

تأثیر یک برنامه حمایتی طراحی شده بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی

علی محمد پروینیان نسب^۱، * سیما محمدخان کرمانشاهی^۲، فیروزه ساجدی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری کودکان، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. دانشیار مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

* نویسنده مسؤول: تهران، بزرگراه چمران، تقاطع جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری

پست الکترونیک: kerman_s@modares.ac.ir

چکیده

مقدمه: چالش‌هایی که بوسیله مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی تجربه می‌شود متعدد و مداومند. این چالش‌ها بر سلامت روان آنها تأثیر می‌گذارد.

هدف: تعیین تأثیر برنامه حمایتی طراحی شده بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی.

روش: در این مطالعه شبه‌تجربی ۶۰ مادر در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) از دو مرکز توانبخشی مستقل با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بررسی شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دموگرافیک و سلامت روان GHQ-12 بود. برنامه حمایتی طراحی شده، در سه مرحله بررسی و شناخت، حمایت و ارزشیابی اجرا شد. داده‌ها توسط آزمونهای مجذورکای و تی مستقل و زوجی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: آزمون مجذورکای بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره سلامت روان در دو گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). نتایج تی‌زوجی نیز اختلاف معنی‌داری در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله نشان داد ($p < 0.001$)، ولی این اختلاف در گروه شاهد معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: برنامه حمایتی طراحی شده روش مؤثری در ارتقای سلامت روان مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در ارتقای سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی بکار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: برنامه حمایتی، سلامت روان، کودک، فلج مغزی، مادر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۶/۰۹

مقدمه

سایر اعضای خانواده می‌کنند و همینطور فشار و استرس زیادی را تحمل می‌کنند و در این بین، مادران بیش از سایر اعضای خانواده احساس فشار و ناراحتی می‌کنند (۷-۹). مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی سلامت روانشناختی مادرانشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بالطبع بر عملکرد و درآمد خانواده تأثیر می‌گذارد (۱۰).

هانگ و همکارانش در تایوان مطالعه توصیفی مقطعی را با هدف بررسی سلامت روانی والدین کودکان با ناتوانایی‌های جسمی و شرح فاکتورهایی که سلامت والدین را به مخاطره می‌اندازد انجام دادند. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که ۴۴٪ از والدین دچار مشکلات و اختلالات روانی هستند و ارایه‌کنندگان خدمات بالینی باید توجه ویژه‌ای به هر یک از والدین خصوصاً مادر داشته باشند و مداخلات مناسبی برای حمایت‌های روحی و روانی بکار گرفته و در صورت نیاز، ارجاع داده شوند. زیرا در غیر این صورت، سبب برهم خوردن نقش والدینی در مراقبت از کودک می‌شود که این به نوبه خود مشکلات کودک را بیشتر می‌کند و یک سیکل معیوب در خانواده ایجاد می‌شود (۱۱). این در حالی است که مروری بر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت اکثراً در مادرانی که در خانواده از کودک با بیماری مزمن مراقبت نمی‌کنند بررسی و آموزش داده شده است. هیلیمیر و همکارانش با بررسی عوامل خطر در زنان و تشکیل جلسات گروهی، برای ارتقای رفتارهای سلامت‌محور در زنان به ارتقای سطح خودکارآمدی در تهیه غذای سالم، فعالیت جسمی بیشتر، آرماسازی و مدیریت کردن استرس و اعتماد به نفس بالا توجه کردند (۱۲). حیدری و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود با هدف تعیین تأثیر برنامه طراحی شده ارتقای سلامت بر مدیریت استرس معلمان زن میانسال نشان داد که نمرات مدیریت استرس و رشد روحی پس از مداخله افزایش یافت (۱۳). علی گل و همکارانش نیز به منظور ارتقای سلامت روان زنان شاغل، بوسیله آموزش به روش بحث گروهی در زمینه مدیریت استرس، توانست میزان فشار روانی وارده بر زنان شاغل را کاهش دهد (۱۴).

اگرچه مادران با ایفای چند نقش در خانواده بیشتر در معرض آسیب‌های جسمی روانی هستند و ارتقای سلامت آنان کمک زیادی به ارتقای سلامت خانواده، با کودک و بدون کودک معلول می‌کند، لیکن در مورد خانواده‌هایی که کودک با ناتوانی دارند، توجه به مادران از اهمیت ویژه‌تری برخوردار است. این در حالی است که اکثر تحقیقات انجام شده مربوط به مراقبت و توانبخشی کودک معلول بوده و در مورد سلامت عمومی روانی

فلج مغزی یک بیماری غیراختصاصی و غیرپیشرونده است که به اختلال در عملکرد حرکتی در اوایل کودکی اطلاق می‌گردد و ناشی از آسیب دائمی مغز در حال رشد می‌باشد. شیوع فلج مغزی ۳/۳ در هر ۱۰۰۰ نفر است و تقریباً ۸۱ درصد آنها مبتلا به نوع اسپاستیک فلج مغزی هستند. در میان کودکان مبتلا فلج مغزی، ۸ درصد دچار طیفی از اختلالات مانند اوتیسم و ۳۵ درصد مبتلا به صرع هستند. ۵۶ درصد قادر به راه رفتن به تنهایی و ۳۳ درصد دچار محدودیت حرکتی و یا ناتوانی در راه رفتن هستند (۱). فلج مغزی تنها یک اختلال حرکتی به حساب نمی‌آید، زیرا وقتی مغز آسیب ببیند قسمت‌های زیادی نظیر توانایی‌های حسی، عملیات شناختی، واکنش‌های عاطفی و نیز اعمال حرکتی نیز معمولاً آسیب می‌بیند و ممکن است به اختلالات دیگری نظیر: نقص شنوایی و بینایی، اختلالات ادراکی، نقایص گفتاری، اختلالات رفتاری و عقب‌ماندگی ذهنی، اشکال در تغذیه و مشکلات تنفسی دچار باشند (۲). مراقبت از کودک فلج مغزی تأثیر منفی بر مادرانشان بر جای می‌گذارد؛ که باعث بروز مسایلی از قبیل مختل شدن وضعیت خواب، مشکلات روانی و جسمانی، بهم خوردن تعاملات اجتماعی، مسایل زناشویی، فشار مالی و محدودیت زمانی برای رسیدگی به مسایل سلامتی می‌شود (۳). از طرفی، معلولیت یکی از اعضای خانواده ضمن مختل کردن انسجام در خانواده از یک سو و ایجاد فشارهای جسمی، روحی و روانی و تحمیل بار مالی از سوی دیگر، رفتارهای سلامت‌محور را در مادر به مخاطره می‌اندازد؛ بنابراین، مادران نیاز به حمایت بیشتری دارند (۴). هاستینگنیز در مطالعه خود نشان داد که مادران کودکان دارای مشکل نسبت به پدران، استرس بیشتری را گزارش کردند؛ چون با مشکلات کودک بیشتر درگیر هستند و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند؛ و وقتی مادر از حمایت سیستم اجتماعی، دولتی، مشاوره‌ای و بهداشتی برخوردار نیست با گذشت زمان، اضطراب او افزایش می‌یابد و این به نوبه خود، موجب کاهش سازگاری اثربخش می‌شود. از طرفی، مادری که دارای کودک معلول می‌باشد نیاز به حمایت در تمام جنبه‌های جسمی و روانی دارد (۵). نتایج اکثر تحقیقات در مورد خانواده‌هایی که مسؤولیت ارایه مراقبت از بیماری مزمن را به عهده می‌گیرند مبین آن است که حمایت‌های اطلاعاتی و روحی و روانی خیلی ضروری است (۶). یافته‌های برخی پژوهشها نشان می‌دهد که میزان افسردگی و ناسازگاری مادران کودکان فلج مغزی بیشتر از مادران کودکان عادی است و والدین برای سازگاری با یک کودک ناتوان احساس اضطراب، ناتوانی در انسجام دادن خانواده و توجه کمتر به نیازها و رشد شخصی و روانی خود و نیازهای

مادران، از جمله مادران کودکان فلج مغزی مطالعه نشده است. به مادر از دیدگاه فرد مسؤول مراقبت کننده از کودک معلول نگریده شده و به عنوان فردی که حفظ و ارتقای سلامت او در رشد و تکامل کودک و سایر اعضای خانواده مهم است تحقیقی انجام نشده است (۴، ۵ و ۷). بنابراین انگیزه‌ای شد برای پژوهشگر که برای کمک به مادران کودکان فلج مغزی و ارتقای سلامت عمومی روانی آنها از طریق برنامه حمایتی طراحی شده وضعیت روحی روانی آنها را بهبود بخشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه حمایتی طراحی شده بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مراجعه کننده به مرکز توانبخشی اخوان شهر تهران انجام دهد.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع شبه تجربی است که با استفاده از فرمول پوپاک و جدول گیگی و نتایج مطالعه مشابه (۳) با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد ۳۰ مادر در هر دو گروه آزمون و شاهد جمعاً ۶۰ مادر به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. پس از تهیه ابزار، گردآوری داده‌ها، ابتدا با ارایه معرفی نامه رسمی به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مجوز ورود به مراکز توانبخشی اخوان و صبا اخذ گردید. سپس محقق خود را به واحدهای پژوهش معرفی نموده، اهداف پژوهش را تبیین و با کسب رضایت آگاهانه، موافقت آنها برای انجام پژوهش جلب کرد. محیط پژوهش دو مرکز توانبخشی اخوان (به عنوان گروه آزمون) و صبا (به عنوان گروه شاهد) بود؛ که هر دو از منطقه ۱۲ شهر تهران هستند و دارای مدیریت و خدمات یکسان بودند. مادران برای کاردرمانی جسمی کودکان خود مراجعه به این دو مرکز مراجعه می‌کردند. نمونه‌گیری صبح‌ها از مرکز اخوان و عصرها از مرکز صبا به صورت همزمان به مدت ۱۵ روز از ۱۵ فروردین تا ۳۰ فروردین ۱۳۹۰ به طول انجامید. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در هر دو مرکز هر کدام از مادرانی که شرایط نمونه را داشتند در برنامه گنجانده می‌شدند تا اینکه نمونه‌گیری به حد نصاب رسید و بعد از آن، نمونه‌گیری متوقف شد. معیار ورود نمونه پژوهش عبارت بود از سواد خواندن و نوشتن، برعهده داشتن مسؤولیت اصلی مراقبت از کودک فلج مغزی، سن مادر (بین ۲۰ تا ۳۹ سال)، داشتن کودک فلج مغزی ۳ تا ۱۲ سال و اینکه مادر مبتلا به بیماری مزمن جسمی و روحی خاص نباشد. معیار خروج عبارت بود از مراقبت بیش از یک کودک معلول در خانواده بوده است. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی روان (General health questionnaire-12) بود. پرسشنامه مذکور توسط جهاد دانشگاهی برای جامعه ایرانی در گروه‌های

مختلف هنجاریابی شده است و روایی این ابزار با استفاده از روش ترجمه استاندارد «Backward-Forward» ارزیابی شد. به منظور ارزیابی پایایی پرسشنامه سلامت روان از همگنی درونی استفاده شد و آزمون آلفای کرونباخ ۸۷٪ بوده است (۱۵). این پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی، به عنوان ابزاری برای سنجش وضعیت سلامت روانی مادران بکار گرفته شده است. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه سلامت روان از همگنی درونی استفاده شد و آزمون آلفا کرونباخ ۷۳٪ بوده است. این پرسشنامه شامل ۱۲ گویه است که در مقابل هر گویه چهار پاسخ وجود دارد، با نمره‌دهی (گزینه اول (اصلاً) نمره ۳، گزینه دوم (در حد معمول) نمره ۲، گزینه سوم (کمی بیشتر از معمول) نمره ۱ و گزینه چهارم (خیلی بیشتر از معمول) نمره صفر تعلق گرفت. محدوده نمره سلامت روان بین ۰ تا ۳۶ است. سپس پرسشنامه داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه سلامت روان (GHQ-12) به صورت پیش‌آزمون توسط گروه آزمون و شاهد تکمیل شد. برنامه حمایتی طراحی شده در قالب سه محور (بررسی و شناخت، حمایت و ارزشیابی) می‌باشد که به صورت زیر اجرا شده است. این برنامه با رویکرد تیمی است که اعضای آن شامل پرستار، پزشک اطفال، روانشناس، پدر و مادر است. البته به منظور ارایه بهتر برنامه، بیماران گروه آزمون به چهار گروه (دو گروه هشت نفری و دو گروه هفت نفری) تقسیم شدند. جلسات آموزشی و حمایتی برنامه برای هر گروه یک روز در هفته تشکیل شد. شروع جلسات از تاریخ ۵ اردیبهشت ۱۳۹۰ و اتمام آن در ۸ خرداد ۱۳۹۰ بود. کلیه جلسات در حد فاصل ساعت ۱۰ تا ۱۱ صبح تشکیل شد و مدت زمان هر جلسه یکساعت بود؛ که روش کار در جدول ۱ مشاهده می‌شود. در مرحله بررسی و شناخت دو جزء شناختی-عاطفی و عاطفی-انگیزشی توسط پرستار انجام شد. در جزء شناختی عاطفی، پرستار در جلسه اول با حضور پزشک متخصص بیماریهای کودکان، نحوه عملکرد مادر در مدیریت نیازهای کودک (نحوه تغذیه کودک، وضعیت حرکتی و عوارض ناشی از بیماری مثل بروز تشنج، آبریزش از دهان و مشکلات رفتاری در کودک)، و در جلسه دوم به کسب دیدگاه‌های مادران در خصوص چگونگی رفتارهای سلامت‌محور (فعالیت جسمی، مدیریت استرس و مسؤولیت‌پذیری سلامتی) پرداخته است. در جزء عاطفی-انگیزشی، عکس‌العمل‌های روحی و روانی و روشهای سازگاری آنها نسبت به مشکلات و بحران‌هایی که قبلاً داشته‌اند، روشهای مدیریت استرس، اضطراب و چگونگی پذیرش یا تغییر در نقشهای اجتماعی-فردی و خانوادگی مادران، منابع حمایتی مورد استفاده آنها در صورت بروز مشکل و تجربیات آنها در زمینه رفتارهای سلامت‌محور و چگونگی مدیریت نیازهای

جدول ۱: طرح مداخله‌ای برنامه حمایتی طراحی شده

عضو تیم حمایتی	مرحله بررسی و شناخت
جلسه اول: پرستار	هدف کلی: بررسی و شناخت نیازهای آموزشی و حمایتی برای نحوه مراقبت از کودک و مشکلات ناشی از آن
جلسه دوم: پرستار	بحث و تبادل نظر پیرامون چگونگی بکارگیری رفتارهای سلامت محور (مدیریت استرس، تغذیه، ورزش و اهمیت پیاده‌روی در حفظ سلامتی و مسؤلیت‌پذیری سلامتی)، تجربیات، خواسته‌ها، دیدگاهها، نگرش و نیازهای آنها در زمینه مدیریت استرس (برای مثال چکار می‌کنند؟ یا چطور خودشان را آرام می‌کنند؟)، بکارگیری مکانیسم‌های سازگاری، اهمیت ورزش و تغذیه در رشد جسمی و روحی و سلامت عمومی (آزمایشات ضروری در این دوره برای حفظ سلامتی و چکاپ‌های منظم) و در نهایت، منابع حمایتی مورد استفاده آنها در صورت بروز مشکل و تجربیات آنها در این زمینه
مرحله مداخله (حمایت)	
جلسه سوم: پزشک اطفال	پیرامون محورهای بدست آمده از نیازسنجی و تجربیات مادران در جلسه اول در ارتباط با مدیریت مشکلات رفتاری کودک
جلسه چهارم: مشاور روانشناس	در رابطه با لزوم بکارگیری مکانیسم‌های سازگاری، مدیریت استرس و استراتژی‌های حل مسأله با در نظر گرفتن تجربیات خود و راهکارهای ارائه شده
جلسه پنجم: روانشناس / پرستار	توضیح در رابطه با اهمیت و بکارگیری تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی

گروه آزمون و شاهد انجام شد. لازم به ذکر است بررسی چک‌لیست‌های خودگزارش‌دهی اجرای برنامه پیاده‌روی و روش آرامسازی توسط پژوهشگر، به منظور کسب اطمینان از اجرای برنامه حمایتی داده شده توسط مادران بوده و همین طور پرسش از مادر در مورد حمایت همسر و کمک به وی در خصوص فعالیتهای مربوط به کودک به منظور کنترل و پیگیری برنامه حمایتی در طی دو ماه پس از مداخله استفاده شد. پژوهشگر هر هفته در محیط پژوهش حاضر و چک‌لیست‌ها را بررسی می‌کرد و توصیه‌های لازم را ارائه می‌داد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیروف استفاده شد و داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمونهای آماری مجذورکای، تی‌زوجی و تی‌مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک مثل سن، درآمد و سطح تحصیلات مقایسه شدند و آزمون آماری مجذورکای اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد (جدول ۲). اختلاف معنی‌داری به لحاظ آماری بین گروه آزمون و شاهد در مورد هیچکدام از متغیرهای دموگرافیک مشاهده نگردید. کودکان از گروه سنی ۱۲-۳ سال بودند. بر اساس آزمون تی‌مستقل اختلاف معنی‌داری در مقایسه میانگین نمرات سلامت روان در افراد گروه شاهد و آزمون قبل از مداخله وجود ندارد. مقایسه میانگین نمرات سلامت روان در افراد گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p < .05$).

کودک فلج مغزی مورد بررسی و شناخت قرار گرفت. مرحله حمایت در این برنامه از مهمترین بخش بوده و در ابعاد مختلف روحی و روانی، اجتماعی و شناختی طراحی شده است و عبارت است از کلیه اقداماتی که به منظور حفظ و ارتقای سطح سلامت ارائه شده است. در این مرحله با تداوم ارتباط اعضای تیم با مادر و رخداد همدلی، در آنها رغبت بیشتری برای شناخت از موقعیت جسمی، روحی-روانی، عاطفی و اجتماعی خود ایجاد شده و برای اصلاح و ارتقای رفتارهای سلامت‌محور گام برداشته‌اند. در این میان، اقدامات پرستاری بر اساس نیازسنجی به عمل آمده از مادران، به صورت مشاوره، آموزش، حمایت عاطفی ارائه شده است؛ که پژوهشگر به عنوان پرستار برنامه‌ریزی و اداره جلسات و هماهنگی اعضای تیم را بر عهده داشت. لازم به ذکر است که در جلسه پنجم، پژوهشگر با توضیح در مورد فواید بکارگیری روش آرامسازی و بی‌خطر بودن این روش و چگونگی بکارگیری این تکنیک به طور عملی و ثبت آثار و دفعات بکارگیری روش آرامسازی، از آنها خواسته شد که روزی دو بار و هر بار به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه به مدت دو ماه بر اساس چک‌لیست خودگزارش‌دهی بکارگیری این تکنیک را گزارش کنند. برای سهولت کار پژوهشگر، نوار کمک آموزشی با محتوای متن روش آرامسازی در اختیار مادران قرار داده شد که این روش ابتدا به صورت عملی توسط خود پرستار انجام شده است.

در پایان، ارزشیابی برنامه حمایتی طراحی شده به صورت ارزشیابی برآیندی بوده است؛ به این صورت که دو ماه پس از مداخله، تکمیل پرسشنامه سلامت روان (GHQ-12) در هر دو

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک مادران در دو گروه آزمون و شاهد

آزمون مجذورای	گروه شاهد		گروه آزمون		گروه مطالعه ویژگی‌های فردی	p
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق		
سن مادر	۳۳/۳	۱۰	۳۶/۷	۱۱	۲۰-۲۹	p = ۰/۷۸۷
	۶۶/۷	۲۰	۶۳/۳	۱۹	۳۰-۳۹	
سن کودک	۵۳/۳	۱۶	۶۳/۳	۱۹	۳-۵	P = ۰/۴۳۲
	۴۶/۷	۱۴	۳۶/۷	۱۱	۶-۱۲	
تحصیلات مادر	۴۰	۱۲	۳۶/۷	۱۱	کمتر از دیپلم	P = ۰/۷۹۱
	۶۰	۱۸	۶۳/۳	۱۹	دیپلم و بالاتر	
تحصیلات پدر	۴۶/۷	۱۴	۴۰	۱۲	کمتر از دیپلم	P = ۰/۶۳۲
	۵۳/۳	۱۶	۶۰	۱۸	دیپلم و بالاتر	
شغل مادر	۷۰	۲۱	۶۶/۷	۲۰	خانه دار	P = ۰/۷۸۱
	۳۰	۹	۳۳/۳	۱۰	کارمند	
شغل پدر	۲۳/۳	۷	۱۶/۷	۵	کارگر	P = ۰/۷۵۷
	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	کارمند	
درآمد	۲۶/۷	۸	۳۳/۳	۱۰	آزاد	P = ۰/۳۰۱
	۴۶/۷	۸	۳۳/۳	۱۰	۴۰۰-۶۰۰	
تعداد فرزندان	۴۰	۱۲	۲۶/۷	۸	۱	P = ۰/۸۲۹
	۴۶/۷	۱۴	۵۳/۳	۱۶	۲	
دفعات مراجعه	۱۳/۳	۴	۲۰	۶	۳ و بالاتر	P = ۰/۳۵۸
	۱۶/۷	۵	۲۶/۷	۸	یکبار در هفته	
۵۶/۷	۱۷	۶۰	۱۸	۲بار در هفته		
داشتن اطلاعات زمینه ای در مورد پوکی استخوان	۲۶/۷	۸	۱۳/۳	۴	۳بار در هفته	P = ۰/۵۹۲
	۳۳/۳	۱۰	۴۰	۱۲	بلی	
	۶۶/۷	۲۰	۶۰	۱۸	خیر	

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

مداخله	میانگین و انحراف معیار	آزمون تی مستقل
قبل	۲۲±۳/۸	P=۰/۵۱۸
بعد	۲۳±۵/۰۵	P=۰/۰۳
شاهد	۲۲±۵/۱۸	
آزمون	۲۶±۴/۸۱	

مداخله‌گر، دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همسان‌سازی شدند (۱۶). رفتارهای سلامت‌محور در برنامه حمایتی سلامت‌محور شامل ورزش، مسؤلیت‌پذیری سلامتی، مدیریت استرس (آرامسازی بنسون) با استفاده از آموزش، مشاوره، استفاده از بحث گروهی بود.

لویز و همکاران در کانادا مطالعه مقایسه‌ای با هدف بررسی سطح استرس گزارش شده توسط خانواده کودکان با تأخیر تکاملی و خانواده‌های کودکان بدون تأخیر تکاملی و ارتباط بین استراتژی‌های مختلف سازگاری و استرس انجام دادند. نتایج نشان داد که والدین کودکان با تأخیر تکاملی قبل از بکارگیری استراتژی‌های سازگاری سطح بالایی از استرس را تجربه می‌کردند، که بعد از بکارگیری استراتژی‌های موثر (مدیریت استرس) سازگاری میزان استرس و فشار روانی وارده بر آنها کاهش پیدا کرد و همینطور استرس بر ارزیابی آنها از موقعیت و سطح درک استرس توسط آنها تأثیر مثبت و عمیقی برجای گذاشت (۱۷). بنابراین به نظر می‌رسد که بکارگیری استراتژی‌های موثری مثل مدیریت استرس ضمن کاهش علائم سلامت روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی می‌تواند سلامت روانی مادران کودکان فلج مغزی را بهبود ببخشد؛ که مطالعه مذکور در راستای پژوهش حاضر مؤید این مطلب است. بارلو و همکاران مطالعه شبه‌تجربی با هدف تأثیر برنامه آموزشی و حمایتی برای والدین کودکان زیر ۱۶ سال با ناتوانی تکاملی بر اعتماد بنفس (خوداثربخشی)، رفاه روانشناختی در والدین و اصلاح الگوی خواب، خوردن و حرکت در کودک انجام دادند. یافته‌ها نشان داد در ابتدا قبل از مداخله سطح اضطراب و افسردگی در گروه مداخله بالا بوده است که بعد از مداخله (۸ هفته بعد) سطح اضطراب و افسردگی کاهش پیدا کرد و در مقایسه با گروه کنترل در گروه مداخله بهبود قابل ملاحظه‌ای در خلق، اعتماد به نفس و ارتقای رفاه اجتماعی-روانی کودکان دیده شد (۱۸). ملک‌پور و همکاران (۲۰۰۶) نیز با بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی ۶۰ نفر از مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی نشان داد که در

آزمون آماری تی‌زوجی با ($P < 0.01$) تفاوت معنی‌داری را در گروه آزمون نشان داد. در واقع، نمره سلامت روان مادران در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافت. این اختلاف در گروه شاهد معنی‌دار نبود (جدول ۳).

طبق جدول فوق و بر اساس آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری در مقایسه میانگین نمرات سلامت روان در افراد گروه شاهد و آزمون قبل از مداخله وجود ندارد. بعد از مداخله مقایسه میانگین نمرات سلامت روان در افراد گروه شاهد و آزمون اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0.05$). آزمون آماری تی‌زوجی با ($P = 0.000$) تفاوت معنی‌داری را در گروه آزمون نشان داد. این اختلاف در گروه شاهد معنی‌دار نبود.

بحث

طبق نتایج پژوهش حاضر برنامه حمایتی طراحی شده باعث بهبود سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد شده است. با توجه به محدودیت مطالعات در زمینه تأثیر برنامه آموزشی یا حمایتی بر سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی، پژوهشگر بر آن شد تا با توجه به جنبه جدید بودن این مطالعه که استفاده از برنامه حمایتی طراحی شده با رویکرد تیمی است گام مهمی در ارتقای سلامت روان مادران بردارد. برای تأثیرات بهتر مداخله، استفاده از تجربیات مادران به عنوان یکی از منابع غنی حمایت به منظور حفظ و ارتقای سلامت آنان مدنظر قرار گرفت. توجه به شناسایی و نوع مشکلات کودک به عنوان یکی از موانع مهم سلامت روان مادران و همچنین توجه به سلامت روان مرتبط با رفتارهای سلامت‌محور در مادران با توجه به ورود به مرحله میانسالی از نتایج مهم این مطالعه محسوب می‌شود. پژوهش‌های قبلی تقریباً از چنین جنبه‌های مفیدی کمتر برخوردار بوده‌اند. با توجه به اینکه احتمال در پیش گرفتن رفتارهای سلامت‌محور تحت تأثیر تعدادی عوامل واسطه‌ای مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و...)، عوامل روانی اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، درآمد و...) و عوامل ساختاری (اطلاعات فردی) قرار دارد و به منظور کنترل عوامل

سلامت محور (اجرای روش آرامسازی، برنامه پیاده‌روی، تغذیه و اهمیت آن در ارتقای سلامت روانی، مدیریت استرس و استراتژی‌های حل مسأله و مسؤولیت‌پذیری سلامتی) سبب ارتقای سلامت روانی شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سلامت روانی در مقایسه گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری به لحاظ آماری نشان داد. مطالعات دیگر نتایج مشابهی داشتند؛ از جمله مک مانوس (۲۰۰۵) مطالعه‌ای به منظور بحث گروهی با والدین (در خصوص محورهای حمل و نقل کودک، حمایت به وسیله گروه همتا و همسر و نگرش افراد و جامعه نسبت به کودک) کودکان مبتلا به فلج مغزی و تأثیر آن بر ارتقای عملکرد اجتماعی، روانی و محیطی آنان انجام داد. نتایج نشان داد که گروه خودیار و درک تجربیات نقش فزاینده‌ای در رشد روحی و روانی و عملکرد اجتماعی داشته است (۲۴). همچنین شقاقی و همکارانش نیز در مطالعه شبه‌تجربی که به منظور بررسی تأثیر آموزش خانواده در سلامت روانی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام دادند، نتایج نشان داد که در خرده‌مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، سلامت روحی و میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری در دو گروه آزمون و شاهد وجود داشت (۲۵). بنابراین، می‌توان استنباط کرد که در پژوهش حاضر به دلیل استفاده از بحث گروهی و درک تجربیات همدیگر (گروه همتا) و همچنین اهمیت چگونگی بکارگیری مدیریت استرس و استراتژی‌های حل مسأله که از محورهای مهم برنامه حمایتی طراحی شده بود، عملکرد روحی و روانی مادران نسبت به قبل از مداخله ارتقاء پیدا کرد، که با یافته‌های مطالعات فوق همخوانی دارد. این بررسی با محدودیت‌هایی انجام گرفته است. ملاک‌های خاص ورود به پژوهش تمهیم نتایج به افراد خارج از پژوهش را با مشکل مواجه می‌سازد. تنها ۱۰ نفر از گروه آزمون تمایل داشتند تا همسرانشان در برنامه حمایتی شرکت کنند، بنابراین عملکرد پدران در خانواده در این پژوهش چندان مشهود نبود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود تأثیر برنامه حمایتی طراحی شده برای پدران دارای کودک فلج مغزی بر میزان عملکرد آنها در خانواده مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج نهایی یافته‌ها حاکی از آن است که برنامه حمایتی طراحی شده باعث ارتقای سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی شده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود متخصصان و سیاست‌گذاران خدمات بهداشتی، مراقبتی و درمانی، در زمینه ارتقای سلامت مادران کودکان مشکل‌دار بر اساس برنامه حمایتی طراحی شده بیشتر توجه کنند.

طول ۳۲ جلسه آموزش مهارت‌های زندگی طراحی شده، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان فشار روانی مادران گروه آزمایش تحقیق تأیید شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی میزان فشار روانی آنها را کاهش داد (۱۹). همینطور آدامز و همکاران در مطالعه‌ای که حمایت اجتماعی و سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت را مورد بررسی قرار دادند به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی قویاً در سبک زندگی سالم نقش دارد و افزایش حمایت اجتماعی باعث افزایش انجام رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت می‌شود (۲۰). روشن است وقتی خانواده از حمایت سیستم اجتماعی مشاوره‌ای، آموزشی و حمایتی برخوردار باشد، اضطراب و افسردگی آنها کاهش و سازگاری در آنها افزایش می‌یابد. همان‌گونه که در پژوهش حاضر در راستای مطالعات فوق، بکارگیری یک برنامه حمایتی با رویکرد تیمی با تأکید بر استفاده از تجربیات همدیگر، آموزش، مشاوره، حمایت (همسر) و ارتقای رفتارهای سلامت‌محور توانست سلامت روان مادران را بهبود بخشد. هالی و همکارانش (۲۰۰۸) نیز در تحقیقی شبه‌تجربی خود که به منظور بررسی تأثیر بکارگیری روش‌های آرامسازی پیشرفته بر ارتقای رفتارهای سلامت‌محور و سلامت روانی انجام دادند، نتایج نشان داد پس از مداخله در گروه آزمون کاهش دیسترس روانی و علایم جسمی را نشان دادند و به مدت دو سال نیز رفتارهای مدیریت استرس در گروه آزمون به نسبت گروه کنترل حفظ گردید. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که گنجاندن برنامه آموزش آرامسازی در بهبود سبک زندگی سالم، حفظ سلامت جسمی و روانی مادران موثر است (۲۱). در همین رابطه، کراویتز و همکارانش (۲۰۰۸) نیز مطالعه‌ای مداخله (اجرای روش آرامسازی و استفاده از هنر) را برای ارتقای برنامه‌های مدیریت استرس انجام دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که ورزش ۳۷٪، عبادت ۴۴٪، اظهار مثبت ۳۶/۵٪، تنفس عمیق ۱۹٪ و حمایت خانواده و دوستان ۸۲٪ به عنوان استراتژی‌های انتخابی توسط مشارکت‌کنندگان معرفی شدند (۲۲). نیسانی حبیب‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای به منظور اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام دادند. محتوای برنامه استفاده از برنامه روش آرامسازی پیشرونده عضلانی و آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بود. نتایج نشان داد که نتایج حاکی از اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش میزان استرس بیماران زنان مبتلا به SLE بود (۲۳). یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات فوق همخوانی دارد؛ به این صورت که بکارگیری رفتارهای

تشکر و قدردانی

حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و همچنین مسؤول مرکز توان بخشی اخوان و صبا، برای همکاری بی‌دریغ ایشان تشکر و قدردانی می‌شود.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه آموزش پرستاری در گرایش کودکان در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که به این وسیله از

References

1. Kirby R S, Wingate MS, Naarden KV, Doernberg NS , Arneson CL, et al. Prevalence and Functioning of Children with Cerebral Palsy in Four Areas of the United States in 2006: A report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network .Res Dev Disabil 2011;32(2): 462-9
2. Goldstein M, Bax M, Rosenbaum P. Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. dev med child neurology. 2005; 47(4): 571-76.
3. Kermanshahi S. Perception and Experience of Health Phenomenon in Mothers of Children with Mental Retardation and Designing and Evaluation the Nursing Model of Health Promotion. (Thesis for doctoral of science degree), Terabit Modares University 2008. (Persian).
4. Riana P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter S.D, Russell D & et al. The Health and Well-Being of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. Ped 2005; 115(6): 626-36.
5. Hastings R.P. Child Behaviors Problems and Parental Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism. J Intell Disability Res 2003; 47(4): 231 -37.
6. Vanaki z. Design and Evaluation of Support Model in Nursing, Doctoral dissertation, Tarbiat Modares of medical Science University, 2004. (Persian).
7. Maureen CL. Motor Out-Comes in Premature Infants. Newborn and Infant Nurs 2005;3(3):104-109.
8. Gontard M, Von A, Backes C, Wendland C. Psychopathology and Family Stress Comparison of Boys with Fragile X Syndrome and Spinal Muscular Atrophy. J of Child Psychology and Psychiatry 2002; 43(7):949-57.
9. Heiman T. Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations .J of Dev and Physical Disabilities 2002;14(2):159-71.
10. Baker B.I, Heller T.L. Preschool Children with Externality Behaviours: Experience of Mothers and Fathers. J abnorm child psychology 1996;24(4):513-32.
11. Hung J., Yee-Hwa W, Chien C. Mental Health of Parents Having Children with Physical Disabilities. Chang Gung Medical Journal 2010; 33(3):82-91.
12. Hillemeier M.M, Downs DS, Feinberg M.E, Weisman CS, Chuang CH, Parrot R & et al. Improving Women's Preconception Health Finding from a Randomized Trial of the Strong Healthy Women Intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. Women Healths Issues 2008;18(4):87-96.
13. Heidari F, Kermanshahi S, Vanaki Z, Kazem Nejad A . Survey the Effect of Planned Program of Health Promotion on Stress Management in Middle-Aged Women. Iranian j Nurs Res 2010; 22(6):16-23. (Persian).
14. Ali gol M, Shojaie zadeh D, Golestan B. An Investigation the Effects of Instruction of Stress Management on the Stress Level of Employees of Health Centers in Qom. 3rd The National Congress on Health Education & Promotion. Hamadan. 2008: 171. (Persian).
15. Ebadi m, Harirchi AM, shariati M, Fateh A, Montazeri A. Translation, Validity and Reliability of General-Health-Questionnaire=GHQ12. Payesh journal 2002;3(1): 39-46.(Persian).

16. Hatami H, Razavi M, Ardabili H, Majlesi F, Saeed NM, pariadeh, MJ. *Comprehensives Public Health*. Arjemand publication 2003;45: 15-50.(Persian).
17. Lopez T., Tessen C., Patricia M. Parental Stress and Coping in Families of Children with and without Developmental Delays. *J on Dev Disab* 2008;14(2):99-104.
18. Barlow J, Lesley P, Mollie G. The Influence of the Training and Support Program on the Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Parents of Children with Disabilities. A controlled trial *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2006;12(6): 55–63.
19. Malekpoor M, Farahani H, Aghaie A, Bahrami E. The Effect of Life-Skills Training on Reduced of Mothers Stress Having Mental Retard and Normal Children. *Research on Exceptional Children* 2006; 20(2):661-76. (Persian).
20. Adams MH, Bowden AG, Humphery DS. Social Support and Health-Promotion Lifestyle of Rural Women. *Online J Rural Nurs and Health Care* 2000; 1(1).
21. Hawley G, Horwath C, Gray A, Bradshava A., KatzerL, Joyce J. Sustainability of Health and Lifestyle Improvements Following a Non-Dieting Randomized Trial in Overweight Women. *Preventive Medicine* 2008; 47:593-99.
22. Kravits K, Mcallister-Black R, Grant M, Kirk C. Self Care Strategies for Nurses: Psycho-Educational Intervention for Stress Reduction and the Prevention of Burnout. *Appl Nurs Res* 2008; 23(3):130-38.
23. Neissiani F, Neshat Doost H, Molavi H, Bonakdar Z. The Efficacy of Cognitive Behavioral Stress Management Therapy on Perceived Stress of Female Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Behav sciences Res* 2011;9(3):222-28.(Persian).
24. McManus V, Michelson S, Parkinson K. Discussion Groups with Parents of Children with Cerebral Palsy in Europe Designed to Assist Development of a Relevant Measure of Environment. *Centre for Health Services Research* 2006;32(9):185-192.
25. Saghghi F, Kacojoiebari AA, Eslami F. The Effect of Family Instruction on Mental Health of Educable Mentally Retarded Children's Parent's. *Scientific information database* 2010; 2(4):57-69.(Persian).

Archive SID

The Effect of a supportive program on mental health of mothers of children with cerebral palsy

Ali Mohammad Parvinian¹, * Sima Mohammad Khan Kermanshahi², Firozeh sajadi³

1. Student of Pediatric Nursing, Department of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

2. Assistant professor in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Rehabilitation research center of pediatric neurology, University of social welfare and Rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author, Email: kerman_s@modares.ac.ir

Abstract

Background: The challenges experienced by mothers of children with cerebral palsy usually are multiple and ongoing. These challenges affect the mental health of mothers. Thus they need to be supported with supportive programs.

Aim: This study was carried out to determine the effect of a designed- supportive program on mental health of mothers who have children with cerebral palsy.

Method: In this quasi-experimental study 60 mothers who had children with cerebral palsy were firstly selected by convenience sampling method and then allocated to two groups of experimental (n=30) and control (n=30). Data collection tools included the demographic and General Health Questionnaires (GHQ-12). Designed supportive program was implemented for experimental group through three steps including assessment of needs, giving support and evaluation. Data were analyzed with SPSS software Version 16 using Chi-square, t student and paired t-test.

Results: Chi-square showed no significant difference in terms of demographic variables between two groups. Independent t-test showed that there is a significant difference between two groups in relation to mean scores of mental health after intervention ($P < 0.001$). Based on Paired t-test there was a significant difference between mean scores of mental health before and after intervention in experimental group ($P < 0.001$), but this difference was not seen in control group.

Conclusion According to the findings, applying a designed- supportive program could affect positively the mental health status of the mothers who had children with cerebral palsy. So it is suggested that designed- supportive programs to be applied as an effective method to promote mental health of mothers of children with cerebral palsy.

Keywords: program, mental health, mother, child, cerebral palsy

Received: 11/07/2012

Accepted: 30/08/2012