

Method: The research was descriptive and cross-sectional survey. The statistical population consisted of all mothers of children with disabilities who were admitted to welfare centers and clinics of Hamedan in 2016. Of these families, 37 mothers with children with intellectual disability and 37 mothers with children with motor disability were selected as the sample group. SCL-90-R (1976) was used to collect of data. For analyze the data, MANOVA test was used.

Results: The results of this study showed that the most common psychological disorders in caregivers of children with intellectual disability were aggression (hostility), hypersensitivity to interpersonal relationships, anxiety and depression, and in caregivers of children with motor disabilities were physical complaints, sensitivity to interpersonal relationships, paranoid thoughts and anxiety.

Conclusion: According to the findings of this research, it can be concluded that caregivers of children with special needs in terms of mental health are not in a favorable situation, which is due to the lack of proper adaptation with the disability of their child and the failure to meet their needs.

Keywords: Prevalence, psychological disorders, intellectual disabilities, motor disabilities

Citation: Zamani N, Ansari Shahidi M. Prevalence of psychological disorders among caregivers of children with intellectual disabilities and motor disabilities in Hamadan. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(3): 119-129.

***Corresponding author:** Mojtaba Ansari Shahidi, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran.

Email: Drmojtabansarishahidi@gmail.com

Tel: (+98) 031 - 44297512