

بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با استرس ادراک شده مادران دارای فرزند مبتلا

به اختلال روانی در بیمارستان های منتخب شهر تهران

رضوانه منظور^۱، طیبه جمشیدی^۲، گل ناز وحیدی^۳، آرزو نیستانی^۴، محمد حسینی^۵، الهام منصوریان^۶، مریم کامکار^۷، سحر سادات نظم بجنوردی^۸

۱. کارشناسی ارشد روان پرستاری، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول).
۲. کارشناسی ارشد روان پرستاری، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۴. کارشناس ارشد مشاوره، بخش اعصاب و روان زنان بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۵. دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۶. کارشناس پرستاری، مدیریت بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۷. کارشناس پرستاری، سرپرستار بخش اعصاب و روان زنان بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۸. دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

فصلنامه راهبردهای نو در روان شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۴۶-۵۶

چکیده

شواهد نشان می دهد مادران نقش تعیین کننده تری در توانمند کردن کودکان مبتلا به اختلال روانی مزمن دارند، پژوهش حاضر به بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با استرس ادراک شده مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان های منتخب شهر تهران سال ۱۳۹۷ پرداخته است. در این پژوهش توصیفی-همبستگی تعداد ۱۹۴ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف از بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها "پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران"، و "پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک" بود. پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات وارد نسخه ی ۲۲ نرم افزار SPSS شده و از آمار توصیفی و تحلیلی شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید. یافته های این پژوهش نشان داد میانگین استرس ادراک شده $(29/26 \pm 4/62)$ در سطح متوسط قرار دارد. در راستای تعیین همبستگی بین مشخصات دموگرافیک و متغیرهای پژوهش، یافته ها نشان داد بین مدت بیماری و سن کودک با نمره استرس همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد بدین صورت که هر چه سن کودک افزایش یابد میزان استرس مادران افزایش می یابد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر در خصوص میزان استرس ادراک شده وجود همبستگی معنی دار بین متغیرهای استرس ادراک شده با متغیرهای روان شناختی، توجه به اهمیت سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روان آنان، ارزیابی و تعیین سطح سلامت روان این گروه از مادران به لحاظ طراحی برنامه های آموزشی و معرفی و ارجاع به نهادهای حمایتی و همچنین آموزش دانشجویان و کارکنان بهداشتی به منظور روشن سازی شرایط و چالش های موجود برای این دسته از مادران ضروری به نظر رسیده و می تواند موجب ارتقای سلامت روان و سایر فاکتورهای مرتبط با آن گردد.

واژه های کلیدی: استرس ادراک شده، جمعیت شناختی، اختلال روانی، مادران.

مقدمه

طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی (WHO) اختلالات روانی یکی از ۱۰ علت اصلی ناتوانی در افراد بین ۱۵ تا ۴۴ ساله هستند و علل دیگر ناتوانی اغلب با اختلالات روانی مرتبط می‌باشند. تحقیقات گذشته‌نگر و آینده‌نگر نشان داده‌اند که بیشتر اختلالات روانی بزرگسالان در دوران کودکی و نوجوانی آغاز می‌شود (میریکانگاس، ناکامورا و کسلر^۱، ۲۰۰۹). بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)، شیوع اختلالات رفتاری در کودکان سنین ۳ تا ۱۵ سال در کشورهای توسعه‌یافته ۵ تا ۱۵ درصد می‌باشد که این میزان در کشورهای در حال توسعه هم گزارش شده است. شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان چینی در پسران ۱۲/۵ درصد و در دختران ۸/۳ درصد، در امارات متحده عربی بر اساس فرم والدین ۱۱/۸ درصد و در کشور پاکستان ۹/۸ درصد گزارش گردید. در ایران میزان شیوع اختلالات رفتاری در تهران، استان فارس، ایلام، ساری و شهرکرد به ترتیب ۲۰/۳، ۲۴/۴، ۵/۵، ۲۴/۹ و ۴۱/۲ درصد گزارش شده است. این میزان در پسران بیش از دختران، در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری و در پایه سوم ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌ها گزارش شده است (قائم و همکاران، ۱۳۹۷).

در هر اختلال مزمن، پس از مراجعه به پزشک و انجام معاینه‌ها و آزمایش‌های متعدد زمانی که اختلال تشخیص داده می‌شود، شرایط پر از درد و رنج برای خانواده به وجود می‌آید و خانواده را به شدت تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. واکنش‌های اولیه والدین به این مسئله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطرافشان دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسئله و کنار نیامدن با آن و یا پیگیری شدید برای درمان، متفاوت هستند (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۰). تولد و حضور یک کودک مبتلا به اختلالات رشدی اغلب منجر به استرس و چالش برای کل خانواده کودک می‌شود. خانواده‌ها در روند پرورش کودک با اختلالات رشدی، مجبور به مقابله با هزینه‌های اقتصادی و مالی زیادی هستند درحالی‌که باید نیازها و انتظارات دیگر اعضای خانواده را نیز فراهم نمایند. این خانواده‌ها اغلب با تعارض اجتماعی و انزوا مواجه می‌شوند (فایندلر، جاکوبی و گابیس^۲، ۲۰۱۶). همچنین تشخیص گذاری ناتوانی در کودک رویای والدین از یک کودک عالی و ایده آل را نابود کرده و موجب احساس غم و اندوه و آسیب روحی و روانی می‌شود (جان، زاپاتا و روبلیر^۳، ۲۰۱۷).

همچنین شواهد نشان می‌دهد که مادران بیش‌تر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر کودک قرار می‌گیرند، زیرا نیازها و مراقبت‌ها بیش‌تر توسط مادر برآورده می‌شود. نیازهای مراقبتی اضافی و غیرمعمول کودکان، عامل پیش‌بینی کننده مهم استرس در مادران است و کودکان با ناتوانی‌های مختلف، سطوح متفاوتی از استرس در مادرانشان ایجاد می‌کنند. منابع استرس در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال مزمن را به این شرح ذکر کرده اند: ۱- نیازهای مراقبتی کودک ۲- محدودیت‌های جسمانی و ویژگی‌های رفتاری او ۳- مشکلات خانوادگی به علت وجود کودک دارای مشکل ۴- نگرانی‌های والدین از لیاقت و شایستگی فرزند در آینده. این عوامل استرس بالای مادران را در پی دارد (وامقی و همکاران، ۲۰۱۵).

استرس به‌طور قابل‌توجهی کیفیت زندگی در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

¹Merikangas, Nakamura, & Kessler

² Findler, Jacoby, & Gabis

³ (John & Zapata Roblyer

همراه با طیف وسیعی از پیامدهای بهداشتی، از جمله افزایش خطر وقوع حوادث قلب و عروقی، سندرم‌های متابولیک و مرگ‌ومیر، استرس همچنین می‌تواند منجر به بیماری‌های روانی شود که باری برای فرد است و می‌تواند موجب زیان‌های جدی با پیامدهای اجتماعی گردد (نیلسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

استرس به واسطه حوادثی که تصور می‌شود غیرقابل کنترل و تهدیدکننده هستند، تولید می‌شود. به عنوان مثال در شرایطی که در یک‌زمان برای فرد تقاضاها بالا و ادراکات کنترل او پایین باشد احتمال ایجاد استرس بیشتر وجود دارد؛ بنابراین، مهم است، توجه داشته باشیم که درک یک زن از نقش او در کار و خانواده ممکن است پیش‌بینی کننده استرس بالاتری نسبت به تعداد واقعی تقاضاها باشد. به طور خاص، شرایطی که با کاهش ادراک کنترل همراه هستند (به عنوان مثال، ناامیدی از نقش والدینی، نارضایتی از مراقبت از کودکان) به احتمال زیاد باعث افزایش استرس می‌شود درحالی‌که داشتن منابع مناسب برای مقابله با استرس (به عنوان مثال، توانایی بالا، حمایت‌های خانواده) ممکن است اثرات نامطلوب سلامتی استرس را کاهش دهند (مایلی و مک آیولی^۲، ۲۰۱۴). فرزندان که از نظر جسمی یا ذهنی ناتوان هستند، استرس خاصی را بر والدین، به ویژه مادر، تحمیل می‌کنند. عواملی مانند ویژگی‌های کودک، روابط بین زن و شوهر، رابطه کودک با والدین و ویژگی‌های محیطی در استرس والدین نقش تعیین کننده دارند (دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰).

استرس مادران به عنوان یک مجموعه پیچیده از چالش‌های مداوم، قابل توجه و غیراختصاصی، در ارتباط با یکی از مهم‌ترین نقش‌های مادران - مراقبت از فرزند- است. هنگامی که یک مادر فکر می‌کند که او دیگر نمی‌تواند با وضعیت مقابله کند، دچار استرس می‌شود (پوزو و ساریا^۳، ۲۰۱۴). در پژوهش‌هایی در مورد اثر حضور کودک معلول در خانواده و استرس مادران آن‌ها، مادران کودکان کم توان ذهنی دارای استرس و بحران‌هایی روانی بودند و وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (سلیمانی کاجی و همکاران، ۱۳۹۵). والدینی که استرس بیشتری دارند، در برخورد با کودکانشان از الگوی تعاملی منفی تری برخوردار هستند. در واقع استرس بالای والدین باعث تحول اجتماعی-هیجانی ضعیف کودکانشان می‌شود. همچنین هر چه استرس والدین بیشتر باشد، مشکلات رفتاری کودکانشان نیز بیشتر می‌گردد (دوست زاده و همکاران، ۱۳۹۵). در این راستا گائو^۴ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی هوشی مرتبط با اوتیسم، نسبت به مادران کودکان عادی، مشکلات خانوادگی بیشتری داشتند، همچنین نتایج پژوهش دورماز^۵ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که چون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی بیشتر وقت خود را با مادران سپری می‌کنند، مادران سطح بالاتری از استرس را نسبت به پدران دارند. بسته به اینکه چگونه یک واقعه یکسان زندگی به طریق روان‌شناختی برای فرد تفسیر می‌شود، عواقب عاطفی و جسمی آن متفاوت است (لیویس، هرتزوغ، اسلاویچ، بارت و بارسالو^۶،

¹ Nielsen

² Mailey & McAuley

³ Pozo & Sarriá

⁴ Gau

⁵ Durmaz

⁶ Lebois, Hertzog, Slavich, Barrett, & Barsalou

(۱۳۹۵). صادقان و همکاران بیان می‌کنند مادران کودکان کم‌توان ذهنی به‌عنوان مراقبین اولیه، به سهولت دچار استرس بیش‌ازحد ناشی از درخواست‌های کودک و نگهداری از او می‌گردند و بدیهی است استرس باعث تغییرات روان‌شناختی مانند افزایش تحریک‌پذیری، اضطراب، تنش، عصبانیت و ناتوانی در مهار خود و ایفای نقش مادری می‌شود (صادیقان، محمدی و شمایی، ۱۳۹۶). استرس تعاریف فراوانی دارد، اما همه آن‌ها وجهی مشترک دارند: استرس فرآیندی است که خواسته‌ها از ظرفیت یک ارگانیسم فراتر رفته و منجر به تغییرات روانی و بیولوژیکی می‌شود که می‌تواند افراد را در معرض خطر قرار دهد، علاوه بر آن، مهم‌تر از استرس به‌خودی‌خود، ارزیابی فرآیند استرس توسط فردی است که در حال گذر از آن است، که به‌اصطلاح استرس ادراک‌شده شناخته می‌شود (لیبویس و همکاران، ۲۰۱۶).

تا به امروز، تحقیقات به‌طور عمده استرس درک شده را به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده، به‌خصوص، به‌عنوان پیش‌بینی کننده نتایج منفی سلامت بررسی کرده‌اند. آگاهی از فاکتورهایی که پیش‌بینی کننده استرس ادراک‌شده هستند ضروری می‌باشد که این عوامل به‌طور بالقوه شامل فرآیندهای شناختی، عاطفی و ذهنی است. هنگامی که این عوامل پیش‌بینی کننده شناسایی شوند، می‌توانند بر نحوه ادراک استرس ناشی از آن مؤثر باشند و می‌توانند در جهت مداخلاتی که آن را کاهش می‌دهد مورد استفاده قرار گیرند. استرس درک شده با پیامدهای منفی سلامتی و همچنین با نشانگرهای بیولوژیکی مختلف تنش مانند کوتاه شدن تلومر و کاهش ماده خاکستری هیپوکامپ همراه است (لیبویس و همکاران، ۲۰۱۶).

برخلاف توجه و اهمیتی که در سال‌های اخیر به مقوله‌ی اثرات نامطلوب مشکلات سلامتی کودکان برای عملکرد روانی والدین و به‌ویژه مادران، معطوف گردیده است، کمبود پژوهش پیرامون این موضوع به‌روشنی به چشم می‌خورد. با در نظر گرفتن این نکته که خانواده به‌عنوان یک سیستم تعاملات اجتماعی، وابسته به الگوها و نقش‌هایی است که بین اعضای خانواده وجود دارد و به‌طور طبیعی، اعضای خانواده از لحاظ عاطفی به یکدیگر متصل می‌شوند و از آنجایی که مادران نقش تعیین‌کننده‌تری در توانمند کردن کودکان مبتلا به اختلال روانی مزمن دارند بنابراین با توجه به مطالب عنوان‌شده، در پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای این سؤال هستیم که آیا بین استرس ادراک‌شده با ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال روانی همبستگی وجود دارد یا خیر؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۳۹۷ می‌باشد. در این پژوهش، نمونه پژوهش، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران شامل بیمارستان‌های روان‌پزشکی از قبیل بیمارستان امام حسین (ع)، بیمارستان مفید، مرکز آموزشی درمانی حضرت علی‌اصغر (ع) است، که بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند. مادران منتخب دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده‌شده بودند. توانایی خواندن و نوشتن داشتند. خود مادر دارای اختلال روانی تشخیص داده‌شده نبودند و سابقه بستری در بخش روان نداشتند. پرسشنامه‌های ناقص تکمیل‌شده یا مخدوش از روند پژوهش خارج گردیدند. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف بود و شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به

اختلال روانی مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران سال ۱۳۹۷ می باشد. حداقل تعداد نمونه لازم با استفاده از رابطه زیر ۱۶۵ نفر محاسبه شد:

$$n \geq \left[\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{0.5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]} \right] + 3$$

پس از تصویب طرح پیشنهادی و اخذ معرفی نامه از معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و دریافت مجوز از کمیته اخلاق با مراجعه به بیمارستان های منتخب شهر تهران، ضمن ارائه ی معرفی نامه ی دانشگاه و طی مراحل اداری، اجازه ی انجام پژوهش گرفته شد. سپس با مراجعه به بخش روان اطفال و درمانگاه های روان پزشکی جمع آوری داده ها با ارائه ی پرسشنامه به مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روان پزشکی و واجد معیارهای ورود به پژوهش و ارائه توضیحات لازم پیرامون تحقیق به آنان و گرفتن رضایت کتبی از آنها ضمن توضیح اهداف پژوهش انجام گرفت. در مدت زمان ۶ ماه تعداد ۱۲۰ پرسشنامه در مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)، ۶۵ پرسشنامه در بیمارستان مفید و تعداد ۳۵ پرسشنامه در مرکز درمانی علی اصغر تکمیل شده که از مجموع ۲۲۰ پرسشنامه تکمیل شده تعداد ۲۶ عدد به دلیل ناقص بودن از روند پژوهش حذف گردید.

ابزار

الف) اطلاعات دموگرافیک: پرسشنامه ی اطلاعات دموگرافیک که شامل ۱۰ سوال در مورد سن مادر، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه ابتلا مادر به بیماری روان و یا بستری در بخش روان، وضعیت اشتغال خود و همسر، سن کودک تشخیص اختلال کودک، مدت زمان ابتلا کودک می باشد.

ب) پرسشنامه استاندارد استرس ادراک شده کوهن و همکاران: پرسشنامه استرس ادراک شده، توسط کوهن و همکاران، ۱۹۸۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۴ گویه است با یک مقیاس لیکرت چهاردرجه ای (هرگز تا خیلی زیاد) و هر ماده دارای ارزشی بین ۰ تا ۴ است، با سؤالاتی مانند: (در طول ماه گذشته تا چه اندازه به دلیل پیش آمدن مسئله ای که انتظارش را نداشته اید، ناراحت شده اید؟ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده اید که مشکلات آن قدر روی هم جمع شده اند که نمی توانید از عهده آنها برآید؟) استرس ادراک شده را می سنجد. پرسشنامه تک مؤلفه ای است. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۵۶ است. نمره بین ۰ تا ۱۸ (میزان استرس ادراک شده پایین)؛ نمره بین ۱۸ تا ۳۶ (میزان استرس ادراک شده در حد متوسط) و نمره بالاتر از ۳۶ (استرس ادراک شده در حد بالا). روایی پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران در پژوهش (سعادت و همکاران، ۱۳۹۴) و همچنین روایی سازه ای پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز در پژوهش عبادی و معتمد توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. پرسشنامه مقیاس رفتاری گیلبرت و آلن^۱ توسط پژوهشگران با استفاده از دو گروه نمونه شامل دانشجویان و افراد مبتلا به اختلال افسردگی روایی مقیاس را مطلوب ارزیابی کردند.

¹ Gilbert & Allan

به منظور تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها در این پژوهش، روایی صوری و روایی محتوای آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت به این صورت که جهت تعیین روایی محتوا پرسشنامه‌ها پس از تأیید مقدماتی توسط اساتید راهنما و مشاور در اختیار ۱۰ نفر صاحب نظر شامل اساتید پرستاری قرار گرفته و از لحاظ معیارهای مربوط بودن، شفاف بودن، ساده بودن و ضروری بودن بررسی شد. همچنین جهت تعیین روایی صوری نیز، سوال‌ها از لحاظ ظاهر و تناسب آن‌ها با هدف توسط ۱۰ نفر از اساتید و همچنین ۱۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال روانی مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس نظرات آنان اصلاحات لازم صورت پذیرفت. جهت تعیین روایی محتوا طبق نظرات اساتید با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه‌ها، نیاز به اصلاح خاصی ذکر نشد. در جهت تعیین روایی صوری نیز نظری از طرف اساتید و مادران مبنی بر عدم تناسب پرسشنامه‌ها از نظر ظاهر و تناسب با هدف پژوهش گزارش نگردید. پایایی پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران در پژوهش (سعادت و همکاران، ۱۳۹۴) از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نسخه‌ی ۲۲ نرم‌افزار SPSS شده و از آمار توصیفی و تحلیلی (شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چندگانه) جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

طرح تحقیق حاضر کمیته اخلاق سازمانی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1397.58 تصویب شده است. توضیحات لازم برای شرکت‌کنندگان در مورد هدف پژوهش ارائه شد. رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از شرکت‌کنندگان کسب شد و به شرکت‌کنندگان درباره‌ی حفظ حریم خصوصی، محرمانه ماندن اطلاعات و حفظ گمنامی آنان اطمینان داده شد. شرکت‌کنندگان حق انصراف به شرکت‌کنندگان در هر یک از مراحل پژوهش را داشتند.

یافته‌ها

نمونه اخذ شده حاوی داده‌های مربوط به ۱۹۴ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های روانی است. با توجه به حجم نمونه ۱۸۰ نفری که با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه به دست آمده بود و با احتساب ضریب ریزش ۱۰٪ که برای نمونه‌گیری در نظر گرفته شد، این نمونه ۱۹۴ نفری به دست آمد. میانگین سنی مادران شرکت‌کننده 38.69 ± 5.94 سال بود و بازه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۵۵ سال بود. میانگین سنی فرزندان ۱۰،۱۴ با انحراف معیار ۳،۶۹ سال بود (۲-۱۹ سال). از تشخیص قطعی بیماری فرزندان ۳،۸۳ سال با انحراف میانگین ۲،۹۷ سال گذشته بود. توزیع فراوانی رسته‌های متغیرهای میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل و سابقه اختلالات روانی مادر و میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال پدر در جدول ۱ به نمایش در آمده است.

جدول ۱. میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل و سابقه اختلالات روانی مادر و میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال پدر در مادران دارای

فرزند مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

متغیر	فراوانی	درصد
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	۴۲
	دیپلم	۸۲
	تحصیلات دانشگاهی	۶۶
شغل مادر	خانه‌دار	۱۲۴
	شاغل	۴۸
وضعیت تاهل مادر	بیوه	۸
	مطلقه	۱۶
	متاهل	۱۶۵
سابقه اختلال روانی مادر	خیر	۱۸۵
	بله	۸
تحصیلات پدر	کمتر از دیپلم	۵۶
	دیپلم	۶۸
	تحصیلات دانشگاهی	۶۴
شغل پدر	بیکار	۱۶
	آزاد	۱۱۵
	دولتی	۵۵

همچنین، توزیع فراوانی اختلالات روانی کودکان در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی اختلالات روانی کودکان در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی

اختلال	فراوانی	درصد
اوتیسم	۱۸	۹۵۲
اختلال خوردن	۴	۲۰۱۲
ناخوانی ذهنی	۴	۲۰۱۲
ADHD	۸۴	۴۴۲۴
اختلال یادگیری	۳۴	۱۷۹۹
دیگر اختلالات	۴۵	۲۳۸۱

علاوه بر این، ۱۱۷ (۶۲/۲ درصد)، ۵۷ (۳۰/۳ درصد) و ۱۴ (۷/۵ درصد) کودک به ترتیب اولین، دومین یا سومین کودک متولد شده در خانواده بوده‌اند، و ۶۹ نفر (۳۵/۹ درصد) از مادران دارای یک فرزند، ۹۵ نفر (۴۹/۵ درصد) دارای دو فرزند و ۲۸ نفر (۱۴/۶ درصد) از مادران دارای بیش از دو فرزند بوده‌اند. نهایتاً ۱۱۴ نفر (۵۹/۴ درصد) از مادران میزان درآمد خانواده خود را کافی دانسته‌اند و ۱۷۳ نفر (۹۱/۱ درصد) از آن‌ها تحت پوشش بیمه قرار داشته‌اند. توزیع فراوانی نمره استرس و درصد افراد دارای استرس متوسط و بالا در جدول ۳ به نمایش درآمده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی نمره استرس ادراک شده مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی

نمره استرس	تعداد مشاهدات	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه
نمره استرس	۱۸۹	۲۹٫۲۶	۴٫۶۲	۴۴	۱۹

از بین این مادران، ۱۷۲ نفر دارای نمره استرس متوسط (۹۱٪) و ۱۷ نفر دارای نمره استرس بالا بودند (۹٪).

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین نمره استرس با مشخصات دموگرافیک و مقادیر p -value متناظر با آن‌ها (در سطر پایین) در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی

استرس	
۰,۰۸۱	سن مادر
۰,۹۱	
۰,۱۶	سن کودک
۰,۰۲	
۰,۱۷	طول مدت بیماری
۰,۰۲	

در هر خانه جدول، مقدار بالایی نشان‌دهنده همبستگی و مقدار پایینی نشان‌دهنده معناداری است، همبستگی‌های معنادار که دلالت بر معناداری کمتر از ۰/۰۵ دارند، بین سن کودک و نمره استرس یک همبستگی معنادار مثبت وجود دارد. لذا هر چه سن کودک بیشتر شود میزان استرس افزایش می‌یابد. بین طول مدت بیماری و نمره استرس نیز یک همبستگی معنادار مثبت وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین استرس ادراک شده و ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۳۹۷ انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که میزان استرس ادراک شده در ۱۷۲ (۹۱/۰۱٪) مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی در سطح متوسط و در تعداد کمتری از جامعه آماری (۱۷ نفر، ۸/۹۹٪) در سطح بالا قرار داشت. در پژوهش حاضر با توجه به هدف پژوهش، تعیین میزان استرس ادراک شده در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۳۹۷ نتایج حاصله از مطالعه نشان داد که میانگین استرس ادراک شده مادران ۲۹/۲۶ با انحراف معیار ۴/۶۲ بوده که با توجه به نمرات پرسش‌نامه در محدوده استرس متوسط (۱۸-۳۶) قرار دارد. هم‌راستا با این پژوهش، در مطالعه غنیمی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان نقش میانجی گر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتسم یافته‌ها نشان داد که میزان استرس ادراک شده به دست آمده با میانگین ۲۸/۰۱ و انحراف معیار ۷/۷۸ در سطح متوسط قرار دارد.

همچنین صادقین و همکاران (۱۳۹۶) و سلیمانی کاجی و همکاران (۱۳۹۵) بیشترین تعداد مادران را دارای استرس متوسط و کمترین تعداد را دارای استرس خفیف گزارش کردند. این در حالی است که در مطالعه استوی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداری مادران کودکان با اختلال طیف اُتسم و عادی یافته‌ها نشان داد که میزان استرس ادراک شده به دست آمده در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتسم (میانگین ۴۴/۵۷ و انحراف معیار ۳/۴۳)، برخلاف پژوهش حاضر، در سطح بالا قرار دارد. حال آنکه در مطالعه نصیری ولیک بنی و عبدالملکی (۱۳۹۵) با تحقیق بر روی زنان شاغل سرپرست خانوار شهر سمنان، میزان استرس ادراک شده را در سطح پایین (میانگین نمره استرس ادراک شده ۷/۳۵ با انحراف معیار ۹/۶۹) گزارش کردند.

بررسی همبستگی بین مشخصات دموگرافیک با استرس ادراک شده مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران سال ۱۳۹۷ تحلیل داده‌ها نشان داد بین سن مادر و نمره استرس یک همبستگی وجود دارد که مثبت و معنادار

است، لذا هر چه سن مادر بیشتر شود میزان استرس افزایش می‌یابد و همچنین بین سن کودک و نمره استرس همبستگی وجود دارد که مثبت و معنادار است، لذا هر چه سن کودک بیشتر شود میزان استرس افزایش می‌یابد. البته میزان قدرت این همبستگی‌ها چندان زیاد نیست. در بررسی مطالعات پیشین یافته‌ها نشان داد برخلاف پژوهش حاضر در پژوهش کلاگری و همکاران (۱۳۸۱) با عنوان میزان استرس کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گرگان و رابطه آن با برخی از عوامل مرتبط، استرس با سن و سابقه کار ارتباط معنی‌دار و همبستگی معکوس دارد به‌طوری‌که با افزایش سن و سابقه کار، میزان استرس کمتر می‌شود. همچنین در مطالعه علی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) با هدف تعیین میزان اضطراب، استرس، افسردگی و نقش متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی‌عصر شهر فسا در سال ۱۳۹۳ یافته‌ها نشان داد بین سن و میزان افسردگی رابطه معنی‌داری وجود داشته؛ اما بین میزان افسردگی، اضطراب، استرس با میزان تحصیلات، جنسیت افراد و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری نبود.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میزان استرس ادراک‌شده در سطح متوسط قرار دارد. یافته‌های پژوهش بیانگر این نکته است که توجه به اهمیت سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روان و همچنین ارزیابی و تعیین سطح سلامت روان این گروه از مادران به لحاظ طراحی برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای آن‌ها و معرفی و ارجاع به نهادهای حمایتی و همچنین آموزش دانشجویان و کارکنان بهداشتی به‌منظور روشن‌سازی شرایط و چالش‌های موجود برای این دسته از مادران ضروری به نظر رسیده و می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روان و سایر فاکتورهای مرتبط با آن گردد. با توجه به اهمیت سلامت روان مادران به‌ویژه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روان، آموزش دانشجویان و کارکنان بهداشتی به‌منظور روشن‌سازی شرایط و چالش‌های موجود برای این دسته از مادران ضروری به نظر می‌رسد. همچنین استفاده از متخصصین آموزش پرستاری به‌ویژه روان پرستاران به‌منظور طراحی برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازها و شرایط با توجه به گروه هدف نیز ضروری به نظر می‌رسد. همچنین از نتایج این پژوهش می‌توان به وجود چالش‌های موجود در زمینه سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال روان پی برد.

منابع

- تکلوی، س؛ فرشی، الف. (۱۳۹۶). مقایسه سطوح خودانتقادی، استرس ادراک‌شده، عاطفه مثبت و منفی در مادران دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۷(۲)، ۲۶-۷
- دوستزاده، م؛ همتی علمدارلو، ق؛ شجاعی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ی بهنگام خانواده -محور بر نشانگان استرس مادران کودکان با آسیب شنوایی. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۱)، ۸۱-۹۳
- دهقانی، ی. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵(۱۳۵)، ۸۷-۹۸
- دهکردی، م؛ کاکوجویباری، ع؛ محتشمی، ط؛ یکتاخواه، سرور. (۱۳۹۰). میزان استرس در مادران کودکان ناهنجار، کم شنوا و سایر کودکان استثنایی. دو ماه نامه شنوایی شناسی، ۲۰(۱)، ۱۲۸-۱۳۶
- ریاحی، م؛ علیوردی نیا، الف؛ بنی اسدی، م. (۱۳۸۷). بررسی اثرات دین داری و جهت گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۵(۲)، ۹۰-۵۱

- سلیمانی کاجی، ز؛ بخشایش، ع؛ فلاح یخدانی، م. (۱۳۹۵). پیش بینی استرس ادراک شده مادران دارای فرزند عقب مانده ی ذهنی بر پایه جهتگیری مذهبی درونی و بیرونی. ویژه نامه سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۲(۱۸)، ۵۶۹-۵۶۲.
- صادقان، ع؛ محمدی، ز؛ شمسایی، ف. (۱۳۹۶). ارتباط استرس با الگوهای ارتباطی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۵(۳)، ۵۷-۶۴.
- علی عسگری زهره، قمرانی امیر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر احساس گرفتاری مادران کودکان بیش فعال. مجله مطالعات ناتوانی، ۷(۱)، ۳۱-۳۱.
- علیپور، ر؛ ابراهیمی، ع؛ امیدی، ر؛ هدایتی، الف؛ رنجبر، ح؛ حسین پور، س. (۱۳۹۴). افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی عصر دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۹۳. مجله علمی پژوهان، ۱۳(۴)، ۵۹-۵۱.
- غنیمی، ف؛ دانش، ع؛ دادخواه، الف؛ تقی لو، ص. (۱۳۹۷). نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اتیسم. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی، ۲(۴۶)، ۲۶۳-۲۴۳.
- قائم، ه؛ افراشته، س؛ نامی نظری، ل؛ کارگریان، ص؛ نجات الهی، ر. (۱۳۹۷). بررسی شیوع اختلالات رفتاری و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان دشتستان، ۱۳۹۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۵(۲)، ۱۴۲-۱۵۱.
- کلاگری، ش؛ ثناگو، الف؛ میرکیمی، ف؛ بهنام پور، ن؛ (۱۳۸۱). میزان استرس کارکنان اتاق عمل بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گرگان و رابطه آن با برخی از عوامل مرتبط. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۴(۱۰)، ۵۹-۵۴.
- نصیری ولک بنی، ف؛ عبدالملکی، ش. (۱۳۸۵). تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار شهر سمنان. جامعه شناسی کاربردی، ۴(۶۴)، ۹۹-۱۱۶.
- وامقی، ر؛ امیرعلی اکبری، ص؛ ساجدی، ف؛ سجادی، ح؛ علوی مجد، ح؛ حاجی قاسمعلی، س. (۱۳۹۴). مقایسه استرس و حمایت اجتماعی درک شده مادران کودکان ۶ تا ۱۸ ماهه با تأخیر تکاملی و تکامل طبیعی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۲۱(۳)، ۸۷-۷۴.
- Baptista, J., Moutinho, V., Mateus, V., Guimarães, H., Clemente, F., Almeida, S., ... & Soares, I. (2018). Being a mother of preterm multiples in the context of socioeconomic disadvantage: perceived stress and psychological symptoms. *Jornal de pediatria*, 94, 491-497.
- Durmaz, A., Cankaya, T., Durmaz, B., Vahabi, A., Gunduz, C., Cogulu, O., & Ozkinay, F. (2011). Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings. *The Indian Journal of Pediatrics*, 78(6), 698-702.
- Findler, L., Jacoby, A. K., & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in developmental disabilities*, 55, 44-54.
- Gau, S. S.-F., Chou, M.-C., Chiang, H.-L., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J., & Wu, Y.-Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263-270.
- John, A., & Zapata Roblyer, M. (2017). Mothers parenting a child with intellectual disability in urban India: An application of the stress and resilience framework. *Intellectual and developmental disabilities*, 55(5), 325-337.
- Lebois, L. A., Hertzog, C., Slavich, G. M., Barrett, L. F., & Barsalou, L. W. (2016). Establishing the situated features associated with perceived stress. *Acta psychologica*, 169, 119-132.
- Lovell, B., & Wetherell, M. A. (2016). Behaviour problems of children with ASD and perceived stress in their caregivers: The moderating role of trait emotional intelligence?. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 28, 1-6.
- Mailey, E. L., & McAuley, E. (2014). Physical activity intervention effects on perceived stress in working mothers: The role of self-efficacy. *Women & health*, 54(6), 552-568.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7.
- Nielsen, M. G., Ørnboel, E., Vestergaard, M., Bech, P., Larsen, F. B., Lasgaard, M., & Christensen, K. S. (2016). The construct validity of the Perceived Stress Scale. *Journal of psychosomatic research*, 84, 22-30.

- Pozo, P., & Sarriá, E. (2014). Prediction of stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *The Spanish journal of psychology*, 17.
- Ugwoke, S. C., Eseadi, C., Igbokwe, C. C., Chiaha, G. T., Nwaubani, O. O., Orji, C. T., ... & Abugu, L. I. (2017). Effects of a rational-emotive health education intervention on stress management and irrational beliefs among technical college teachers in Southeast Nigeria. *Medicine*, 96(31).
- Vameghi, R., Amir Aliakbari, S., Sajedi, F., Sajjadi, H., Alavimajd, H., & Hajighasemali, S. (2015). Comparison of stress and perceived social support in mothers of 6-18 month-old children with and without developmental delay. *Journal of hayat*, 21(3), 74-87.
- Zakiei, A., Karami, J., Alikhani, M., Ghasemi, S. R., & Gilan, N. R. (2021). The relationship between alexithymia, irrational beliefs, positive and negative emotions with mental disorders. *Hormozgan Medical Journal*, 18(5), 392-402.