

Comparison of quality of life and mental health of mothers of children with disabilities and mothers of normal children

*Faezeh Mirsamadi¹, Reza Abdi²

Author Address

1. M.A in Psychology, Tabriz, Iran;

2. PhD in Psychology, Assistant Professor of Psychology Department, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author Address: Tabriz, Iran.

*E-mail: F.Mirsamadi95@yahoo.com

Received: 2016 June 5; Accepted: 2016 June 19

Abstract

Objective: Having a disabled child may have a negative impact on the mental health of parents, especially mothers. The aim of current study was to compare the quality of life (QOL) and mental health of mothers of disabled children with those of the mothers of normal children.

Methods: The population consisted of mothers of disabled children under the auspices of Iranian Welfare Organization in Tabriz-Iran. Stratified sampling was used to select 213 participants, of whom 64 people were the mothers of physically disabled children and 89 people were the mothers of mentally disabled children. The rest (N=60) were the mothers of children with sensory impairment. The control group consisted of 71 mothers of normal children selected from among Welfare Organization staff. The research instruments were General Health Questionnaire (GHQ) and World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL). MANOVA procedures were used to analyze the data.

Results: The results showed statistically significant differences between the mothers of normal children with the mothers of disabled children in all aspects of public health with the exception of depression ($p<0.01$). In addition, a statistically significant difference was found between the quality of life of mothers of mentally disabled children with the mothers of children with sensory impairments in social dysfunction ($p<0.01$). Though the difference in quality of life measures between mothers of normal children with mothers of disabled children were statistically significant ($p<0.01$), the differences between the mothers of children with various types of disabilities in subscales of the quality of life measure were not statistically significant.

Conclusion: Having a disabled child, regardless of the type of disability can affect general health and quality of life

Keywords: Physical Disabilities, Mental Disabilities, Sensory Disabilities, General Health, Quality of Life.

مقایسه ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران کودکان معلول، با مادران کودکان عادی

*فائزه میرصمدی^۱، رضا عبدی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، تبریز، ایران:

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران:

*آدرس نویسنده مسئول: تبریز، ایران.

*رایانامه: F.Mirsamadi95@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۶ خرداد ۱۳۹۵؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ خرداد ۱۳۹۵

چکیده

هدف: داشتن فرزند معلول ممکن است بر سلامت روانی والدین به‌ویژه مادران تأثیر منفی داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران کودکان معلول با مادران کودکان عادی بود.

روش بررسی: جامعه آماری شامل مادران دارای کودکان معلول، زیر نظر سازمان بهزیستی تبریز بود. به‌شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۲۱۳ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که ۶۴ نفر جسمی حرکتی، ۸۹ نفر ذهنی‌روانی و ۶۰ نفر حسی بودند در گروه عادی نیز، ۷۱ مادر، از بین کارمندان بهزیستی شهرستان تبریز انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و مقیاس کیفیت زندگی بهداشت جهانی (WHQOL) و برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. **یافته‌ها:** در همه ابعاد سلامت عمومی به‌غیر از افسردگی، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/01$). در متغیر اختلال در کارکرد اجتماعی، بین گروه ذهنی‌روانی با گروه معلولان حسی، نیز تفاوت معنادار مشاهده شد ($p < 0/01$)؛ اما، بین گروه‌های معلول در بقیه متغیرها، تفاوت معناداری یافت نشد. همچنین، در همه ابعاد کیفیت زندگی، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول تفاوت معنادار مشاهده شد ($p < 0/01$)؛ اما بین سه گروه از مادران دارای کودک معلول در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: داشتن کودک معلول، بدون توجه به نوع معلولیت، می‌تواند بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران تأثیر بگذارد.

کلیدواژه‌ها: معلول جسمی حرکتی، ذهنی‌روانی، حسی، سلامت روان، کیفیت زندگی.

مشخص می‌شوند. معمولاً اولین واکنش پیش‌بینی شده والدین در مقابل ناتوانی کودک، ضربه روحی است که می‌تواند حالتی از یأس و ناامیدی، غمگینی یا افسردگی، احساس تنهایی، ترس، خشم، ناکامی، جاخوردن، احساس نابودی، گیجی، تردید در همه چیز و احساس افتادن در تله‌ای که راه فراری از آن نیست، باشد. سپس والدین واکنش افسردگی از خود نشان می‌دهند که معمولاً به شکل اندوه و زاری بروز می‌کند. آن‌ها این مرحله را همچون مرحله بعد از مرگ یکی از عزیزان گزارش می‌کنند. همچنین آن دسته از مادرانی که فرزندشان در اثر معلولیت می‌میرد کمتر از مادرانی که فرزند معلول‌شان زنده می‌ماند آسیب روانی می‌بینند. مراحلی که والدین تا رسیدن به سازگاری طی می‌کنند را مطالعه کرده‌اند. بعضی والدین در یک زمان، ممکن است چند نوع واکنش را نشان بدهند و برخی دیگر اصولاً واکنش خاصی را نشان ندهند (۱۳).

همان‌طور که اشاره شد: روابط خانوادگی به علت غافلگیر شدن از تولد فرزندی با نیازهای ویژه عاطفی شناختی، اجتماعی و مالی، دچار دگرگونی و ضعف می‌شود؛ اما همیشه هم این‌گونه نیست چراکه در بعضی مواقع دیده شده است؛ تولد چنین کودکی می‌تواند به استحکام روابط خانوادگی منتهی شود. احتمالاً این موضوع به عواملی همچون، ثبات عاطفی، ارزش‌ها و باورهای مذهبی، وضعیت اقتصادی، نوع و شدت مشکل کودک بستگی دارد (۱۳). از سوی دیگر، اغلب پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه سلامت روان یا کیفیت زندگی، روی یکی از معلولیت‌ها کار کرده‌اند. مثلاً پژوهش روی کودکان معلول جسمی حرکتی (۳)، مشکلات شنیداری (۵) و مشکلات ذهنی (۶)؛ اما در پژوهش حاضر سعی شده نمونه نسبتاً جامعی از تمام انواع معلولیت‌ها (جسمی حرکتی، ذهنی روانی و حسی) به دست آید. به‌طور کلی در کنار پژوهش‌های قبلی نیاز به تحقیقات بیشتری است، تا آسیب‌های احتمالی ناشی از وجود کودک معلول بر سلامت و کیفیت خانواده بررسی شود از این‌رو این پژوهش با هدف بررسی ابعاد مختلف سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان معلول انجام شده است.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی و علی‌مقایسه‌ای^۱ بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک معلول بود که در بهزیستی شهرستان تبریز پرونده دارند. طبق آمار سال ۱۳۹۴، تعداد کودکان معلول شهر تبریز بدین صورت است: معلولان جسمی حرکتی ۸۹۰ نفر؛ معلولان ذهنی روانی ۱۱۲۱ نفر؛ معلولان حسی ۸۳۳ نفر. براساس جدول کرجسی مورگان، ۳۳۸ نفر از مادران کودکان معلول انتخاب شدند. به دلیل نقص بعضی از پرسشنامه‌ها، نمونه نهایی به ۲۱۳ نفر کاهش یافت: جسمی حرکتی ۶۴ نفر؛ ذهنی روانی ۸۹ نفر؛ حسی ۶۰ نفر. نمونه‌گیری به شیوه تصادفی طبقه‌ای بود. در گروه عادی نیز، از مادران کودکان سالم کارکنان سازمان بهزیستی تبریز، نمونه‌گیری انجام شد. ۸۰ نفر از مادران این کودکان به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ اما نقص تعدادی از پرسشنامه‌ها، نمونه نهایی را به ۷۱ نفر کاهش داد. در

معلولیت جسمی یا ذهنی، علاوه بر زندگی روزمره فرد، بر کارکرد و فرآیند نظام خانواده و اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. اثرات کودکان بیمار یا ناتوان و عقب‌مانده در سیستم خانواده، می‌تواند باعث ایجاد بار مالی و اختلال در زندگی زناشویی و انزوای اجتماعی شود (۱). سلامت روان شناختی خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی، به سلامت تک‌تک اعضای خانواده وابسته است. داشتن کودک معلول در خانواده، خسارت‌ها و آسیب‌های مادی و روانی مضاعفی را بر خانواده تحمیل می‌کند. والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندی دچار شوک شده و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خجالت، انکار احساس گناه را برای آن‌ها در پی دارد (۲). برخی از پژوهش‌ها رابطه بین سلامت روان و داشتن فرزند معلول را تأیید کرده‌اند (۳، ۴، ۵، ۶). پژوهشی به‌منظور مقایسه سلامت عمومی، سبک‌های مقابله‌ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم انجام گرفت. یافته‌ها نشان دادند که تفاوت معناداری بین میزان سلامت عمومی و شادکامی دو گروه از مادران وجود دارد؛ به عبارتی مادران کودکان سالم، از شادکامی و سلامت عمومی بیشتری برخوردار بودند (۳).

نتایج زمینه‌یابی طولی امرسون و بریگهام، بر روی ۴۶۰۲۳ خانواده دارای فرزند ناتوان ذهنی، در انگلستان، نشان داد: علاوه بر اینکه سلامت روانی این خانواده‌ها کمتر از افراد عادی بود، میزان مصرف الکل و دارو نیز در آن‌ها بیشتر بود. همچنین سلامت روانی والدینی که به تنهایی سرپرستی کودک معلول را بر عهده داشتند کمتر از والدینی بود که هم پدر و هم مادر هر دو سرپرست کودک معلول ذهنی بودند. در این زمینه‌یابی رابطه مثبت بین سلامت روان والدین کودک عقب‌مانده ذهنی و میزان درآمد وجود داشت (۶).

سلامت روانی با متغیرهای متعددی در ارتباط است. یکی از مفاهیمی که ارتباط نزدیکی با سلامت روانی دارد کیفیت زندگی است (۷). کیفیت زندگی، به‌عنوان درک افراد از موقعیت خویش در زندگی، براساس فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، تعریف شده است. این درک در ارتباط با اهداف، معیارها و علایق است (۸). والدین کودک معلول در مقایسه با والدین کودکان عادی کیفیت زندگی کمتری دارند (۹، ۱۰).

معلولیت طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود، اما، از دیدگاه کارکردی می‌توان کودکان معلول را به سه دسته تقسیم کرد: کودکان معلول جسمی حرکتی، کودکان معلول ذهنی روانی و کودکان معلول حسی (۱۱).

نوع و شدت معلولیت کودک و تعداد فرزندان معلول در خانواده نیز می‌تواند در وضعیت سلامت روانی والدین تأثیرگذار باشد (۴، ۱۲). والدین براساس نوع و شدت معلولیت واکنش‌های متفاوتی را بروز می‌دهند. برخی از معلولیت‌ها همچون نشانگان داون، از همان ابتدای تولد مشخص هستند؛ درحالی‌که تعدادی دیگر از معلولیت‌ها به‌ویژه انواع خفیف آن که مثلاً در اثر کمبود اکسیژن ایجاد شده، به تدریج

^۱ Causal-Comparative

گروه عادی، نمونه‌گیری به‌شیوهٔ در دسترس بود.

ابزارهایی که در این پژوهش استفاده شد عبارت‌اند از:

۱. پرسشنامه سلامت عمومی - فرم ۲۸ آتیمی (GHQ): فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی، روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه، به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماههٔ اخیر می‌پردازد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده است: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی. هر کدام از خرده‌آزمون‌ها ۷ سؤال دارد. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند. روش نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت بوده و نمرهٔ کل هر فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر است. نمرهٔ کمتر نشانهٔ سلامت بیشتر است (۱۴). ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از سه روش بازآزمون، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ به‌دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمرهٔ کل و تحلیل عوامل استفاده می‌شود. در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمرهٔ کل روایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ مشاهده شد. تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری، نشان‌دهندهٔ وجود افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علائم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند (۱۴).

۲. مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲: این مقیاس چهار بُعد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، محیط

زندگی و روابط با دیگران را می‌سنجد. برای سنجش سلامت جسمی ۷ گویه، سلامت روانی ۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه و محیط زندگی ۸ گویه در نظر گرفته شده است. نمره‌گذاری به‌شیوهٔ لیکرت از ۱ تا ۵ صورت می‌گیرد؛ بنابراین حداقل نمره ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده و نمرهٔ بیشتر نشانهٔ کیفیت بهتر است. در ایران نصیری (۱۵) در بررسی پایایی مقیاس، سه روش بازآزمایی (با فاصلهٔ هفته‌ای) و تصنیفی و آلفای کرونباخ را به‌کاربرد که ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۶۷، تصنیفی ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود. او به‌منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و از طریق ضریب همبستگی، رابطهٔ نمرهٔ کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن را با نمرهٔ کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی، سنجید. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی از همبستگی نمرهٔ کل هر بُعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل‌دهندهٔ آن بُعد، استفاده شده است. دامنهٔ ضریب‌های همبستگی به‌دست‌آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همهٔ ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند (۱۵).

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و همچنین، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در جدول شماره ۱ آماره‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کننده‌ها، براساس سن و فراوانی، به‌تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پرسشنامه سلامت عمومی

	سن کودک		سن مادر		فراوانی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سالم	-	-	۷/۷۵	۴۵/۲۵	۷۱
جسمی حرکتی،	۲/۱۲	۸/۰۵	۷/۲۹	۴۱/۳۸	۶۴
ذهنی روانی	۳/۰۸	۹/۳۲	۹/۲۵	۴۳/۵۶	۸۹
حسی	۲/۶۸	۶/۲۵	۹/۳۱	۴۶/۰۹	۶۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین سنی مادران گروه سالم ۴۵/۲۵، جسمی حرکتی ۴۱/۳۸، ذهنی روانی ۴۳/۵۶ و حسی ۴۶/۰۹ بود. همچنین میانگین سنی کودکان جسمی حرکتی ۸/۰۵، ذهنی روانی ۹/۳۲ و حسی برابر با ۶/۲۵ بود. در گروه سالم به‌دلیل اینکه برخی از این مادران دارای یک فرزند و تعدادی دارای چند فرزند بودند،

جدول ۲. آماره‌های توصیفی پرسشنامه سلامت عمومی

MANOVA	مقدار p	F	حسی		ذهنی روانی		جسمی حرکتی		سالم	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
	<۰/۰۰۱	۲۵/۱۵	۳/۸۴	۱۴/۲۰	۴/۳۸	۱۳/۷۴	۳/۴۱	۱۲/۷۱	۲/۶۶	۹/۳۳
	<۰/۰۰۱	۲۷/۲۳	۴/۷۸	۱۵/۴۵	۵/۲۵	۱۵/۰۳	۳/۸۱	۱۴	۲/۹۵	۹/۵۶
	<۰/۰۰۱	۲۵/۳۹	۳/۳۸	۱۳/۶۵	۳/۶۹	۱۵/۴۷	۴/۳۰	۱۴/۳۹	۴/۴۹	۱۰/۱۱

۲. WHO - Quality of life Questionnaire- Brief

۱. General Health Questionnaire

افسردگی	۸/۴۶	۱/۹۳	۱۰/۰۳	۳/۷۷	۱۰/۸۴	۴/۳۱	۱۱/۵۶	۴/۵۸	۸/۷۳	<۰/۰۰۱
نمره کل	۳۷/۴۷	۹/۴۴	۵۱/۱۴	۹/۸۲	۵۵/۰۸	۱۲/۴۶	۵۴/۹۵	۱۲/۸۸	۳۹/۰۴	<۰/۰۰۱

نتایج به دست آمده از آزمون باکس نشان داد که پیش فرض برابری کواریانس‌ها رعایت شده است ($p=۰/۴۳$; $f=۱/۱۲$). همچنین با استفاده از آزمون ویلکز لامبدا مشخص شد که بین گروه‌ها به لحاظ ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($WL=۰/۶۴$) و $p<۰/۰۱$.

باتوجه به داده‌های جدول ۲، پرسشنامه سلامت عمومی و همه

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	P
نشانه‌های جسمانی	سالم	جسمی حرکتی	۳/۳۸
	سالم	ذهنی روانی	۴/۴۰
	سالم	حسی	۴/۸۶
اضطراب	سالم	جسمی حرکتی	۴/۴۳
	سالم	ذهنی روانی	۵/۴۷
	سالم	حسی	۵/۸۸
اختلال در کارکرد اجتماعی	سالم	جسمی حرکتی	۴/۲۷
	سالم	ذهنی روانی	۵/۳۵
	سالم	حسی	۳/۵۳
افسردگی	ذهنی روانی	حسی	۱/۲۸
	سالم	ذهنی روانی	۲/۳۷
	سالم	حسی	۳/۱۸
نمره کل	سالم	جسمی حرکتی	۱۳/۶۶
	سالم	ذهنی روانی	۱۷/۶۱
	سالم	حسی	۱۷/۴۷

همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در همه ابعاد سلامت عمومی و نیز در نمره کل، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول، تفاوت معنادار است ($p<۰/۰۱$). تنها استثنا، در

خرده‌مقیاس افسردگی مشاهده می‌شود که بین گروه سالم با گروه جسمی حرکتی تفاوتی وجود ندارد. از سوی دیگر متغیر اختلال در کارکرد اجتماعی، بین گروه ذهنی روانی با گروه معلولان حسی، تفاوت معنادار دارد ($p<۰/۰۱$)؛ اما بین سه گروه معلول در بقیه متغیرها تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود.

در جدول ۴ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر کیفیت زندگی و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای مقایسه گروه‌ها نشان داده شده است.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی پرسشنامه کیفیت زندگی

MANOVA	F	حسی		ذهنی روانی		جسمی حرکتی		سالم	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
p مقدار									
<۰/۰۰۱	۲۴/۴۳	۵/۱۹	۲۴/۹۸	۴/۸۹	۲۵/۷۳	۵/۹۵	۲۴/۷۰	۳/۶۲	۳۰/۹۴
<۰/۰۰۱	۴۲/۲۳	۴/۴۸	۱۹/۱۶	۴/۴۱	۱۸/۷۱	۵/۳۸	۱۹/۷۵	۳/۷۳	۲۶/۰۷
<۰/۰۰۱	۱۶/۳۷	۲/۴۴	۱۰/۳۶	۱/۷۰	۱۱/۱۳	۲/۲۳	۱۱/۰۹	۱/۸۸	۱۲/۷۴
<۰/۰۰۱	۳۰/۴۳	۵/۸۰	۲۶/۰۳	۵/۹۶	۲۵/۹۸	۵/۲۹	۲۶/۴۲	۵/۳۳	۳۳/۴۹
<۰/۰۰۱	۳۸/۶۳	۱۵/۱۲	۸۰/۵۵	۱۵/۲۸	۸۱/۵۷	۱۶/۰۶	۵۸/۹۶	۱۲/۶۴	۱۰۲/۲۵

با نتایج به دست آمده از آزمون باکس مشاهده شد که پیش فرض برابری کوواریانس‌ها رعایت شده است ($p=0/46; f=1/03$). همچنین آزمون ویلکز لامبدا نشان داد که بین سه گروه به لحاظ ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($WL=0/59$ و $p<0/01$).

مطابق با داده‌های جدول ۴، بین گروه‌ها، در پرسشنامه کیفیت زندگی و همه خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. برای تحلیل بیشتر و تشخیص اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	p
سلامت جسمانی	سالم	جسمی حرکتی	۶/۲۴
	سالم	ذهنی روانی	۵/۲۱
	سالم	حسی	۵/۹۶
سلامت روانی	سالم	جسمی حرکتی	۶/۳۲
	سالم	ذهنی روانی	۷/۳۵
	سالم	حسی	۶/۹۰
محیط زندگی	سالم	جسمی حرکتی	۷/۰۷
	سالم	ذهنی روانی	۷/۵۰
	سالم	حسی	۷/۴۵
روابط با دیگران	سالم	جسمی حرکتی	۱/۶۵
	سالم	ذهنی روانی	۱/۶۱
	سالم	حسی	۲/۳۷
نمره کل	سالم	جسمی حرکتی	۲۰/۲۸
	سالم	ذهنی روانی	۲۱/۶۸
	سالم	حسی	۲۲/۷۰

مطابق با جدول شماره ۵، در همه ابعاد کیفیت زندگی و نیز در نمره کل، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/01$). از سوی دیگر یافته‌ها نشان دادند که بین مادران دارای کودک معلول در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود.

در جدول شماره ۶ همبستگی بین نمره کل کیفیت زندگی و نمره کل سلامت عمومی نشان داده شده است.

جدول ۶. ضریب همبستگی رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی	سلامت روان ضریب همبستگی
سطح معناداری	-۰/۷۱
	<۰/۰۰۱

بر اساس جدول شماره ۶، بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. در پرسشنامه GHQ نمره بیشتر به معنای سلامت کمتر است، پس این رابطه منفی بین نداشتن سلامت روان با کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر هر چقدر کیفیت زندگی یک نفر بیشتر است، سلامت روانی و عمومی‌اش هم بیشتر خواهد بود و بالعکس.

۴ بحث

پژوهش حاضر نشان داد، مادران دارای فرزند معلول، سلامت روان و کیفیت زندگی کمتری دارند. این یافته را می‌توان همسو با پیشینه‌های پژوهشی، از جمله (۱۰، ۹، ۴، ۳) دانست. طبق یافته‌های پژوهش حاضر، سلامت روان مادران کودکان معلول بدون توجه به نوع معلولیت، کمتر از مادران دارای کودک عادی است و با پژوهش صالحی و همکاران همسوست. آن‌ها مشاهده کردند که

تفاوت معناداری بین میزان سلامت روانی والدین کودکان معلول جسمی حرکتی با گروه عادی وجود دارد (۳). همچنین با تحقیقات موللی و همکاران همسوست. یافته‌های آن‌ها نشان داد: سلامت عمومی مادران کودکان کم‌شنوا کمتر از مادران کودکان شنوا است. در ضمن میانگین نمرات علائم اضطراب، علائم افسردگی، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی مادران کودکان کم‌شنوا بیشتر از مادران کودکان شنوا است (۲).

در زمینه کیفیت زندگی نیز، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با تحقیقات شان لونگ و لیتسانگ است که به مقایسه سطوح کیفیت زندگی، در بین والدین دارای فرزند معلول و والدین کودکان عادی پرداخته بودند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین کودکان معلول و والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد و والدین کودکان معلول سطح کیفیت زندگی کمتری را در مقایسه با والدین کودکان عادی

داشته‌اند (۹). در نهایت یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش آراس و همکاران است که پژوهشی را به منظور بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در والدین کودکان با اختلال گفتاری و والدین کودکان ناشنوا انجام دادند. براساس نتایج آن‌ها، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین دارای کودک ناشنوا و کودک با اختلال گفتاری در سطح کمتری در مقایسه با والدین بدون فرزند معلول قرار دارد. همچنین مشاهده کردند که مادران در مقایسه با پدران در پرسشنامه وضعیت سلامت، نمره کمتری دریافت کردند. به عبارت دیگر میزان فشار روانی وارد بر مادران کودک با اختلال شنوایی و گفتاری بیشتر از پدران بود (۵).

یافته دیگر پژوهش این بود که در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روانی، به استثناء کارکرد اجتماعی، بین سه گروه والدین دارای کودک معلول، تفاوت معناداری وجود نداشت. به عبارتی هر سه گروه به لحاظ کیفیت زندگی و سلامت روانی عملکرد یکسانی داشتند. این مسئله احتمالاً نشانگر این است که داشتن یک فرزند معلول بدون توجه به نوع معلولیت‌اش، می‌تواند بر سلامت روان و کیفیت زندگی مادران تأثیر بگذارد.

داشتن یک کودک معلول، جدا از نوع معلولیت، تنش‌ها و فشارهای زیادی بر والدین وارد می‌کند. از عوامل فشارزای مؤثر بر والدین کودکان استثنایی می‌توان به این نمونه‌ها اشاره کرد: سختی‌ها و فشارهای مالی همچون هزینه‌های پزشکی؛ مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی؛ طرد کودکان و اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده. همچنین می‌توان قربانی کردن سایر کودکان، مقصردانستن والدین، افزایش تنش و تعارض‌های خانوادگی، مشکلات و مسائل در روابط خانوادگی، عوامل فشارزای ناشی از زندگی اجتماعی خانواده و افزایش بروز اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را در والدین دارای فرزند معلول نام برد (۱۹-۱۶). مراقبت از کودک معلول فشار روانی زیادی را بر والدین آن‌ها اعمال می‌کند. وقتی والدین با فرزند ناتوان خود روبه‌رو می‌شوند، به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان، دچار استرس و فشار شدید شده و همین امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به خطر بیندازد. والدین به دلیل احساس گناه، تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، دچار غم و اندوه و افسردگی می‌شوند. در مجموع این شرایط می‌تواند سبب گوشه‌گیری و بی‌علاقگی به روابط اجتماعی و کاهش عزت‌نفس و احساس بی‌ارزشی در والدین شود (۲۰).

با افزایش میزان استرس در مادران کودکان معلول، سلامت جسمانی، روانی و به طور کلی کیفیت زندگی کاهش می‌یابد؛ زیرا، قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض استرس‌های مزمن مراقبتی، می‌تواند منجر به

تغییر در میزان برانگیختگی سیستم سمپاتیک، عکس‌العمل‌های سیستم قلبی‌عروقی، مستعدکردن مراقب برای بیماری‌های فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی‌عروقی و... شود (۲۱). از طرف دیگر وجود کودک مشکل‌دار مانند فلج مغزی باعث ایجاد استرس جسمانی و روحی و روانی در خانواده، به ویژه مادران می‌شود. والدین این کودکان اختلال‌های روانی، حس بی‌ارزشی، احساس گناه، مشکلات فیزیکی و خستگی را تجربه می‌کنند. برخی از پژوهش‌ها به مسائلی چون استرس، ترس از آینده مبهم، ازهم‌گسیختگی اجتماعی، مشکلات اقتصادی‌شغلی و انزوای به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان اشاره کرده‌اند (۲۲).

یافته آخر نیز نشان داد که بین سلامت عمومی مادران، با کیفیت زندگی آن‌ها رابطه معنادار آماری وجود دارد. بدین صورت که مادرانی که کیفیت زندگی بهتری داشتند کمتر دچار آسیب در حیطه سلامت روان بودند. این یافته همسو با پژوهش کرمی و مردانی است که نشان داده بودند بین سلامت روانی و کیفیت زندگی در بین زنان رابطه معنادار وجود دارد (۷).

۵ نتیجه‌گیری

مادران به دلیل درگیری و همراهی بیشتر با فرزندان، در مقایسه با پدران، بیشتر تحت تأثیر فرآیندهایی قرار می‌گیرند که وجود کودک معلول در نظام خانواده ایجاد می‌کند. آن‌ها بایستی به‌طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. این فرآیند اغلب تأثیرهای منفی بر سلامت جسمی و روانی و به تبع آن بر کیفیت زندگی مادران برجای می‌گذارد چنان‌که یافته‌های پژوهش حاضر نیز این مسئله را تأیید کردند. همان‌طور که اشاره شد والدین کودکان معلول ذهنی به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودک‌شان، سختی‌ها و مشکلات فراوانی را در نگهداری از کودک تجربه می‌کنند؛ بنابراین بهتر است سازمان‌های مرتبط با این مسئله، از جمله سازمان بهزیستی، علاوه بر توجهی که به خود کودکان معلول دارند، برای والدین آن‌ها به ویژه مادران نیز برنامه‌های ویژه‌ای را تدوین کنند تا در ارتقای سلامت جسمی و روانی آن‌ها یاریگر باشد.

در پایان با توجه به اینکه در این پژوهش به بررسی عواملی چون جنسیت و شدت معلولیت‌ها و همچنین برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران پرداخته نشده بود، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های خود، به بررسی رابطه بین متغیرهایی چون جنسیت و سن کودکان، نوع و شدت اختلال آن‌ها با سلامت روان و کیفیت زندگی مادران و نیز پدران بپردازند.

References

1. Komejani M. Exceptional children and their mothers' challenges. *Journal of Exceptional Education*. 2012;2(110):38–44. [Persian] [\[Link\]](#)
2. Movallali G, Abdollahzadeh Rafi M, Nemati S. Comparison of general health status in mothers of hearing and hearing-impaired children. *Bimonthly Journal of Audiology*. 2013;22(2):33–9. [Persian] [\[Link\]](#)
3. Salehi M, Kushki SH, Hagdoost N. Comparison of general health, coping styles and happiness of mothers of children with mobility impairment and healthy. *Journal of Psychological Research*. 2011;9:1–12. [Persian] [\[Link\]](#)
4. Mousavy-Khatat M, Soleimani M, A'bdi K. Comparison of cognitive, psychological and social characteristics, between parents who have more than one exceptional child with parents of normal child. *Archives of Rehabilitation*. 2011;12(3):53–64. [Persian] [\[Link\]](#)
5. Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolarić B, Kondić L. Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014;78(2):323–9. [\[Link\]](#)
6. Emerson E, Brigham P. Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. *Public Health*. 2013;127(12):1111–6. [\[Link\]](#)
7. Karami K, Mardani A. Relationship between mental health and quality of life in pregnant women. *Quarterly Journal of Health Breeze*. 2014;2(1):10–17. [Persian] [\[Link\]](#)
8. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:22. [\[Link\]](#)
9. Romeo DM, Cioni M, Distefano A, Battaglia LR, Costanzo L, Ricci D, et al. Quality of life in parents of children with cerebral palsy: is it influenced by the child's behaviour? *Neuropediatrics*. 2010;41(3):121–6. [\[Link\]](#)
10. Yuen Shan Leung C, Wai Ping Li-Tsang C. Quality of life of parents who have children with disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2003;13(1):19–24. [\[Link\]](#)
11. Dempsey I, Keen D. A Review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2008;28(1):42–52. [\[Link\]](#)
12. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness: mothers of typically developing children and mothers of children with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2009;24(3):178–87. [\[Link\]](#)
13. Hardman ML, Drew CJ, Egan MW. *Human Exceptionality: School, Community, and Family*. 11th ed. Cengage Learning; 2010. 548 p. [\[Link\]](#)
14. Tagavi MR. Validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. *Journal of Psychology*. 2001;5(4):381–99. [Persian] [\[Link\]](#)
15. Nasiri H. The study of World Health Organization (WHO) quality of life scale validity and reliability of short and provide its Iranian version. The third seminar of student mental health 2006, Iran, Tehran. [Persian]
16. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2001;45(Pt 6):535–43. [\[Link\]](#)
17. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hong J. Life course impacts of parenting a child with a disability. *Am J Ment Retard*. 2001;106(3):265–86. [\[Link\]](#)
18. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Hong J. Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *Am J Orthopsychiatry*. 2004;74(2):187–95. [\[Link\]](#)
19. Resch JA, Benz MR, Elliott TR. Evaluating a dynamic process model of wellbeing for parents of children with disabilities: a multi-method analysis. *Rehabil Psychol*. 2012 ;57(1):61–72. [\[Link\]](#)
20. Bayrami M, Hassimi Nosratabad T, Besharat R, Movahedi Y, Kohpayma S. The study of the components of neuroticism among parents of autistic children, mental retarded and normal in the city of Tabriz. 2014;9(122):17–27. [Persian] [\[Link\]](#)
21. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr*. 2004;4:1. [\[Link\]](#)
22. Jalili N, Godarzi M, Rassafiani M, Haghgoo H, Dalvand H, Farzi M. The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: A survey study. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2013;7(3):40–7. [Persian] [\[Link\]](#)