

Evaluation of Family Functioning of Children with Mental Disorders

Narges Zamani¹ , Yeganeh Parazdeh² , Saeid Zamani^{1,*} 

¹ Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

² Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Gorgan Branch (Golestan), Gorgan, Iran

* **Corresponding Author:** Saeid Zamani, Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran. Email: n.zamani1367@yahoo.com

Abstract

Received: 10/07/2021

Accepted: 07/08/2021

How to Cite this Article:

Zamani N, Parazdeh Y, Zamani S. Evaluation of Family Functioning of Children with Mental Disorders. *Pajouhan Scientific Journal*. 2022; 20(1): 51-56.

DOI:10.61186/psj.20.1.51

Background and Objectives: Mental disorders are not only causing psychiatric patients incompetence, but also affect their families strongly and disrupt their performance. The purpose of this study is to identify the characteristics and functioning of families of children with mental disorders (developmental disorders, emotional internalization, disruptive behavior, and drive out disorder).

Materials and Methods: This study is a descriptive study of causal comparative. The present population of the families of children with mental disorders who were admitted in hospitals and welfare centers in Hamadan. The study sample consisted of 56 families with children with mental disorders and 56 families with children from normal families which were selected by convenience sampling. The families were matched with regard to level social and economic. Was used to collect data on family scale. The independent t-test was used to analyze data.

Results: The results of this study showed that there were significant differences between families of children with mental disorders and their families with normal children in the family ($p < 0.05$).

Conclusions: Families of children with mental disorders need to support and rebuild be able to function normally and become prevented from damage in individual, family and community in other family members.

Keywords: Family functioning, developmental disorders, emotional internalization, destructive behavior, drive out disorder

بررسی عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلالات روانی

نرگس زمانی^۱، یگانه پرازده^۲، سعید زمانی^{۱*}

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان (گلستان)، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: سعید زمانی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

ایمیل: n.zamani1367@yahoo.com

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۴/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۵/۱۶

سابقه و هدف: اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را مختل می‌سازند. هدف پژوهش حاضر، شناخت ویژگی‌ها و عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا اختلالات روانی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش، خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال روانی بود که در مراکز و کلینیک‌های بهزیستی همدان پذیرش شده بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۵۶ خانواده دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی و ۵۶ خانواده‌های دارای فرزند سالم بودند که در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۹ به روش در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سنجش خانواده استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلالات روانی و خانواده‌های دارای فرزند سالم در عملکرد خانواده تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی نیاز به حمایت و بازسازی دارند تا بتوانند عملکردی طبیعی داشته و مانع از بروز آسیب‌ها در عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی در سایر اعضای خانواده شوند.

واژگان کلیدی: خانواده، عملکرد، اختلالات رشدی، هیجانی، درونی کردن، رفتار مخرب، بیرونی کردن

مقدمه

استفاده بستگان، ارزیابی بستگان از موقعیت و نحوه ادراک بیماری، حمایت هیجانی و عملی در دسترس خانواده و متغیرهای فرهنگی و قومی [۴]. یکی از مولفه‌های مهم فشار تحمیل‌شده بر خانواده، پیامدهای همراه با بیماری روانی است [۱]. انگ‌زدن به افراد نزدیک بیمار محدود نمی‌شود و در طول نسل‌ها گسترش یافته و به بخش‌های بزرگ‌تری از خانواده تسری می‌یابد [۵]. فشار تجربه‌شده و اجتماعی توسط اعضای خانواده، نه تنها می‌تواند بهزیستی روانی و جسمی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد، بلکه بر سیر بیماری اثر می‌گذارد [۶].

شواهد پژوهش‌هایی نشان می‌دهند که والدین کودک مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، استرس و اضطراب والدینی فزاینده‌ای را در مقایسه با والدین کودکان دارای رشد سالم تجربه می‌کنند [۷-۹]. با این حال، این اثر بر اساس ماهیت اختلال کودک و برخی از ویژگی‌های خانواده، متغیر است. اختلالات ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند، در مقایسه با اختلالات مزمن، اثر متفاوتی بر

اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی 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 و اقتصادی قابل مشاهده بوده و در مجموع، بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می‌کند [۱]. هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال روانی می‌شوند، همه اعضای خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌شوند و فشار زیادی بر آن‌ها تحمیل می‌شود [۲] و حضور در این خانواده، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده (به خصوص، افرادی که نقش مراقبتی بر عهده دارند) تحمیل می‌کند [۳].

میزان این فشار به چندین عامل بستگی دارد که عبارتند از سن و جنسیت بستگان بیمار، کیفیت رابطه پیش از بیماری آن‌ها با بیمار، ماهیت مشکلات بیمار، راهبردهای مقابله‌ای مورد

فضای مجازی تا حدی اطلاعات والدین به صورت ناقص و گاه اشتباهی افزوده می‌شود. لذا، این پژوهش با این هدف صورت گرفت که وضعیت عملکردی این خانواده‌ها و ابعاد مورد نیاز برای حمایت از آن‌ها را مشخص کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای است و شامل خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال روانی بود که در مراکز و کلینیک‌های روزانه بهزیستی همدان پذیرش شده بودند. نمونه پژوهش شامل ۵۶ خانواده دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی (دلیل انتخاب ۵۶ نفر به این علت است که در طی ۶ ماه دوم سال به همه مراکز و کلینیک‌های روزانه بهزیستی همدان مراجعه و هدف پژوهش شرح داده شد ولیکن در طی ۶ ماه فقط ۵۶ نفر تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند و بقیه افراد تمایلی به این پژوهش نداشتند و با توجه به اخلاق پژوهش، انتخاب نمونه به صورت رضایت آگاهانه بود). با توجه به تعداد خانواده دارای کودکان مبتلا به اختلالات روانی، ۵۶ خانواده نیز از خانواده‌های دارای فرزند سالم (نداشتن بیماری روانی و جسمی قابل تشخیص و عدم نیاز به پزشک یا روان‌شناس در طی ۶ ماه گذشته) به روش در دسترس انتخاب شدند. این خانواده‌ها از نظر سطح اجتماعی و اقتصادی همتا شدند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بود از: دارا بودن ملاک اختلالات روان‌پزشکی در فرزندان، داشتن حداقل یک فرزند سالم در خانواده، نیاز بیمار به آموزش و مراقبت‌های ویژه. ملاک‌های خروج شامل: خانواده‌های مطلقه، خانواده‌هایی که تنها یک فرزند دارند، خانواده با داشتن بیش از یک فرزند با اختلالات روانی و جسمی.

ابزار پژوهش، مقیاس عملکرد خانواده اپشتاین بود. این پرسش‌نامه دارای ۶۰ سؤال است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و ۶ بعد از عملکرد خانواده شامل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار را نشان می‌دهد و خرده‌مقیاس دیگر مربوط به عملکرد کلی خانواده است. مقیاس سنجش عملکرد خانواده با ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ است که از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار بوده و دارای روایی همزمان و پیش‌بینی است. این ابزار با مقیاس رضایت زناشویی لاک و لاس همبستگی متوسط داشت و قدرت نسبتاً خوبی برای پیش‌بینی نمرات مقیاس روحیه سالمندی فیلدلفیا نشان داده است. به علاوه این ابزار با قدرت متمایزسازی خانواده‌های دچار آسیب و خانواده‌های سالم در هر ۷ خرده‌مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده است. لازم به ذکر است که پاسخ به

زندگی خانواده دارند. علاوه بر این، ممکن است که اختلالی در دوره‌های مختلف، چالش‌های متفاوتی را برای خانواده به همراه داشته باشد [۱]. اصطلاح فشار مراقب اغلب دامنه وسیعی از مشکلات بدنی، روان‌شناختی، هیجانی، اجتماعی و مالی را در بر می‌گیرد که ممکن است مراقبان خانوادگی تجربه کنند [۸] و میزان استرس والدینی و رضایت زناشویی تجربه‌شده با شدت اختلال رفتاری کودک رابطه مستقیم دارد [۱۰]. از این نظر، ماهیت اختلال، نقش مهمی دارد؛ بدین معنی که اختلالات بیرونی نسبت به اختلالات درونی استرس بیشتری ایجاد می‌کنند. شیوع کلی اختلالات روان‌پزشکی کودکان، به آستانه مورد استفاده بستگی دارد. مطالعه آیسل وایت به عنوان اولین مطالعه همه‌گیرشناسی بزرگ در حوزه اختلالات روان‌پزشکی کودکان، نشان داد که حدود ۷٪ کودکان در اواسط دوره کودکی از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند [۱۱]. اختلالات سلوک مرکب حدود دو برابر اختلالات هیجانی بودند [۱۲] و مطالعات بعدی نشان دادند این ارزیابی کمتر از میزان واقعی آن بوده و میزان شیوع این اختلالات حدود ۲ برابر است [۱۳]. با این وجود برخی از مطالعات، صرفاً مجموعه‌ای از نشانه‌ها یا رفتارها را صرف نظر از احتمال تاثیر آن‌ها بر مشکلات اجتماعی یا گسیختگی ثبت کرده‌اند. میزان شیوع در سرشماری‌های همه‌گیرشناسی بعدی عبارت بودند از ۱۷/۶٪ در کودکان ۱۱ ساله [۱۴]، ۱۸٪ در کودکان ۴ تا ۱۶ ساله کانادا [۱۵]، ۱۷/۹۵٪ در کودکان ۴ تا ۱۶ ساله و ۹/۵٪ در کودکان ۵ تا ۱۶ ساله ساکن انگلستان [۱۶]. کلیه مطالعات همه‌گیرشناسی نشانگر افزایش شیوع اختلال همراه با افزایش سن هستند. این یافته نتیجه گریزناپذیری است که سن را به عنوان یکی از خصوصیات بارز برخی از اختلالات مطرح می‌کند [۶]. ورهالست و کوت، ۴۹٪ سرشماری را بررسی کرده و میزان شیوع متوسط اختلالات روان‌پزشکی کودکان را ۱۲/۹٪ گزارش نمودند [۶].

به نظر می‌رسد که این اختلالات با گسترش زندگی صنعتی و تنش‌های فزاینده ناشی از آن، به شدت افزایش یافته و اثرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی را به دنبال داشته باشند. از این رو می‌توان گفت که اختلالات روانی و فقدان سلامت روان، یکی از دغدغه‌های خانواده‌های درگیر آن و مسئولین حوزه سلامت و روان تلقی می‌شود و از آنجا که در ایران، با توجه به وضعیت فرهنگی، اعتقادی و باورهای دینی خود، خانواده‌ها مراقبان اصلی بیماران را تشکیل می‌دهند، فشار فزاینده‌ای بر آن‌ها تحمیل می‌شود؛ از این رو سلامت روان مادران و کارکرد آن‌ها و ارائه خدمات آموزشی و حمایتی امری ضروری تلقی می‌شود و با توجه به تغییراتی که در طبقه‌بندی اختلالات روانی در سال ۲۰۱۳ انجام گرفت، کودکان بیشتری برچسب بیماری روان را می‌گیرند که با تکنولوژی امروزه مانند اینترنت، تلگرام و

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک گروه‌ها

متغیرها	خانواده با فرزندان		خانواده با فرزندان سالم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات پدر				
سیکل و کمتر	۲۳	۴۱/۰۷	۲۵	۴۴/۶۳
دیپلم	۱۷	۳۰/۳۶	۱۷	۳۰/۳۶
دانشگاهی	۱۶	۲۸/۵۷	۱۴	۲۸/۵۷
تحصیلات مادر				
سیکل و کمتر	۲۹	۵۱/۷۸	۲۳	۴۱/۰۷
دیپلم	۱۶	۲۸/۵۷	۱۷	۳۰/۳۶
دانشگاهی	۱۱	۱۹/۶۴	۱۶	۲۸/۵۷
محل زندگی				
شهر	۳۳	۵۸/۹۲	۳۶	۶۴/۲۸
روستا	۲۳	۴۱/۰۷	۲۰	۳۵/۷۱
امکانات خانواده				
داشتن خانه حیاطدار	۳۸	۶۷/۸۵	۳۶	۶۴/۲۸
داشتن ماشین	۱۶	۲۸/۵۷	۱۷	۳۰/۳۶
تعداد فرزندان خانواده				
۱ تا ۳	۳۱	۵۵/۳۵	۳۳	۵۸/۹۲
۴ تا ۵	۱۷	۳۰/۳۶	۱۵	۲۶/۷۸
بالای ۵	۸	۱۴/۲۸	۸	۱۴/۲۸
تفریحات خانواده در ماه				
تفریح نمی‌روند	۲۵	۴۴/۶۳	۲۵	۴۴/۶۳
۱ بار	۲۳	۴۱/۰۷	۲۵	۴۴/۶۳
۲ بار	۸	۱۴/۲۸	۶	۱۰/۷۱
مراجعه به پزشک عمومی در خانواده توسط والدین				
۱ بار و کمتر	۱۱	۱۹/۶۴	۹	۱۶/۰۷
۲ بار	۳۸	۶۷/۸۵	۳۷	۶۶/۰۷
بیشتر از ۲ بار	۷	۱۲/۵۰	۱۰	۱۷/۸۵

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلالات روانی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مادران در خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلالات روانی دارای عملکرد نامطلوب‌تری هستند؛ همان‌طور که پژوهش‌های قبلی نشان داد، با وجود اینکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می‌بخشد، چالش‌هایی را نیز به وجود می‌آورد و به همین دلیل استرس‌زاست [۱۱].

جدول ۲: وضعیت کودکان مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
نوع اختلال	۱۹ (۹۲/۳۳) رشدی ۱۴ (۲۵) هیجانی
رتبه تولد	۲۳ (۴۱/۰۷) رفتاری مخرب ۲۳ (۴۱/۰۷) اول ۱۲ (۲۱/۴۲) دوم ۲۱ (۳۷/۰۵) سوم

سؤالات مقیاس بر اساس مقیاس ۵ سطحی لیکرت بوده و نمره‌گذاری معکوس است به این صورت که نمره بالا نشان‌دهنده عملکرد ضعیف خانواده است. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در تحقیقات متعدد ایرانی مورد تایید قرار گرفته است [۱۷، ۱۸]. در جامع‌ترین و آخرین یافته‌ها میزان همسانی درونی پرسش‌نامه بر مبنای آلفای کرونباخ برای حل مشکل ۶۵٪، برای ارتباط ۵۴٪، برای ایفای نقش ۵۱٪، برای پاسخ‌دهی عاطفی و آمیزش عاطفی ۶۸٪، برای کنترل رفتار ۶۴٪ و برای عملکرد کلی ۸۴٪ گزارش شده است [۱۹].

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها که با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت، ضمن کنترل داده‌ها و کدهای مربوطه برای ورود به رایانه، اطلاعات خروجی را به دو روش جداول توزیع فراوانی نشان داده که هر یک طیفی از گزینه‌های مربوطه را در بر دارد و در خصوص مقایسه دو گروه دارای فرزند معلول و گروه شاهد برای عملکرد خانواده از آزمون t گروه‌های مستقل (مقایسه میانگین‌ها) استفاده شد.

یافته‌ها

سن فرزندان در خانواده با اختلالات روانی برابر $8/86 \pm 2/65$ سال و در خانواده با فرزندان سالم برابر $9/06 \pm 2/86$ سال بود. بیشتر فرزندان در مدارس خاص و استثنایی تحصیل می‌کردند یا در مراکز خصوصی (کاردرمانی ذهنی) آموزش می‌دیدند. بررسی وضعیت نوع اختلال نشان داد که بیشتر فرزندان، مبتلا به اختلالات رفتاری مخرب و فرزند اول یا سوم (۷۸٪) بودند و ۷۷٪ فرزندان مبتلا به اختلالات روانی دختران و ۲۳٪ پسران بودند (جدول‌های ۱ و ۲).

بررسی وضعیت عملکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی نشان داد که از مجموع خانواده‌های مورد مطالعه ۶۹/۶۴٪ آن‌ها دچار آسیب در عملکرد و عملکرد ناکارآمد هستند و ۳۰/۳۶٪ نیز عملکرد کارآمد دارند. در مقابل از بین خانواده‌های فرزند سالم تعداد ۳۷/۹۵٪ دچار آسیب در عملکرد و ۶۲/۰۵٪ با عملکرد کارآمد هستند (جدول ۳).

مقایسه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی با خانواده‌های فرزند سالم از نظر عملکرد کلی درون خانواده نشان داد که تفاوت میان دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($p \leq 0/05$).

به عبارت دیگر عملکرد درون خانواده در گروه خانواده سالم به مراتب بهتر از خانواده‌های دارای فرزندان با نیازهای ویژه است. در بررسی مقیاس‌های فرعی عملکرد خانواده ملاحظه شد که در ابعاد همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و عملکرد کلی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت ($p \leq 0/05$). جدول ۴.

جدول ۳: وضعیت عملکرد در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلالات

روانی و خانواده‌های کودکان سالم

وضعیت خانواده	عملکرد خانواده فرزندان	خانواده فرزندان سالم
عملکرد ناکارآمد	۶۹/۶۴	۳۷/۹۵
عملکرد کارآمد	۳۰/۳۶	۶۲/۰۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰

وجود کودک مبتلا به اختلالات روانی در خانواده دارای نیازهای ویژه‌ای است که همه اعضای خانواده را درگیر می‌کند ولی با توجه به اینکه مادر در خانواده بیشترین زمان را در کنار کودکان خود سپری می‌کنند، در نتیجه بیشترین چالش را با فرزندان خود دارند. مادران کودکان دچار معلولیت‌های جسمی و ذهنی و دارای نیازهای ویژه تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند. در برخی مطالعات نیز استرس فرزندپروری با شدت ناتوانی و نوع مشکل [۶] مرتبط دانسته شده است و میزان استرس مادران با شدت ناتوانی کودک پیوند بالایی دارد [۲۰].

جدول ۴: مقایسه عملکرد خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلالات

روانی و خانواده‌های کودکان سالم

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	ارزش سطح معناداری t
حل مشکل اختلالات روانی سالم	۱۲/۵۷ \pm ۲/۸۴ ۱۰/۰۲ \pm ۲/۲۱	۱/۱۲ ۰/۷۳
ارتباط اختلالات روانی سالم	۱۴/۰۴ \pm ۳/۰۱ ۱۱/۵۶ \pm ۲/۶۴	۲/۹۴ ۰/۹۵
نقش اختلالات روانی سالم	۱۱/۳۴ \pm ۲/۳۴ ۱۱/۰۳ \pm ۲/۰۳	۲/۳۲ ۰/۴۸
همراهی عاطفی اختلالات روانی سالم	۱۳/۰۱ \pm ۳/۹۷ ۱۱/۵۵ \pm ۲/۶۲	۰/۹۴ ۰/۰۱
کنترل رفتار اختلالات روانی سالم	۱۷/۲۹ \pm ۳/۱۰ ۱۴/۴۱ \pm ۲/۸۹	۳/۶۵ ۰/۸۴
آزمایش عاطفی اختلالات روانی سالم	۱۵/۵۱ \pm ۳/۰۹ ۱۴/۲۴ \pm ۳/۳۷	۲/۱۵ ۰/۰۰۵
عملکرد کلی اختلالات روانی سالم	۲۹/۳۹ \pm ۴/۸۲ ۲۱/۲۵ \pm ۴/۱۳	۲/۱۵ ۰/۰۰۲
نمره کل اختلالات روانی سالم	۱۱۳/۱۵ \pm ۱۵/۰۴ ۹۴/۰۶ \pm ۱۴/۲۱	۲/۰۹ ۰/۰۰۷

محققان با مقایسه استرس والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، فلج مغزی، اختلالات تحولی، به این نتیجه رسیدند که استرس در والدین کودکانی که اختلال آن‌ها علایم رفتاری بیشتری دارد، بیشتر است [۶].

مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی در این پژوهش از لحاظ سطح سواد کلاسیک پایین‌تر از گروه مادران سالم بودند که با پژوهش/حمیدی و همکاران [۱۸] مبنی بر اینکه مادران فرزندان با نیازهای ویژه از سطح سواد پایین‌تری در مقایسه با سایر مادران هستند همسو است، این می‌تواند به این دلیل باشد که پس از تولد کودک با نیاز ویژه مادران به علت داشتن احساس گناه ناشی از تولد فرزند خاص و ناکام‌ماندن در احساس مادری، مادران خود را وقف فرزندان می‌کنند و از نیازهای خود چشم‌پوشی می‌کنند [۶]. (جملاً این مادران عموماً خانه‌دار بوده و بیشتر نقش مراقبت و پرستاری از فرزند را بر عهده دارند. لذا داشتن فرزند با نیاز خاص در خانواده به عنوان یک عامل بسیار مهم می‌تواند در ازدست‌دادن فرصت‌های فعالیت اجتماعی مادران دارای این فرزندان تاثیرگذار باشد و این به نوبه خود می‌تواند میزان استرس را در این مادران افزایش دهد. همچنین خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلالات روانی از خدمات بهداشتی، پیشگیری و آموزشی کمتری (با توجه به وضعیت جامعه) بهره‌مند هستند و این موضوع ضمن تاثیر بر بروز میزان معلولیت در این خانواده‌ها، موجب افزایش مشکلات خانواده نیز می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه خاص این پژوهش اشاره کرد و همچنین می‌توان به اجرای پژوهش بر فرهنگ و شهر خاص اشاره کرد، این محدودیت‌های پژوهش باعث می‌شوند در تعمیم نتایج پژوهش با احتیاط عمل شود و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روی جامعه‌های مختلف و فرهنگ‌های مختلف اجرا شود.

نتیجه‌گیری

والدین نه‌تنها با مشکل مراقبت از از کودک بیمار مواجهه هستند، بلکه باید از خواهران و برادران کودک بیمار که نسبت به دیگران به میزان بیشتری دچار اختلال یا اختلالات زیرآستانه‌ای هستند مراقبت نمایند، چرا که علاوه بر کودک بیمار، به تدریج خانواده پدر و مادر و سایر فرزندان نیز دچار مشکل می‌شوند و بهزیستی روان‌شناختی در این خانواده‌ها پایین می‌آید.

تشکر و قدردانی

با نهایت تشکر از تمامی مادران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله تعارض منافع ندارند.

شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش معیارهای اخلاقی شامل؛ اصل احترام و رازداری، جلوگیری از افشای اطلاعات بدست آمده آزمودنی‌ها با نام واقعی، اختیار و آزادی آزمودنی‌ها جهت شرکت و یا ترک آموزش، اخذ رضایت نامه کتبی از آزمودنیها رعایت

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه شخصی اجرا شده و از حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی برخوردار نبوده است.

REFERENCES

1. Sartorius T, Weidner A, Dharsono T, Boulter A, Wilhelm M, Schön C. Postprandial effects of a proprietary milk protein hydrolysate containing bioactive peptides in prediabetes subjects. *Nutrients*. 2019;11:1700.
2. Kogel RL. Consistent stress profile in mothers of children with autism. *J Autism Dev Disord*. 2016;22(2):205-16.
3. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology*. 3rd edition. Belmont: Wadsworth; 2020.
4. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2019;60:916-26.
5. Sajedi F, Vameghi R, Alizad V, Malek Khosravi G, Karimloo M, Ravarian A, et al. Is anxiety more common in mothers of children with cerebral palsy?. *J Rehabil*. 2020;11(5):15-20.
6. Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with special needs. *J Res Health Soc*. 2018.
7. Dowdell EB. Caregiver burden: grandmothers raising their high risk grandchildren. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1995;33(3):27-30.
8. Hankin CS. ADT-ID and its impact on the family. *Drug Benefits Trends*. 2020;13:15-6.
9. Sanders JL, Morgan SM. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or down syndrome: implications for intervention. *Child Fam Behav Ther*. 1997;19:15-32.
10. Morris MM. Parental stress and marital satisfaction in families of children with ADHD disorders. *Dissertation abstracts Int*. 2021;61:7-A.
11. Ostberg M. Parental stress, psychosocial problems, and responsiveness in help seeking parents with small (2-45 months old) children. *Acta Paediatr*. 2019;87(1):69.
12. Baxter CA, Lotspeich LJ, Spiker D, Martin J L, Grether JK, Hallmayer JF. Brief report: effect of maternal age on severity of autism. *J Autism Dev Disord*. 2017;37:976-982.
13. Bhavnagri N. Low income African American mothers' parenting stress and instructional strategies to promote peer relationships in preschool children. *Early Educ Dev*. 1999;10:551-71.
14. Kazdin AE, Mazurick JL, Bass D. Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *J Clin Child Psychol*. 1993;22(1):2-16.
15. Habibi Asgarabad M, Rashidi A, Motovalipour A. Parenting stress in mothers of exceptional children versus those of normal children. *RBS*. 2019;7(2):175-81. [Persian]
16. Hedov G, Anneren G, Wikblad K. Self- perceived health in Swedish parents of children with Down syndrome. *Qual Life Res*. 2000;9(4):415-22.
17. Sanae Zaker B. *Family and marriage scale*. Tehran: Besat publishing Co; 2019.
18. Ahmadi KH, Khodadadi G, Akhavi Z, Anisi J. Faction of families with disabled children. *J Behav Sci*. 2013;6(4):331-7. [Persian]
19. Ahmadi KH, Khodadadi G, Anisi J, Abdolmohammadi E. Problem of families with disabled children. *J Mil Med*. 2011;12(1):90-5.
20. Fidler DJ, Hodapp RM, Dykens EM. Stress in families of young children with Down syndrome, Williams syndrome, and Smith-Magenis syndrome. *Early Educ Dev*. 2000;11(4):395-406.