

بررسی سلامت روانی و استرس والدگری در والدین کودکان کم‌توان ذهنی

A study of mental health and parenting stress among parents of mentally disabled children

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۳۱

Amiri, M. MSc[✉], Afrooz, A. PhD, Malahmadi, E. MSc
Javadi, S. MSc, Nour-allahi, F. MSc, Rezaei-
Bidakhavidi, A. MSc

محسن امیری[✉]، غلامعلی افروز^۱، احسان مال احمدی^۲، سحرانه
جوادی^۳، فاطمه نوراللهی^۴، اکرم رضایی بیداخویدی^۵

Abstract:

Introduction: Research findings suggest that the adjustment of a family is influenced by a mentally-disabled child. Therefore, the current study aimed at investigating the relationship between familial performance, child characteristics, demographic variables and stress and mental health among parents of children with mental disabilities.

Method: 200 parents (130 mothers and 70 fathers) were studied; they completed the "parenting stress index", "General Health Questionnaire", "FAD-I" and demographic questionnaires for parents and children. Data were analyzed using multi-variate Analysis of Variance, correlation and regression analysis.

Results: Among child characteristics, child age had a negative relationship with parenting stress and GHQ. Severity of child's mental disability had a negative relationship with GHQ. The correlation between familial income with parental stress and mental health was negative. The correlations between variables of role, problem solving, emotion expression and mental health and parental stress were negative. Regression analysis showed child characteristics variables, familial performance and demographic variables of parents could predict a significant variance of parental stress and mental health.

Conclusion: Familial performance, child characteristics and parental demographic variables correlate with mental health and parental stress and can predict them.

Keywords: Mental health, Parenting stress, Mental disabled children, Familial performance, Demographic variables.

چکیده:

مقدمه: یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که انطباق خانواده تحت تأثیر کودک کم‌توان ذهنی قرار می‌گیرد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین عملکرد خانوادگی، ویژگی‌های کودک و متغیرهای جمعیت‌شناختی والدین با استرس و سلامت روانی در میان والدین کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش: ۲۰۰ نفر از والدین (۷۰ پدر و ۱۳۰ مادر) مطالعه شدند، و به پرسش‌نامه‌های شاخص استرس والدین، سلامت روانی، مقیاس سنجش خانواده و پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی والد و کودک پاسخ دادند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، همبستگی و رگرسیون بررسی شدند.

یافته‌ها: از میان ویژگی‌های کودک، بین سن کودک، استرس والدگری و سلامت روانی رابطه منفی وجود داشت. بین شدت کم‌توانی ذهنی کودک و سلامت روانی رابطه منفی و معنادار بود. بین درآمد خانواده با تنیدگی والدین و سلامت روانی نیز رابطه منفی بود. همبستگی بین متغیرهای نقش‌حل مشکل و ابراز عواطف با سلامت روانی و استرس والدگری منفی بود. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد، متغیرهای ویژگی‌های کودک، عملکرد خانواده و عوامل جمعیت‌شناختی قادر به پیش‌بینی واریانس استرس والدگری و سلامت روانی هستند.

نتیجه‌گیری: متغیرهای عملکرد خانواده، ویژگی‌های کودک و متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت روانی و استرس والدگری رابطه دارند و قادر به پیش‌بینی آن‌ها هستند.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی، استرس والدگری، کودکان کم‌توان ذهنی، عملکرد خانواده.

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology and Exceptional Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
Email: amiri_tmu@yahoo.com

✉ گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۱- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲- گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۵- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات اراک، اراک، ایران

مقدمه

تولد یک کودک معمولاً رویدادی شادی آور و هیجان بخش است، از دیگر سو تولد کودک به همراه خود چالش‌ها و مسئولیت‌های جدیدی برای والدین به وجود آورده و آنها را ملزم به سازگاری با عضو جدید خانواده می‌نماید. تولد کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند به همراه خود مشکلات جدید و مضاعفی را برای والدین این کودکان به دنبال داشته باشد. در چنین خانواده‌هایی درخواست‌های جدیدی برای والدین به واسطه نیاز به بستری شدن، مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی کودکشان ایجاد شده و این عوامل به نوبه خود می‌توانند فرایند سازگاری در چنین خانواده‌هایی را تحت تأثیر قرار دهند [۱]، این قبیل تأثیرات کودکان کم‌توان ذهنی بر روی واحدهای خانوادگی، می‌تواند دارای پیامدهای مهمی باشد و ماهیتاً باعث محدود شدن و آشوب در وضعیت اقتصادی، اجتماعی و هیجانی این چنین خانواده‌هایی گردد [۲].

والدین و افراد حاضر در خانواده به‌صورت بسیار جدی، تحت تأثیر آگاهی از کم‌توانی ذهنی کودک خود قرار گرفته و در مدت زمان کوتاهی بعد از این آگاهی، والدین باید برای این عضو تازه وارد تغییرات ذاتی و واقعی در ساختار و کارکرد خانواده به وجود آورند و همزمان با این تغییرات به پخش و توزیع دوباره نقش‌ها و مسئولیت‌ها در محیط خانوادگی دست زنند، که این چنین مسئولیت‌ها و تغییرات ساختاری و کارکردی می‌تواند در زمانی طولانی تأثیرات خود را بر سلامت روانی هر دو والد بر جای گذارد [۱].

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که انطباق خانواده تحت تأثیر کودک کم‌توان ذهنی قرار می‌گیرد، داشتن کودک معلول بر بهداشت روانی خانواده اثر گذاشته و علاوه بر نگرانی و مشکلات روانی، تقسیم نقش‌ها و فرآیندهای ارتباطی صریح و آگاهی از مسایل سایر اعضای خانواده را با مشکل روبه‌رو می‌سازد [۳].

اغلب برای چنین والدینی استرس و تجربیات پاسخ‌های هیجانی از قبیل افسردگی، اضطراب و آشفتگی‌های روانی دیگر به وقوع می‌پیوندد [۴، ۵]. این استرس و تنشگرها ارتباط مستقیمی با کودک کم‌توان ذهنی دارند زیرا کم‌توانی ذهنی به همراه خود برای این والدین درخواست‌های جدیدی از قبیل زمان اضافی برای مراقبت و پرستاری از کودک کم‌توان ذهنی [۶، ۷، ۸]، و تأمین منابع مالی مورد نیاز برای مخارج بعضاً سنگین این کودکان [۸، ۹] را به دنبال دارد.

دیگر محققان نیز در این زمینه بیان می‌دارند که درصد بالایی استرس و تنش و همچنین سلامت روانی نامطلوبی که در میان والدین کودکان مبتلا به ناتوانی و معلولیت وجود دارد، باعث می‌شود که این والدین با مطالبات و درخواست‌های بیشتری نسبت به دیگر والدین روبه‌رو باشند. که این افزایش مسئولیت‌ها

در زمینه‌هایی همچون نیازهای مراقبتی این کودکان و فعالیت والدین برای سروسامان دادن و منظم کردن کارهای کودک در موقعیت‌هایی همچون مدرسه و خانواده خود را نشان می‌دهند [۱۰].

پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه استرس و سلامت روان در میان والدین کودکان استثنایی، به‌ویژه کودکان کم‌توان ذهنی پرداخته‌اند، میزان بالایی از استرس و آشفتگی‌های روانشناختی از قبیل اضطراب و افسردگی را در والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی گزارش داده‌اند [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶]. همچنین تعداد دیگری از بررسی‌ها عوامل متعدد دیگری را که بر روی سلامت روان و استرس والدین کودکان کم‌توان ذهنی تأثیرگذار بوده‌اند را خاطر نشان کرده‌اند، به عنوان مثال پژوهش‌های بی‌شماری این امر را پیشنهاد می‌کنند که خصوصیات ویژه کودک، مانند مشکلات رفتاری ممکن است اثر خود را بر استرس تجربه‌شده و سلامت روان والدین و به‌ویژه مادران این کودکان اعمال کند [۴].

از دیگر عواملی که بر میزان استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی تأثیرگذار است میزان کم‌توان ذهنی کودک است. شماری از تحقیقات بیانگر این موضوع می‌باشند که هرچه کودک از بهره هوشی کمتری برخوردار باشد والدین با استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری روبه‌رو می‌شوند [۱۷، ۱۸]. اما این مطلب در بررسی‌های عده دیگری از پژوهشگران تأیید نشده است [۱۹].

در ادبیات پژوهشی اولیه فرض بر این بود که افزایش سن کودکان کم‌توان ذهنی با بالا رفتن استرس والدین این کودکان ارتباط دارد [۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳]. این فرض هم‌اکنون تحلیلی ساده‌انگارانه به نظر می‌رسد زیرا بخش اعظمی از تحقیقات بین افزایش سن کودک و اضطراب [۲۴]، افسردگی [۲۴، ۲۵] و استرس [۲۶، ۲۷، ۲۸]، رابطه معناداری را نشان نمی‌دهند. از دیگر عوامل تأثیرگذار بر استرس و آشفتگی‌های والدین کودکان کم‌توان ذهنی شرایط اقتصادی اجتماعی این والدین می‌باشد. با این وجود شواهد موجود تحقیقاتی نشان می‌دهد که تأثیر شرایط اقتصادی اجتماعی این والدین حالتی دوسویه و مبهم دارد، با این توصیف بررسی‌ها نشان می‌دهند که شرایط اقتصادی اجتماعی بر استرس ادراک‌شده والدین تأثیر می‌گذارد [۲۹].

در این میان تاجری (۱۳۷۸) در پژوهشی که به بررسی استرس و مشکلات روانی و رفتاری مادران کودک کم‌توان ذهنی پرداخته بود به این نتیجه رسید که مادران طبقات اقتصادی اجتماعی بالاتر استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و کمتر فرزند خود را می‌پذیرند و متعاقباً مشکلات رفتاری و روانی بالاتری نیز دارند. علاوه بر این بسیاری از مطالعات تأثیر معناداری را در این مورد نشان نمی‌دهند [۳۰، ۳۱]. قوی‌ترین حمایت‌ها در تأیید این مطلب که شرایط اجتماعی اقتصادی به عنوان پیش‌بینی‌کننده

باید ده مشاهده وجود داشته باشد انجام گرفته است [۳۵]. دامنه سنی این والدین از ۳۰ تا ۵۱ سال (با میانگین ۳۹/۳ و انحراف استاندارد ۴/۵) بود. میزان درآمد برای هر خانواده از چهارصد هزار تومان تا یک میلیون تومان در ماه متغیر بود. در مورد اشتغال این والدین، تقریباً ۹۰ درصد مادران به کار خانه‌داری مشغول بوده و بقیه این افراد کارمند اداره‌های دولتی بودند. از میان پدران ۴۰ درصد دارای شغل آزاد، ۳۰ درصد معلم و ۲۰ درصد هم کارگر ساده بودند. کودکان کم‌توان ذهنی از ۱۱۰ پسر و ۹۰ دختر ۶ تا ۱۲ سال (با میانگین سنی ۹/۲۶ و انحراف استاندارد ۱/۸) تشکیل یافته بود، ۸۰ نفر این کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر، ۷۵ نفر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و ۴۵ نفر هم کم‌توان ذهنی پناهگاهی بودند.

ابزار پژوهش:

در این پژوهش، به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف) پرسش‌نامه خصوصیات جمعیت‌شناختی والد و کودک:

این پرسش‌نامه جهت کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن کودک، درجه کم‌توانی ذهنی کودک، جنسیت والد، سن والد، وضعیت اشتغال والد و میزان درآمد خانوادگی، تهیه شده بود.

ب) شاخص تنیدگی والدین (PSI):

این شاخص در سال ۱۹۶۷ توسط آبدین ساخته شد و پرسش‌نامه‌ای است که براساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین کودک را ارزشیابی کرد. این پرسش‌نامه بر این اصل استوار است که استرس والدگری می‌تواند از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدین به‌طور مستقیم مرتبط هستند ناشی می‌شود. شکل شاخص استرس والدگری این پژوهش، به عنوان شکل بازنگری‌شده فرم‌های پیشین است که تصحیح آن آسان‌تر و مقدار مواد آن کمتر است این بازنگری، مواد شاخص استرس والدگری را از ۱۵۰ ماده به ۱۰۱ ماده کاهش داده و ۱۹ ماده اختیاری نیز به عنوان «مقیاس تنیدگی ۲۷» به آن افزود. زیرمقیاس‌های مربوط به هر حیطة و همچنین تعداد موارد آن‌ها عبارت از حیطة‌ی کودک (۴۷ ماده) که شامل: سازش‌پذیری (۱۱ ماده)، پذیرندگی (۷ ماده)، فزون‌طلبی (۹ ماده)، خلق (۵ ماده)، بی‌توجهی فزون‌کنشی (۹ ماده)، تقویت‌گری (۶ ماده) و حیطة والدین (۵۴ ماده) که شامل: افسردگی (۹ ماده)، دلبستگی (۷ ماده)، محدودیت‌های نقش (۷ ماده)، حس صلاحیت (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی (۶ ماده)، روابط با همسر (۷ ماده)، سلامت والد (۵ ماده) و تنیدگی زندگی (مقیاس اختیاری که ۱۹ ماده است) است. شیوه نمره‌گذاری به شیوه لیکرت بر حسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. فرآیند تفسیر

استرس والدین، مسئولیت ناشی از والدگری و عملکرد کلی آنها عمل می‌کند، در کشورهای در حال توسعه یافت شده است [۳۲]، در این کشورها هنوز زیرساخت‌های مناسب برای حمایت رسمی از خانواده‌های دارای کودک ناتوان وجود ندارد، اگرچه این حمایت‌ها برای خانواده‌های مرفه فراهم شده است.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که سن والدین به‌صورت پایا استرس، سازگاری، ساختار خانواده و بهداشت روانی والدین را پیش‌بینی نمی‌کند [۳۰، ۳۳]. تحقیقات نشان می‌دهد که مادران مسن کودکان کم‌توان ذهنی از همان رویکردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند که مادران جوان این کودکان استفاده می‌کنند، ولی آنها در مقایسه با مادران جوان نتایج بهتری کسب کرده و استرس کمتری را تجربه می‌کنند [۳۴]. علاوه بر آن خصوصیات دموگرافیک والدین دارای فرزندان بزرگسال کم‌توان ذهنی با سلامت فیزیکی و رضایت از زندگی آنان ارتباط دارد [۹]. دیگر تحقیقات نشان می‌دهند که عدم اشتغال پدر با استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی بیشتر و شاغل بودن این والدین با استرس و آشفتگی‌های کمتری همراه بوده است [۲].

با توجه به مطالب پیشین پژوهش حاضر به‌منظور بررسی رابطه بین عملکرد خانوادگی، ویژگی‌های کودک، متغیرهای جامعه-جمعیت‌شناختی والدین با استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی در میان والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌باشد تا با شناسایی هرچه بیشتر عوامل تأثیرگذار بر مشکلات روان‌شناختی این چنین والدینی راه برای برنامه‌ریزی هرچه بیشتر و مناسب‌تر برای این قبیل خانواده‌ها به وجود آید. علاوه بر این با مقایسه هرچه کامل‌تر این والدین با یکدیگر و شناسایی عوامل تأثیرگذار بر این مقوله‌ها، راه برای ایجاد برنامه‌های مناسب جهت کاهش استرس و بالا بردن سلامت روان والدین کودکان کم‌توان ذهنی و بالاحص مادران و پدران آنها هموار می‌گردد، همچنین در این پژوهش می‌خواهیم با بررسی رابطه این متغیرها به پیش‌بینی استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی در میان این والدین دست یابیم.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه والدین کودکان کم‌توان ذهنی شهرستانهای تهران و کرج تشکیل می‌دهند. از جامعه آماری با مراجعه به مدارس کودکان کم‌توان ذهنی و مراکز نگهداری کم‌توان ذهنی وابسته به سازمان بهزیستی در شهرستان‌های حاضر تعداد ۲۰۰ نفر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی (۷۰ نفر پدر و ۱۳۰ نفر مادر، یک والد در ازای هر کودک) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیده و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار تا آنها را تکمیل کنند. لازم به ذکر است که انتخاب تعداد گروه نمونه براساس نظر هاول (۱۹۹۷) که بیان می‌کند برای هر متغیر پیش‌بین دست کم

به توانایی پرسش‌نامه در تمایزگذاری بین افراد بیمار و سالم است. در ایران نیز اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۹ برآورد شده است [۳۷]. تحقیقات سایر محققان همگی نشان می‌دهد که پرسش‌نامه سلامت عمومی از پایایی و روایی لازم برخوردار بوده و قابلیت استفاده در پژوهش‌های مربوطه را دارا است [۳۸، ۳۹].

د) مقیاس سنجش خانواده (FAD-I):

این مقیاس به منظور تمیز میان خانواده‌های سالم و بیمار، الگوهای تبادلی میان اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. (FAD-I) همان آزمون سنجش خانواده است که براساس مدل مک مستر طراحی شده و نجاریان (۱۳۷۴) آن را هنجاریابی کرده است که دارای سه بعد: نقش‌ها، حل مشکل و ابراز عواطف می‌باشد. مواد این آزمون جمله‌هایی است که خانواده آزمودنی را توصیف می‌کند آزمودنی در واکنش به این گزاره‌ها، میزان انطباق خصوصیات توصیف‌شده را با شرایط خانواده خود، بر روی یک مقیاس لیکرت چهارطبقه‌ای کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، و کاملاً مخالفم مشخص می‌سازد. این آزمون به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که هرچه نمره خانواده بالاتر باشد خانواده سالم‌تر است و کارایی بهتری دارد. مجموع مواد (FAD-I)، ۴۵ آیتم است که ۲۰ مورد آن مربوط به نقش‌ها و ۱۷ مورد آن مربوط به حل مشکل و ۸ مورد آن مربوط به ابراز عواطف می‌باشد [۴۰]. در پژوهش‌های دیگر ضریب آلفای کرنباخ این پرسش‌نامه بین ۰/۳۸ تا ۰/۹۲ [۴۱]، و در پژوهشی دیگر بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۵ بدست آمده است [۴۲].

یافته‌ها

به منظور مقایسه پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی از لحاظ نمرات کلی در پرسش‌نامه‌های شاخص استرس والدین و زیرمقیاس‌های آن و همچنین پرسش‌نامه سلامت روانی و زیرمقیاس‌های آن (علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید) از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حاکی از آن بودند که میان این والدین در زمینه این مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین داده‌ها با هم وارد تجزیه و تحلیل شدند.

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای، خصوصیات جمعیت‌شناختی والدین، ویژگی‌های کودک، سنجش خانواده، استرس والدگری و شاخص کلی سلامت روان از تحلیل همبستگی و از آزمون رگرسیون جهت تأثیر این مؤلفه‌ها بر استرس والدگری و شاخص کلی سلامت روان استفاده شده است.

نتایج مقیاس تنیدگی والدین، در وهله نخست از بررسی نمره کلی مقیاس (حیطه‌های کودک و والدین) آغاز می‌شود. پس از آن، نتایج زیر مقیاس‌هایی که در هر قلمرو قرار دارند براساس جدول هنجار، مورد تحلیل قرار می‌گیرند. بدین ترتیب، براساس نمرات حیطه‌های کودک و والدین و با توجه به نتایج مقیاس تنیدگی زندگی، می‌توان چارچوب خاص بروز تنیدگی را تعیین کرد و شیوه مداخله یا درمانگری متناسب را اتخاذ نمود [۳۶]. ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرنباخ برای مقیاس در یک گروه ۵۳۴ نفری از والدین ساکن در منطقه ویرجینیای آمریکا ۰/۹۵ بدست آمد. این ضریب در قلمرو ۰/۸۹ و در قلمرو والد ۰/۹۳ بوده است (آبدین ۱۹۹۵: به نقل از کرولیک و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین در بررسی که توسط تاجری (۱۳۷۷) انجام شد، با روش بازآزمایی، ضریب همبستگی اسپیرمن در قلمرو کودک و والدین ۰/۸۱ و ۰/۷۰ حاصل شد، که حاکی از وجود همبستگی قوی و معنادار در طی سه هفته است.

ج) پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ):

پرسش‌نامه سلامت عمومی یک «پرسش‌نامه غربالگری» مبتنی بر خودگزارشی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد پرسش‌نامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آنهایی که سالم پنداشته می‌شوند متمایز کند. بنابراین هدف این پرسش‌نامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری و سلامت است [۳۶]. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال چهارگزینه‌ای است و دارای چهار مقیاس است که هر کدام از مقیاس‌ها هفت سؤال دارد. مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی عبارتند از علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره‌گذاری استفاده از مدل لیکرت (با نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳)، برای گزینه‌های مواد پرسش‌نامه است. به طور کلی ۴ نسخه از پرسش‌نامه سلامت عمومی وجود دارد که عبارتند از: نمونه ۱۲ سؤالی، ۲۸ سؤالی، ۳۰ سؤالی و ۶۰ سؤالی. هنگامی که تحلیل مقیاس‌های فرعی پرسش‌نامه سلامت عمومی مورد نیاز باشد باید از نمونه ۲۸ سؤالی استفاده کرد. پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی با توجه به حساسیت ۱۷ و اختصاصی بودن ۱۸ ابزار مناسبی است. حساسیت فرم ۲۸ سؤالی ۸۴ درصد و اختصاصی بودن آن ۸۲ درصد است. حساسیت و اختصاصی بودن اندازه‌گیری‌ها، مربوط

جدول (۱) نتایج همبستگی بین متغیرهای خصوصیات جمعیت شناختی والد و کودک، سنجش خانواده، استرس والدگری و شاخص کلی سلامت روان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. سن کودک	-									
۲. سطوح شدت کم‌توانی ذهنی	۰/۱۳	-								
۳. سن والدین	xx۰/۲۱	۰/۰۹	-							
۴. میزان درآمد خانواده	-۰/۰۴	۰/۰۵	-۰/۰۲	-						
۵. شغل پدر	۰/۰۶	-۰/۰۹	xx-۰/۳۳	xx۰/۳۵	-					
۶. نقش	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۱۱	xx۰/۲۱	-				
۷. حل مشکل	۰/۰۲	xx۰/۳۶	۰/۰۸	۰/۰۶	xx۰/۲۳	۰/۴۶	-			
۸. ابراز عواطف	۰/۰۹	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۰۸	-۰/۰۴	xx۰/۴۸	xx۰/۳۹	-		
۹. استرس والدگری PSI	xx-۰/۳۲	۰/۱۲۱x	۰/۰۶	xx-۰/۲۶	-۰/۰۳	x-۰/۱۷	xx-۰/۲۰	x-۰/۱۶	-	
۱۰. شاخص کلی سلامت روان	xx-۰/۲۶	xx-۰/۴۹	-۰/۱۰	xx-۰/۲۲	-۰/۱۲	xx-۰/۲۵	xx-۰/۲۱	-۰/۰۹	xx-۰/۲۵	-

x (p≤۰/۰۵) xx (p≤۰/۰۱)

محاسبه‌شده بین متغیر نقش با شاخص کلی سلامت و استرس والدگری دارای رابطه منفی می‌باشد. ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین متغیر حل مشکل با شاخص کلی سلامت و استرس والدگری نیز دارای رابطه منفی می‌باشد. ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین متغیر ابراز عواطف با شاخص کلی سلامت و استرس والدگری نیز منفی بود. ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین متغیر شاخص کلی سلامت روان با استرس والدگری نیز رابطه منفی مشاهده می‌شود. به جهت بررسی اینکه کدامیک از متغیرهای خصوصیات جمعیت‌شناختی والد و کودک، مؤلفه‌های سنجش خانواده تبیین‌کننده و پیش‌بینی‌کننده استرس والدگری و شاخص کلی سلامت روان می‌باشد از تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین سن کودک با متغیرهای سن والدین رابطه مثبت و استرس والدگری و شاخص کلی سلامت رابطه منفی وجود دارد. همچنین بین شدت کم‌توانی ذهنی کودک و شاخص کلی سلامت روان رابطه منفی و معناداری مشاهده شد (p≤۰/۰۱). ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین سن والدین با متغیر شغل پدر رابطه منفی (p≤۰/۰۱) و ابراز عواطف رابطه مثبت داشت (p≤۰/۰۵). ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین میزان درآمد خانوادگی با متغیرهای شغل پدر رابطه مثبت و با استرس والدگری و شاخص کلی سلامت روان رابطه منفی دارد (p≤۰/۰۱). ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین شغل پدر با متغیرهای نقش رابطه مثبت و استرس والدگری رابطه منفی داشت. ضریب همبستگی

جدول (۲) آزمون ضرایب رگرسیون: متغیرهای تبیین‌کننده شاخص تنیدگی والدین

شاخص آماری	R	R ^۲	F	ضرایب رگرسیون استاندارد (β)	t	p
متغیرهای پیش‌بینی‌کننده						
ویژگی‌های کودک	۰/۲۹	۰/۰۸	۱۱/۲۱			
سن کودک				xx-۰/۲۲	۴/۵۱	۰/۰۰۱
سطح کم‌توانی ذهنی				x۰/۱۷	۳/۳۰	۰/۰۲
ویژگی‌های والدین	۰/۴۱	۰/۱۷	۹/۱۰			
سن والدین				-۰/۱۰	۰/۱۷	۰/۱۳
میزان درآمد خانواده				xx-۰/۲۱	۷/۸۱	۰/۰۰۱
شغل پدر				-۰/۰۹	-۰/۰۷	۰/۵۷
مؤلفه‌های سنجش خانواده	۰/۲۱	۰/۰۴	۹/۳۲			
نقش				-۰/۱۵	۱/۵۳	۰/۰۹
حل مشکل				x-۰/۲۵	۴/۹۴	۰/۰۲
ابراز عواطف				۰/۲۲	۰/۹۱	۰/۱۱

x (p≤۰/۰۵) xx (p≤۰/۰۱)

از واریانس تغییرات در شاخص استرس والدگری را تبیین می‌نماید. بر این اساس متغیرهایی چون سن کودک و میزان

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ویژگی‌های کودک ۸ درصد، ویژگی‌های والدین ۱۷ درصد و مؤلفه‌های سنجش خانواده ۴ درصد

درآمد خانواده ($p \leq 0/01$) سطح ناتوانی، و حل مشکل ($p \leq 0/05$) معناداری در تبیین شاخص استرس والدگری مؤثر بوده است. باتوجه به ضرایب رگرسیون (بتای) محاسبه شده به صورت

جدول (۳) آزمون ضرایب رگرسیون: متغیرهای تبیین کننده شاخص کلی سلامت روان

متغیرهای پیش‌بینی کننده	شاخص آماری	R	R ²	F	ضرایب رگرسیون استاندارد (β)	t	p
ویژگی‌های کودک	۰/۱۹	۰/۰۳۶	۵/۳۲				
سن کودک					××۰/۳۸	۲/۵۵۸	۰/۰۱
سطح کم‌توانی ذهنی					۰/۱۷	۱/۲۶۱	۰/۲۱
ویژگی‌های والدین	۰/۳۱	۰/۱۰	۷/۵۹				
سن والدین					-۰/۶۵	-۰/۴۵	۰/۶۶
میزان درآمد خانواده					××-۰/۴۱	-۳/۰۱	۰/۰۰۲
شغل پدر					۰/۱۲	۱/۵۵	۰/۲۸
مؤلفه‌های سنجش خانواده	۰/۴۰	۰/۱۶	۱۵/۵۸				
نقش					××۰/۳۳	۲/۵۳	۰/۰۱
حل مشکل					××۰/۶۳	۶/۹۴	۰/۰۰۰۱
ابراز عواطف					××۰/۳۸	۲/۹۲	۰/۰۰۵

× ($p \leq 0/05$)×× ($p \leq 0/01$)

خانوادگی، والدین سطوح استرس بالاتر و سلامت روانی کمتری را گزارش می‌داده‌اند و این امر با تحقیقات قبلی سازگار است [۲۹]، علاوه بر این لاین امر در بسیاری از مطالعات همان‌گونه که قبلاً ذکر شده تأثیر معناداری را در این مورد نشان نمی‌دهند [۳۰، ۳۱]، که این امر ممکن است بیانگر این مطلب باشد که این پژوهشگران به متغیر کلی شرایط اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها توجه داشته‌اند. متغیر درآمد خانوادگی را به صورت واحد در نظر نگرفته‌اند.

نتایج همچنین بیانگر این امر می‌باشند که سن کودک با استرس والدگری و سلامت روان ارتباط دارد که این امر با نتایج تحقیقات قبلی سازگار می‌باشد [۲۰، ۲۱، ۲۲]، علاوه بر این نتایج با نتایج پژوهش‌های دیگر دارای همسویی نمی‌باشد [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷]. در واقع بعضی از محققان گزارش می‌دهند که استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی مرتبط با نقص شناختی کودک با افزایش سن از بین می‌رود [۳۰]. با وجود این تحقیقات نشان داده است که دوره‌های انتقالی تحولی ممکن است با افزایش استرس والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی رابطه داشته باشد [۴۳]. اما این امر هنوز برای نمرات استرس خانوادگی به صورت تجربی مستند نشده است [۲۷].

میان سن والدین و استرس والدگری ارتباط منفی وجود داشت به این معنی که مادران جوان‌تر استرس بیشتر و سلامت روان پایین‌تری گزارش می‌دادند که این امر با تحقیقات قبلی سازگار نمی‌باشد زیرا همان‌طور که ذکر شد یافته‌های پژوهشی نشان

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ویژگی‌های کودک ۳/۶ درصد، ویژگی‌های والدین ۱۰ درصد و مؤلفه‌های سنجش خانواده ۱۶ درصد از واریانس تغییرات در شاخص شاخص کلی سلامت روان را تبیین می‌نماید. به این ترتیب متغیرهای چون سن کودک و میزان درآمد خانواده، نقش، حل مشکل و ابراز عواطف ($p \leq 0/01$) با توجه به ضرایب رگرسیون (بتای) محاسبه شده به صورت معناداری در تبیین شاخص کلی سلامت روان مؤثر بوده است.

بحث

نتایج بیانگر این امر می‌باشند که شدت کم‌توانی ذهنی کودک هم بر سلامت روان و هم بر استرس والدگری تأثیرگذار است و هرچه ناتوانی کودک از شدت بیشتری برخوردار باشد والدین استرس بیشتر و سلامت روانی پایین‌تری را گزارش می‌کنند، این یافته تا حدود زیادی با یافته‌های پژوهشی دیگر همچون (فردریش و همکاران، ۱۹۸۳ و هالروئید و همکاران، ۱۹۹۵) دارای همخوانی است. اما این مطلب در تحقیقات دیگر مورد تأیید قرار نگرفته است [۱۹]. در این چارچوب سایر پژوهشگران نیز معتقدند که تعیین اثرات مضر حضور کودک کم‌توان ذهنی بر زندگی خانوادگی کار ساده‌ای نیست، زیرا برخی از خانواده‌ها سازگاری خوبی نشان می‌دهند در حالی که برخی دیگر دستخوش تلاطم و ناسازگاری می‌شوند [۴۳].

سطح درآمد خانوادگی نیز با استرس والدگری و سلامت روانی والدین دارای رابطه بود به این معنی که با کاهش درآمد

ارتباط و اثر متغیرهای دیگری از جمله متغیرهای واسطه‌ای و میانجی نیز مورد توجه قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

متغیرهای عملکرد خانوادگی، ویژگی‌های کودک و متغیرهای جمعیت‌شناختی والدین با سلامت روانی و استرس والدگری رابطه دارند و قادر به پیش‌بینی آن‌ها هستند.

منابع

- 1- Krulik T, Turner-Henson A, Kanematsu Y, AL-Maaitah, R, Swan J, Holaday B. Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *J of Pediat Nurs*. 1999; 14 (2): 130-140.
- 2- Khamis V. Psychological distress among parents of achildren with mental retardation in the United Arab Emirates. *J of the Social scien & Medi*. 2006; 64: 850-857.
- 3- Tajeri, B. Stress, religion attitude and awareness of mothers with mental retarded child and their relation to child acceptance [dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institution; 1999. [Persian]
- 4- Bailey JR D. B, Golden R . N, Roberts J, Ford A. maternal depression and developmental disability: Research critique. *J of the Mental Retard and Developmental Disabi Resea Revi*. 2007; 13 (4): 321-329.
- 5- Ollson MB, Hwang CP. Depression in Mothers and Fathers of Children with Intellectual Disability . *J of Intell Disabil Resea*, 2001; 45 (6): 535-543.
- 6- Hedov G, Anneren G, Wikblad K. Self Perceived health in Swedish parents of children with Down syndrome. *J of Quality of Life Resea*. 2000; 9: 415-422.
- 7- Hedov G, Wikblad K, Anneren G. Sickness absence in Swedish parents of children with Downs's syndrome: relation to Self Perceived health, stress and sense of coherence. *J of Intellec Disab Resea*. 2006; 50 (7): 546-552.
- 8- Smith T B, Oliver M N, Innocenti M L. Parenting stress in families of children with disabilities. *Ameri J of Orthopsychi*. 2001; 71 (2): 257-261.
- 9- Seltzer M, Krauss W. Aging parents with adult mentally retarded children: Family risk factor and sources of support. *Ameri J of Mental Retar*. 1989; 94 (3): 301-321.
- 10- McCarthy A, Cuskelly M, Vankrayenoord E, and Cohen J. Predictors of stress in mothers and fathers of children with fragile X syndrome. *J of Resea in Developm Disabil*. 2005;27: 688-704 .
- 11- Al-Kandari H. Parenting stressor of mothers of children with and without disabilities. *J of the Soci science*. 2006; 34 (3): 11-30.
- 12- Berge JM, Patterson JM, Rueter M. Martial satisfaction and mental health of couples with children with chronic health condition. *J of Famil, System and Health*. 2006; 24 (3): 267-285 .
- 13- Frey KS, Greenberg MT, Fewell RR. Stress and coping among parents of handicapped children: A multimentional approach. *Ame J on mental retard*. 1989; 94 (3): 240-249.
- 14- Arjangi H. Coping strategies in decreasing the tension of parents with mental retarded children [dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2003. [Persian]

می‌دهند که سن والدین به‌صورت پایا استرس، سازگاری، ساختار خانواده و بهداشت روانی والدین را پیش‌بینی نمی‌کند [۳۰، ۳۳].

همچنین نتایج به‌دست‌آمده حاکی از این بود که شاغل بودن پدران باعث کم شدن استرس والدگری و افزایش سلامت روان در میان این والدین می‌شود که این امر با تحقیقات قبلی سازگار می‌باشند [۲].

همچنین نتایج حاکی از آن بودند که شدت ناتوانی کودک با متغیرهای ایفای نقش، حل مشکل و ابراز عواطف رابطه مثبت دارند به این معنی که با افزایش شدت ناتوانی در کودک ویژگی‌های ایفای نقش، حل مشکل و ابراز عواطف نیز بیشتر گشته و خانواده‌ها سازگاری بیشتری را با فرزند خود و در زمینه محیط خانوادگی به دست آورده‌اند و این در حالی است که این نتیجه با سایر مطالعات قبلی همسو نمی‌باشد [۱، ۳]. این امر از این جهت قابل توجه است که در این خانواده‌ها ناتوانی ذهنی به همراه خود سازگاری بیشتری را در درون سیستم خانواده ایجاد کرده است. از دیگر سو ارتباط بین متغیرهای ایفای نقش، حل مشکل و ابراز عواطف منفی بوده است و این بدان معنی است که با کمتر شدن تقسیم وظایف، نقش‌ها و ابراز عواطف در درون خانواده و زوجین، شاخص کلی سلامت روان و استرس والدگری بیشتر شده است. این یافته با نتایج تحقیقات تاجری (۱۳۷۸) و کرولیک (۱۹۹۹) همسو است. علاوه بر این نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر این امر بودند که هر سه متغیر ویژگی‌های کودک- شامل سن، سطح ناتوانی-ویژگی‌های والدین- شامل سن، میزان درآمد خانواده و شغل پدر- و مؤلفه‌های سنجش خانواده- شامل نقش حل مشکل و ابراز عواطف هرکدام سهمی را در پیش‌بینی استرس و سلامت روانی والدین در برخورد با کودک کم‌توان ذهنی ایفا نموده‌اند که شرح مبسوط آن و نتایج همسو و ناهمسو با آن در بالا مورد بحث قرار گرفت.

با توجه به محدودیت‌هایی که این پژوهش از نظر روش‌شناختی با آن مواجه بوده است، نظیر روش مقطعی، ابزارها و گروه نمونه، نمی‌توان نتایج آن را به‌آسانی به دیگر ابزارها و گروه‌ها تعمیم داد. در هر حال نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در شناسایی عوامل تأثیرگذار بر استرس و سلامت روان والدین کودکان کم‌توان ذهنی رهنمودهای ارزشمندی را در اختیار نهادهای تأثیرگذار و تصمیم‌گیرنده قرار دهد تا آنها با برنامه‌ریزی‌های هرچه دقیق‌تر و علمی‌تر راه را برای کاستن از بار دشواری‌های این والدین هموار سازند. همچنین در پاره‌ای از موارد یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های دیگر متفاوت بودند و این امر یادآوری این مطلب را ضروری می‌سازد که باید پیرامون موضوع مورد نظر مطالعات دیگری نیز انجام شوند و در آنها از ابزارهای شناخته‌شده دیگری استفاده شده و

- 30- Beckman PJ. Comparison of mother and fathers perception of the effects of young children with and without disabilities. *Ame J on Mental Retard.* 1991; 95 (5): 585-95.
- 31- Haldy MB, hanzlik JR. A Comparison of Perceived Competence in Child-Rearing between Mothers of Children with Down Syndrome and Mothers of Children without Delays. *Edu and training in mental retard.* 1990; 25: 32-35.
- 32- Singhi, PD, Gpyal L, pershad D, Singhi S, Walia B N.S. Psychological problems in families of disabled children. *British journal of Medical psychology.* 1990; 63: 173-182.
- 33- Sloper P, Knussen C, Turner S, Cunnigham CD. Factors Related to Stress and Satisfaction with Life in Families of Children with Down's Syndrome. *J of child and psychi and allied Discip.* 1991; 32: 655-675.
- 34- Flynt RW, Wood TA. Stress and coping of mother of children with moderate mental retardation. *American Journal on the mental retardation.* 1989; 94: 278-283.
- 35- Howell DC. *Statistical methods for psychology* (4th ed.). Belmont: CA: Wadsworth Publishing company; 1997.
- 36- Stura. *Stress a new illness of civilization.* Translated by Parirokhe Dadsetan. Tehran; roshd Publication: 1997. [Persian]
- 37- Jafar-nejad P, A study of the relationship between big five personality traits, coping style and mental health of M.A student in teacher training university [dissertation]. Tehran: Teacher Training University; 2003. [Persian]
- 38- Sheck D, Tsang S. Reliability and factor structure of the Chinese ghq-30 for parents with preschool mentally handicapped children. *J of Clin Psycho.* 1995; 51 (2): 227-234.
- 39- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *J of Psycho Medi.* 1997; 27: 191-197.
- 40- Najarian F. Factors influencing the family efficacy: studying the psychometric characteristics of Family Assessment Inventory [dissertation]. Tehran: Rudehen Azad University; 1995. [Persian]
- 41- Amini F. Comparing the family performance in dependent and independent students. [dissertation]. Tehran: Teacher Training University; 2000. [Persian]
- 42- Mohamadi H. A comparison study of personality characteristics and family attitude among runaway and non runaway adolescent girls. [dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2002. [Persian]
- 43- Rutter M, Taylor Hersov L. *Child and Adolescent psychiatry.* Third Edition . London: Black Well Oxford; 1994.
- 44- Wikler L. Family stress theory and research on families of children with mental retardation. In JJ Gallagher and P.M. Vietze (Eds). *Families of handicapped person: research, program, policy issues* (pp. 167-195). Baltimore: Paul H.Brookes; 1986.
- 15- Khoshakhlagh H. Comparing stress and its coping styles in mothers with trainable and educable mental retarded children [dissertation]. Tehran: University of Tehran; 1999. [Persian]
- 16- Reyhani R. Studying stress and coping styles of families with mental retarded children [dissertation]. Tehran: Psychiatric Institution; 1995. [Persian]
- 17- Friedrich WN, Greenberg MT, Crnic K. A short form of the questionnaire on resource and stress. *Ame J of mental defic.* 1983; 88: 41-48.
- 18- Halroyd J, Mac Arthur. Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Downs syndrome and childhood autism. *Ame J on the mental retard.* 1995; 80 (4): 431-436.
- 19- Bristol MM, Gallagher JJ, Schopler E. A developmental perspective on stress and coping in families and autistic children. In J.Blacher (Ed), *severely handicap young children and their families: research in review* (pp.91-134). New York: academic press; 1988.
- 20- Bristol MM. Maternal coping with autistic children: Adequacy of inter personal support and effect of child characteristic. *J of autistic and devel disab.* 1979; 17: 469-486.
- 21- Bristol MM, Schopler E. A developmental perspective on stress and coping in families and autistic children. In J. Blacher (Ed), *severely handicap young children and their families: Research in review* (pp. 3-50). New York; academic press: 1984.
- 22- Friedrich WN, Wiltturner LT, Cohen DS. Coping resources and parenting mentally retarded children. *Ame J on the mental defi.* 1985; 90: 130-139.
- 23- Gallagher J J, Beckman P, Cross AH. Families of handicapped children: sources of stress and its amelioration. *Exceptional children,* 1983; 50: 10-19.
- 24- Ryde-Brant B. Mothers of primary school children with Down's syndrome. How do they experience their situation?. *Acta Psychiatrica Scandinavia.* 1988; 78: 102-108.
- 25- Heler T. Self-efficacy, coping, active involvement, and caregiver well-being throughout the life course among families of persons with mental retardation. In A.P. turnball, J.M. Patterson, S.K. Behr,D.L Murphy, J.G.arquis,&M.J. Blue-Banning (eds), *cognitive, coping, families and disability* (pp.195-206). Baltimore; paul H. Brookes: 1993.
- 26- Walker LS, Van Slyke D, Newbrough JR. Family resources and stress: A comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes, and mental retardation. *J of pedi Psych.* 1992; 17: 327-343.
- 27- Flynt RW, Wood TA, Scott RL. Social support of mothers of children with mental retardation. *Mental retardation.* 1992; 30: 233-236.
- 28- Hansone MJ, Hanline Mf. Parenting a child without a disability: A longitudinal study of parental stress and adaptation. *J of early interve.* 1990; 14: 234-248.
- 29- Wikler L. Chronic stresses of mentally retarded children. *Family relation.* 1981; 30: 281-288.