

مقایسه شیوع همه گیرشناسی اختلالات روانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی و بیماری جسمانی

نگین حبیبی^{۱*}، نازنین قربانزاده^۲، پرستو جمهور^۳، روزین بهرامی^۴

چکیده

مقدمه: میزان شیوع اختلالات روانی در سراسر جهان رو به افزایش است و همه گیرشناسی آن نقش مهمی در وضعیت موجود بهداشت روان جامعه و برآورد امکانات مورد نیاز آن در هر مقطع زمانی دارد. لذا هدف از این مطالعه مقایسه شیوع همه گیرشناسی اختلالات روانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی و بیماری جسمی در مراکز زیر ۱۴ سال بود.

روش پژوهش: این مطالعه توصیفی به صورت در دسترس روی ۲۰۰ مادر (۱۰۰ نفر دارای فرزند با اختلال روانی، ۱۰۰ نفر با بیماری جسمی) در مراکز بهزیستی همدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابزار پژوهش شامل چک لیست نشانه های اختلالات روانی دروگاتیس بود. جهت تجزیه و تحلیل یافته ها از آزمون t گروه های مستقل (مقایسه میانگین) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد، متغیر شکایت جسمانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی بیشتر از مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری جسمانی است و در مادران مبتلایان به اختلالات جسمی به علت انگ ناشی از اجتماع، حساسیت در روابط متقابل بالاتر از مادران مبتلایان به اختلالات روانی بود. در هر دو گروه مادران دارای افسردگی بودند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود که مداخلات هدفمند در حوزه روان و جسم کودکان باید با حمایت از سلامت روان مادران در مدارس و مراکز بهداشتی همراه باشد.

واژه های کلیدی: اختلالات روانی، بیماری جسمانی، معلولیت، همه گیرشناسی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۳۱

استناد: حبیبی نگین، قربانزاده نازنین، جمهور پرستو، بهرامی روزین. مقایسه شیوع همه گیرشناسی اختلالات روانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی و بیماری جسمانی، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۳): ۲۱-۱۱

^{۱-} (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

Negin.habibi2011@gmail.com, tell: ۰۹۱۳۶۴۲۳۳۸

^{۲-} کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران، nazaninghorbanzadehh@yahoo.com

^{۳-} کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران Parastoojumhoor@gmail.com

^{۴-} کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران RojiniiBahramifar@gmail.com

مقدمه:

بیماری نه تنها سبب ناکارآمدی فرد مبتلا می‌شوند، بلکه خانواده‌های آنها را نیز به شدت تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می‌سازند. این تاثیرگذاری در ابعاد مختلفی همچون سلامت روان و عملکرد اجتماعی قابل مشاهده بوده و بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می‌کند (۱) هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار بیماری می‌شوند، همه اعضای خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن میشوند و فشار زیادی بر آنها تحمیل می‌شود (۲) و حضور در خانواده‌ای دارای یک عضو بیمار، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده تحمیل می‌کند (۳). میزان این فشار به چندین عامل بستگی دارد که عبارتند از سن و جنس بستگان بیمار، کیفیت رابطه پیش از بیماری آنها با بیمار، ماهیت مشکلات بیمار، راهبرهای مقابله‌ای مورد استفاده بستگان، ارزیابی بستگان از موقعیت و نحوه ادراک بیماری، حمایت هیجانی و عملی در دسترس خانواده و متغیرهای فرهنگی و قومی (۴).

بسیاری از شواهد پژوهشی نشان می‌دهند، مادران نسبت به پدران در قبال بیماری فرزندان احساس گناه ناشی مسئولیت افراطی دارند و همین مساله منجر به ایجاد بیماری در مادران نیز می‌گردد (۵). مادران کودک مبتلا به یک اختلال روانپزشکی، استرس و اضطراب والدینی‌گری فزاینده‌ای را در مقایسه با مادران کودکان دارای رشد سالم تجربه می‌کنند (۶). با این حال، این اثر براساس ماهیت اختلال کودک و برخی از متغیرهای خانواده متغیر است (۷). اختلالات ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند، در مقایسه با اختلالات 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 باشند (۱).

در کنار خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی، خانواده‌های کودکان دارای بیماری جسمی نیز تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند، و این فشار و استرس با شدت ناتوانی و نوع مشکل فرزندان مرتبط است (۸). بیماری جسمی، بحرانی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد (۹). بیماری جسمی، تعریف واحدی ندارد (۱۰)، در واقع می‌تواند فیزیکی، حسی یا ذهنی باشد و ممکن است زندگی روزانه و رشد شخصی و اجتماعی و همچنین تحصیلات فرد را تحت تاثیر قرار دهد (۱۱) و از ناسازگار بودن تجربه‌های بین فردی و محیطی ناشی می‌شود که محدودیت‌های کارکردی را می‌تواند سرعت بخشد (۱۲).

بیماری جسمی، نه فقط در جسم افراد، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش‌های آنها و اطرافیان وجود دارد. کسانی که به نوعی به بیماری جسمی از نوع مزمن، مبتلا هستند، فقدان دردناکی را تجربه می‌کنند که دارای اهمیت زیادی است. موانع فیزیکی امکان مشارکت فرد را در روند کلی فعالیت‌های بشری را غیر ممکن می‌سازد و مهم تر از اینها موانعی است که در محیط‌های روانی و اجتماعی فرد وجود دارد. این افراد در بزرگسالی اکثراً منزوی هستند. چنین نگرش‌های منفی و موانع روانی اجتماعی باعث می‌شود آنها نسبت به سایر افراد عزت نفس و اعتماد به نفس پایینتری داشته باشند (۱۳).

تاثیر بیماری، فقط به کودکان محدود نمی‌شود بلکه خانواده و اعضای آنها را نیز تحت تاثیر استرس قرار می‌دهد (۱۴) فرزند بیمار تاثیر معناداری بر عملکرد خانواده دارند. خانواده‌های دارای فرزند بیمار نسبت به خانواده‌های دیگر در معرض استرس‌های بزرگتری قرار دارند (۱۵). والدین این فرزندان، احساساتی از قبیل درماندگی، عزت نفس پایین و خشم را گزارش می‌کنند (۱۶). در بین خانواده‌های دارای فرزند بیمار نیز، ناهمخوانی‌های زیادی وجود دارد در حالی که برخی از آنها در برخورد با بیماری خفیف فرزندان خود احساس درماندگی می‌کنند، برخی دیگر می‌توانند بدون مشکل بیماری‌های شدید را مدیریت کنند (۱۵). وجود کودک بیمار باعث ایجاد اضطراب، استرس جسمانی و روانی بر خانواده و به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (۱۶).

همه‌گیرشناسی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که شیوه توزیع یک اختلال را در جامعه مورد بررسی قرار می‌دهد، سلامت روانی عبارت از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط و حل تضادها می‌باشد (۱۷). بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته است و هیچ گروهی در مقابل آن مصونیت نداشته است (۱۸). از آنجائیکه که حدود ۱۰ درصد از مردم جهان دچار نوعی بیماری می‌باشند (۱۹) و این بیماری، زندگی افراد خانواده را نیز تحت تاثیر قرار دهد که میزان اختلالات روانی ناشی از حاد و مزمن بودن و فشار مراقبت را در سطح پایین‌تر از عادی قرار دهد (۲۰). برخی از پژوهش‌ها، بر اساس اینکه بعضی از ناتوانی‌ها از برخی دیگر شدیدتر هستند و با توجه به سطح کارکرد تحولی (۲۰) یا میزان فراوانی اختلالات و مشکلات رفتاری در کودکان (۲۱) و پژوهش‌های دیگر، بر اساس ادراک والدین از شرایط کودک (۲۲) نشان دادند که میزان اختلالات روانی، فشار و استرس والدگری با شدت ناتوانی کودک پیوند بالایی دارد (۲۳)، لذا با توجه به اینکه وضعیت خانواده‌های دارای فرزند بیمار برحسب عملکرد آنها متفاوت است، تحقیق حاضر با هدف بررسی مقایسه شیوع همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی و بیماری جسمانی انجام شد.

روش پژوهش:

روش این پژوهش، روش دردسترس بود. جامعه آماری مشتمل بر کلیه مادران فرزند مبتلا به اختلال روانی و مادران کودکان دارای بیمار جسمی (معلولیت) بود که در مراکز و کلینیک‌های روزانه بهزیستی پیشگیری شهر همدان در سال ۱۴۰۳ پذیرش شده بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر خانواده‌ی دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و ۱۰۰ خانواده دارای فرزند بیماری جسمی (معلول) بود که ملاک‌های ورود (شمول) به پژوهش را برآورده می‌کردند. این ملاک‌ها عبارت بود از: (۱) خانواده‌های دارای یک فرزند مبتلا به اختلال روانی یا بیماری جسمی؛ (۲) پذیرش در مراکز روزانه بهزیستی زیر ۱۴ سال ملاک‌های خروج عبارت بودند از: (۱) بیماران اختلال روانی نیاز به مصرف دارو؛ (۲) افراد مبتلا به بیماری مزمن جسمانی؛ (۳) بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت دارودرمانی بودند؛ (۴) زنان مطلقه؛ (۵) زنانی که به تازگی دچار داغ‌دیدگی شدند.

ابزارهای سنجش عبارت بود از؛ **فرم تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سوالی (SCL-90-R)**، این ابزار برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده است که پاسخ دهندگان اخیراً تجربه نموده اند که هدف آن، سنجش میزان و شدت علائم اختلالات روانی در افراد، اعم از عادی و غیرعادی است. این سنجش مبتنی بر گزارشی است که افراد، خود ارایه می‌کنند. تدوین آن تاریخچه طولانی دارد. فرم اولیه آن دارای ۵۸ نشانه بیماری بود، پنج خرده مقیاس را در برمی‌گرفت و بعدها به دلیل مشکلاتی که در فرم اولیه وجود داشت، این مقیاس به ۹۰ نشانه بیماری گسترش و وسعت یافت و تعداد خرده مقیاس‌های آن نیز از ۵ مورد به ۹ مورد افزایش یافت (۲۴). این مقیاس، بعدها در سال ۱۹۷۶، توسط دروکی‌تیس مورد تجدید نظر قرار گرفت این پرسشنامه دارای ۹ بعد و ۳ مقیاس است. بعدها ۹ گانه‌ی این آزمون عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریو ۳ شاخص کلی ناراحتی، عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می‌دهند این شاخصها عبارتند 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 صفر تا نود در نوسان است). ۳- شدت علائم مثبت: میانگین تعداد پرسشهایی که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (در دامنه بین صفر تا چهار در نوسان است). در این پرسشنامه برای هر ماده ی پرسشنامه پنج گزینه ای هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد (۲۵). در ایران نیز مقیاس SCL-90-R از آزمونهای معتبر و پراستفاده است که از سال‌ها پیش ترجمه

و به کار برده شده است و نقطه برش ۰/۰۴، ضریب پایایی ۰/۹۷، حساسیت ۰/۹۴، ویژگی ۰/۹۸ و کارایی ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۶)

جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون t گروه‌های مستقل (مقایسه میانگین) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها:

در مجموع ۱۰۰ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی و ۱۰۰ مادر دارای فرزند مبتلا به بیماری جسمی (معلول) مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها از نظر تحصیلات، دامنه‌ی سنی، وضعیت شغلی در جدول شماره ۱ آمده است. با توجه به داده‌های جدول (۱) مشاهده می‌شود که از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در گروه اختلالات روانی و اختلالات جسمی 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 دار است و بیشترین میانگین سنی شرکت کنندگان اختلالات روانی در سنین ۴۰-۴۹ با ۴۲ درصد و در شرکت کنندگان اختلالات جسمی در سنین ۳۰-۳۹ با ۴۶ درصد را به خود اختصاص داده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی جمعیت مورد مطالعه

ویژگی	اختلال روانی	بیماری جسمی
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
میزان	۵۳ (۵۳٪)	۵۷ (۵۷٪)
تحصیلات	۴۷ (۴۷٪)	۴۳ (۴۳٪)
وضعیت	۸۹ (۸۹٪)	۹۲ (۹۲٪)
اشتغال	۱۱ (۱۱٪)	۸ (۸٪)
گروه	۳۹-۳۰	۲۹-۱۹
سنی	۴۲ (۴۲٪)	۳۰ (۳۰٪)

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل آزمون فراوانی، میانگین، انحراف معیار نمره برای مقایسه خرده مقیاس‌های پرسشنامه استفاده شد.

با توجه به جدول شماره (۲) بیشترین میانگین مورد استفاده در چک لیست اختلالات روانی در خانواده مبتلایان شکایت جسمانی است که در خانواده مبتلایان به اختلالات روانی از ۴۸ نمره ۴۲/۴۹ درصد نمره و در خانواده مبتلایان به اختلالات جسمی ۴۵/۳۵ درصد و حساسیت در روابط متقابل در خانواده مبتلایان به اختلالات روانی ۳۱/۰۳ از ۳۶ درصد بالاتر از خانواده مبتلایان به اختلالات جسمی است. در مقیاس افسردگی هر دو گروه میانگین بالایی را به خود اختصاص دادند ۴۷/۰۶ از ۵۲ نمره در خانواده مبتلایان به اختلالات روانی و ۴۷/۵۲ درصد در خانواده مبتلایان به اختلالات جسمی و در مقیاس روان گسسته گرایی در خانواده مبتلایان به اختلالات جسمی با ۳۵/۳۶ را به خود اختصاص داده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های زن و مرد از نظر میزان اختلالات روانی در SCL-90-R

اختلالات روانی	اختلالات جسمی
----------------	---------------

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایت جسمانی	۴۲/۴۹	۲/۰۶	۴۵/۳۵	۱/۳۷
وسواسی- اجباری	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 پارانوئیدی	۱۰/۶۲	۱/۶۴	۱۸/۲۵	۱/۴۷
روان گسسته گرایی	۳۱/۳۴	۲/۷۳	۳۵/۳۶	۲/۴۷
سوال اضافی	۲۴/۵۲	۳/۱۴	۲۲/۴۲	۲/۴۲

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه توصیفی، فراوانی اختلالات روانی در مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال روانی و فرزندان مبتلا به بیماری جسمی بررسی شد. در خانواده مبتلایان به اختلال روانی شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، پرخاشگری و خصوصیت، سوالهای اضافی مربوط به افکار خودکشی بالاست. با وجود اینکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می بخشد اما چالش هایی را نیز به وجود می آورد و به همین دلیل استرس زاست (۲۷)، این چالش ها می توانند عوارض منفی به همراه داشته باشند، به طوری این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند از سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۲۸). علاوه بر این، مادران کودکان دچار معلولیت های جسمی و دارای نیازهای ویژه تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند. یکی از استرس هایی که فشار روانی زیاد ایجاد می کند، استرس ناشی از فرزند معلول داشتن است که می تواند اثرات بلندمدت داشته باشد و بنیادهای اساسی خانواده فرد را نیز در معرض خطر جدی قرار می دهد (۲۹).

هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال روانی می شود، همه اعضا خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می شود (۱) و کودکان مبتلا به اختلال روانی دارای آغاز مزمن هستند که به علت همیشگی و ادامه دار بودن، خانواده و عملکرد خانواده را پایین می آورد (۳۰) و اثرات مختلفی بر زندگی می گذارد، علاوه بر این با بزرگتر شدن کودک مبتلا به اختلال روانی، رفتارهای پرخاشگرانه وی چالش برانگیز می شود، و مسائل جدید را در حوزه ارتباطات اجتماعی هنگام ورود کودک به مرحله نوجوانی به همراه دارد (۱۲) و پرورش این کودکان دامنه وسیعی از مشکلات بدنی، روان شناختی، هیجانی، اجتماعی را دربرمی گیرد که مراقبان خانوادگی به خصوص مادران مادران تجربه می کنند (۱).

علاوه بر این پژوهش رودریگو (۳۰) و مریس (۳۱) در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان مبتلا به اختلال روانی شایستگی والدینی کمتر، رضایت زناشویی کمتر و استرس خانوادگی و مشکلات سازگاری بیشتری را در مقایسه با مادران کودکان طبیعی تجربه میکنند. به نظر میرسد میزان استرس والدینی و نارضایتی زناشویی تجربه شده با شدت اختلال رفتاری کودک رابطه مستقیم دارد (۳۲). علاوه بر این، مطالعات ژنتیکی نشان داده خواهران و برادران کودکان دچار اختلال روانی به میزان بیشتری به اختلالات رفتاری، خلقی و اضطرابی مبتلا بوده (۳۳) و نسبت به خواهران و برادران کودکان سالم به احتمال بیشتری

از اختلالات نیمه بالینی رنج می‌برند (۳۴) 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 اختلالات زیرآستانه ای هستند مراقبت نمایند که این اضطراب بالاتری را ایجاد می‌کند.

در این پژوهش فراوانی اختلالات روانی در خانواده مبتلایان به معلولیت‌های جسمی نیز بررسی شد. در خانواده مبتلایان به معلولیت‌های جسمی شکایت جسمانی، پرخاشگری و خصومت، افکار پارانوئیدی و سوالهای اضافی مربوط به افکار خودکشی بالاست. بررسیهای قبلی نشان دادند، والدین فرزندان معلول احساساتی از قبیل درماندگی، عزت نفس پایین و خشم را گزارش می‌کنند (۱۵)، از سویی دیگر تلاش برای والد خوب بودن ممکن است خانواده را به فعالیت های بیش از حد توان بکشانند تا آنها بتوانند فرصت های مشابه کودکان عادی برای فرزندان معلول خود فراهم سازند و همین باعث اختلال در سلامت روانی در خانواده می‌شود (۱۳).

معلولیت سبب محرومیت‌های شخص معلول و سبب کاهش یا حذف فرصت ها برای سهم شدن در زندگی اجتماعی است. تحقیقات دیگر نیز نشان داده است که معمولاً خانواده های دارای فرزند معلول از نظر اجتماعی منزوی هستند (۱۲). به طوری که وجود یک فرزند معلول سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌شود و هر قدر شدت معلولیت فرزند بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگتر میشود. فرزند معلول تاثیر گسترده ای بر محیط خانواده م یگذارد و نیاز به سطح بالایی از مراقبت دارند که در برخی موارد به دلیل نبود حمایت های لازم و سایر عوامل مورد نیاز ممکن است وجود فرزند معلول در خانواده به طلاق والدین و یا بحران هایی در محیط خانواده منجر شود (۳۵). مادران ممکن است از اینکه سرکار می‌روند یا فرزند معلول خود را به کسی دیگری می‌سپارند احساس گناه کنند در حالی که پدران ممکن است از اینکه به خاطر فرزند معلول خود، سرکار نمی‌روند احساس گناه کنند. بنابراین اگر پدر و مادر در ارتباط با فرزند معلول متفاوت عمل میکنند پس احتمالاً به لحاظ سلامت و بهزیستی نیز مشابه نیستند (۱۶). به خاطر فرزند معلول اغلب والدین خود را بسیار حمایت گر توصیف می‌کند و این را مانعی در رسیدن به اهداف خود میداند. والدین ناخواسته با حمایت افراطی از فرزندان معلول خود وابستگی را بوجود می‌آورند و این وابستگی موجب شکایت جسمانی، پرخاشگری و خصومت می‌شود که در این پژوهش نیز قابل مشاهده بود. در این خانواده ها به علت ناتوانی فرد معلول و فشار مراقبت در خانواده افراد مشکل را بیشتر از توانایی خود ارزیابی و توانایی حل کردن را با تطبیق به شرایط جابجا می‌کند. توانایی حل مشکل یک مهارت است که در سطح جامعه آماری پایین است و نیز خانواده های دارای فرزند معلول بیشتر با مشکلات ارتباطی و عاطفی درگیر هستند (۱۵).

براین اساس می‌توان گفت که کمک به بازسازی، رشد و ارتقای عملکرد خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال روانی و معلول به ویژه حمایت از وضعیت مادران آنها ضرورت بیشتری دارد. مادران دارای فرزند با نیاز ویژه پرستاری فرزند بیمار را بر عهده دارند و به دلیل مراقبت از فرزند خانه نشین بوده و منابع حمایتی اجتماعی کمی را دارند، آنها دارای تحصیلات اندک بوده و احتمالاً نتوانند از مطالعه و منابع موجود حمایت روانی دریافت نمایند. لذا دارای فشار و آسیب پذیری بیشتری هستند. بر این اساس حمایت مجموع اعضا و عملکرد خانواده بخصوص مادران این خانواده ها مهم و اساسی است و با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که مداخلات هدفمند در حوزه روان و جسم کودکان باید با حمایت از سلامت روان مادران در مدارس و مراکز بهداشتی همراه باشد.

محدودیت‌های پژوهش: علی‌رغم نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، این مطالعه با محدودیت هایی نیز مواجه بود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اینکه بحث در مورد فرزندان بوده است که مادران همواره در رابطه با آنان احساس گناه دارند و لذا پاسخ دهندگان به دلیل مغایرت پاسخ با باورهای اساسی‌شان و تابو بودن موضوع مورد پژوهش؛ همکاری کمتری در خود

اظهاری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها داشتند. در این پژوهش فقط افرادی که با موضوع احساس راحتی می‌کردند شرکت نمودند نه همه افرادی که محقق خواستار همکاری آنان بود، این موضوع در تعمیم نتایج اثرگذار است و لذا روایی بیرونی پژوهش را با محدودیت همراه می‌سازد.

کاربرد پژوهش: به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از مادران با شدت متفاوت بیماری فرزندان‌شان استفاده شود و زیرگروه‌های متفاوت مد نظر قرار گیرد.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافعی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

1. Maude P, James R, Searby A. The use of Open Dialogue in Trauma Informed Care services for mental health consumers and their family networks: A scoping review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2024 Aug;31(4):681-698. [doi: 10.1111/jpm.13023](https://doi.org/10.1111/jpm.13023).
2. van Houtum LAEM, Baaré WFC, Beckmann CF, Castro-Fornieles J, Cecil CAM, Dittrich J, Ebdrup BH, Fegert JM, Havdahl A, Hillegers MHJ, Kalisch R, Kushner SA, Mansuy IM, Mežinska S, Moreno C, Muetzel RL, Neumann A, Nordentoft M, Pingault JB, Preisig M, Raballo A, Saunders J, Sprooten E, Sugranyes G, Tiemeier H, van Woerden GM, Vandeleur CL, van Haren NEM. Running in the FAMILY: understanding and predicting the intergenerational transmission of mental illness. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Nov;33(11):3885-3898. [doi: 10.1007/s00787-024-02423-9](https://doi.org/10.1007/s00787-024-02423-9). [Epub 2024 Apr 13](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40111111/).
3. Gravante F, Trotta F, Latina S, Simeone S, Alvaro R, Vellone E, Pucciarelli G. Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: A systematic review. *Nurs Crit Care*. 2024 Jul;29(4):807-823. [Doi: 10.1111/nicc.13077](https://doi.org/10.1111/nicc.13077).
4. Stolper H, van der Vegt M, van Doesum K, Steketee M. The Integrated Family Approach in Mental Health Care Services: A Study of Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 May 17;21(5):640. [doi: 10.3390/ijerph21050640](https://doi.org/10.3390/ijerph21050640)
5. Tham SS, Solomon P. Family Involvement in Routine Services for Individuals With Severe Mental Illness: Scoping Review of Barriers and Strategies. *Psychiatr Serv*. 2024 Oct 1;75(10):1009-1030. [doi: 10.1176/appi.ps.20230452](https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230452).
6. Conner KO, Abusuampek DK, Kosyluk K, Tran JT, Davis-Cotton D, Hill AM, Brown AP. Mitigating the Stigma of Mental Illness: The Impact of Story-Telling in the Black Community. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Nov 6;21(11):1473. [doi: 10.3390/ijerph21111473](https://doi.org/10.3390/ijerph21111473).
7. Yin M, Li Z, Li X. Family influence on stigma internalization in people with severe mental illness: A grounded theory study. *Int J Ment Health Nurs*. 2024 Oct;33(5):1575-1590. [doi: 10.1111/inm.13346](https://doi.org/10.1111/inm.13346).

8. de Souza JMB, Miozzo AP, da Rosa Minho dos Santos R, Mocellin D, Rech GS, Trott G, Estivalet GPM, Sganzerla D, de Souza D, Rosa RG, Teixeira C. Long-term effects of flexible visitation in the intensive care unit on family members' mental health: 12-month results from a randomized clinical trial. *Intensive Care Med.* 2024 Oct;50(10):1614-1621. doi: [10.1007/s00134-024-07577-3](https://doi.org/10.1007/s00134-024-07577-3).
9. Treadwell KRH. Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2024 Dec;47(4):787-800. doi: [10.1016/j.psc.2024.04.018](https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.018).
10. Mabunda NF. Nurses' perceptions of involving family members in the care of mental health care users. *Curationis.* 2024 Jul 5;47(1):e1-e9. Doi: [10.4102/curationis.v47i1.2538](https://doi.org/10.4102/curationis.v47i1.2538).
11. Cudjoe E, Awortwe V. A phenomenological investigation of kinship involvement in the lives of children whose parents have mental illness. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2024 Dec;19(1):2414481. doi: [10.1080/17482631.2024.2414481](https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2414481).
12. Maybery D, Grant A, Piché G, Yates S, Ruud T, Dunkley-Smith A, Davidson G. Summarising Quantitative Outcomes in Parental Mental Illness Research. *Int J Ment Health Nurs.* 2024 Dec;33(6):1761-1795. doi: [10.1111/inm.13385](https://doi.org/10.1111/inm.13385).
13. Chen YF, Yeh TP, Hsu HC, Lane HY, Lu SH, Ma WF. Clinical symptoms of the prodromal stage preceding serious mental illness in Taiwanese young adults: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2025 Mar 3;25(1):187. doi: [10.1186/s12888-025-06643-4](https://doi.org/10.1186/s12888-025-06643-4).
14. Tranberg K, Colnadar B, Nielsen MH, Hjorthøj C, Møller A. Interventions targeting patients with co-occurring severe mental illness and substance use (dual diagnosis) in general practice settings - a scoping review of the literature. *BMC Prim Care.* 2024 Aug 3;25(1):281. doi: [10.1186/s12875-024-02504-3](https://doi.org/10.1186/s12875-024-02504-3).
15. Adu J, Oudshoorn A, Anderson K, Marshall CA, Stuart H. Negotiating familial mental illness stigma: The role of family members of persons living with mental illnesses. *PLoS One.* 2024 Sep 30;19(9):e0311170. doi: [10.1371/journal.pone.0311170](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311170).
16. Burger TJ, van Eck RM, Lachmeijer M, de Wilde-Schutten KRG, Lanssen M, van Alphen C, van Haasteren N, Groen K, Schirmbeck F, Vellinga A, Kikkert MJ, Dekker J, de Haan L, de Koning MB. Perspective matters in recovery: the views of persons with severe mental illness, family, and mental health professionals on collaboration during recovery, a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2024 Nov 14;24(1):802. doi: [10.1186/s12888-024-06198-w](https://doi.org/10.1186/s12888-024-06198-w).
17. Sud D, Bradley E, Tritter J, Maidment I. The impact of providing care for physical health in severe mental illness on informal carers: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2024 Jun 6;24(1):426. doi: [10.1186/s12888-024-05864-3](https://doi.org/10.1186/s12888-024-05864-3).
18. Neulinger B, Ebert C, Lochbühler K, Bergmann A, Gensichen J, Lukaschek K. Screening tools assessing mental illness in primary care: A systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2024 Dec;30(1):2418299. doi: [10.1080/13814788.2024.2418299](https://doi.org/10.1080/13814788.2024.2418299).
19. Guan Z, Zwi AB, Sun M, Poon AWC. Validation and reliability of the Chinese version of the Friendship Scale (FS-C) in family caregivers of people with severe mental illness. *Arch Psychiatr Nurs.* 2024 Dec;53:95-101. doi: [10.1016/j.apnu.2024.10.006](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.10.006).
20. Herzberg MP, Nielsen AN, Luby J, Sylvester CM. Measuring neuroplasticity in human development: the potential to inform the type and timing of mental health interventions. *Neuropsychopharmacology.* 2024 Nov;50(1):124-136. doi: [10.1038/s41386-024-01947-7](https://doi.org/10.1038/s41386-024-01947-7).

21. Ngubane NP, De Gama BZ. The Influence of Culture on the Cause, Diagnosis and Treatment of Serious Mental Illness (Ufufunyana): Perspectives of Traditional Health Practitioners in the Harry Gwala District, KwaZulu-Natal. *Cult Med Psychiatry*. 2024 Sep;48(3):634-654. [doi: 10.1007/s11013-024-09863-7](https://doi.org/10.1007/s11013-024-09863-7).
22. Roy L, Leclair M, Crocker AG, Abdel-Baki A, de Benedictis L, Bérubé FA, Thibeault E, Latimer E, Roy MA. Risk factors for homelessness and housing instability in the first episode of mental illness: Initial findings from the AMONT study. *Early Interv Psychiatry*. 2024 Jul;18(7):561-570. [doi: 10.1111/eip.13495](https://doi.org/10.1111/eip.13495).
23. Berrett-Abebe J, Reed SC. Exploring the Relationship between Food Insecurity, Chronic Health Conditions, and Serious Mental Illness in the United States: Implications for Social Work. *Health Soc Work*. 2024 Aug 1;49(3):147-156. [doi: 10.1093/hsw/hlae012](https://doi.org/10.1093/hsw/hlae012).
24. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. In *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association 2000: 81-84
25. Fathi Ashtiani A, Dadsetan M. Psychological tests, personality and mental health, Besat pub; 2009.
26. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *Am J Public Health*. 1982 Nov;72(11):1271-9. [doi: 10.2105/ajph.72.11.1271](https://doi.org/10.2105/ajph.72.11.1271).
27. Ostberg M. Parental stress, psychosocial problems and responsiveness in help-seeking parents with small (2-45 months old) children. *Acta Paediatr*. 1998 Jan;87(1):69-76. [doi: 10.1080/08035259850157903](https://doi.org/10.1080/08035259850157903).
28. Crnic KA, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. *Child Dev*. 1990 Oct;61(5):1628-37. [doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x).
29. Sajedi F, Vameghi R, Ali-Zad V, Malek-Khosravi G, Karimlou M, Ravarian A et al Is Anxiety More Common in Mothers of Children with Cerebral Palsy?. *jrehab* 2011; 11 :15-20. [URL: http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-679-en.html](http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-679-en.html)
30. Rodrigue JR, Morgan SM. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with ADHD. *Pam. Behav. Ther* 2009; 19: 371-379.
31. Morris MM. Parental stress and marital satisfaction in families of children with ADHD. *Desertion abstract International* 2001; 61(7-A).
32. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: I Advances in quantitative and molecular genetics. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Jan;40(1):3-18. [PMID: 10102724](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10102724/).
33. Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, Spencer T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I, Perrin J, Chen WJ, Tsuang MT. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *J Abnorm Psychol*. 1993 Nov;102(4):616-623. [doi: 10.1037/0021-843X.102.4.616](https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.4.616).
34. Grant A, Leonard R, Linden M. A qualitative study of health visitors' family-focused practice with mothers with mental illness in Northern Ireland: Perspectives of health visitors, mothers and partners. *PLoS One*. 2024 Aug 15;19(8):e0306890. [doi: 10.1371/journal.pone.0306890](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306890).

35. Pawluski JL. The parental brain, perinatal mental illness, and treatment: A review of key structural and functional changes. *Semin Perinatol.* 2024 Oct;48(6):151951. [doi: 10.1016/j.semperi.2024.151951](https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151951).