

ارتباط تاب‌آوری با بار مراقبتی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی استان گلستان در سال ۱۳۹۵

فاطمه حسن‌زاده^۱، حمید حجتی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: وجود کودک کم‌توان ذهنی، گاهی بر هم‌زنده سلامت روانی خانواده است و سبب آسیب جدی به والدین می‌گردد. بررسی و توجه به وضعیت سلامت روانی والدین کودکان استثنایی با توجه به بارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از مراقبت و افزایش بار مراقبتی در خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی، ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. نمونه‌های پژوهش را ۲۰۰ نفر از والدین دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی استان گلستان در سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) یا Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) و مقیاس بار مراقبتی (Caregiver Burden Scale) Elmstahl استفاده گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS و در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تاب‌آوری والدین کودکان کم‌توان ذهنی، $17/27 \pm 51/86$ و بار مراقبتی آنان $14/27 \pm 56/89$ بود. بر اساس آزمون رگرسیون خطی ساده، بین تاب‌آوری و بار مراقبتی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد [$(-4/2)$ تا $(-8/1)$ - CI] Confidence interval = -6 (۹۵ درصد، $P < 0/10$ ، $Beta = 0/39$ ، $B = 0/32$)؛ به طوری که به ازای هر یک درجه کاهش تاب‌آوری، میزان بار مراقبتی $0/3$ نمره بیشتر شد.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر، میزان بار مراقبتی بالاتر و تاب‌آوری پایین‌تر از حد متوسط بود و با کاهش میزان بار مراقبتی، می‌توان تاب‌آوری والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را افزایش داد. از میان متغیرهای پیشگویی کننده، تأثیر میزان درآمد بر بار مراقبتی از سایر متغیرها در والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی به میزان بیشتری مشهود بود که این امر نشان‌دهنده این است که با بالا بردن سطح درآمد و رفاه اقتصادی، می‌توان بار مراقبتی را کاهش و تاب‌آوری را افزایش داد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که تمهیدات اقتصادی و مشاوره لازم در جهت کاهش میزان بار مراقبتی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، بار مراقبتی، کم‌توان ذهنی

ارجاع: حسن‌زاده فاطمه، حجتی حمید. ارتباط تاب‌آوری با بار مراقبتی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی استان گلستان در سال ۱۳۹۵. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۵): ۲۵۲-۲۵۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۱۶

شیوع کم‌توانی ذهنی در هند ۲ درصد برای کم‌توانی ذهنی خفیف (۶) و به صورت میانگین ۳-۲ درصد (۷) و در مطالعات جدید، ۱/۸۳ درصد تخمین زده شده است (۸). معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۹ اعلام نمود که ۲۱۵ هزار کودک کم‌توان ذهنی تحت پوشش سازمان بهزیستی ایران هستند (۹). بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده‌های ایرانی، از اثرات ناخوشایند وجود کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی رنج می‌برند (۱۰). کم‌توانی ذهنی با مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، آسیب به خود، رفتارهای کلیشه‌ای و رفتارهای اجتماعی و جنسی نامناسب همراه است. این رفتارهای ناسازگارانه هم بر سلامت خود فرد کم‌توان ذهنی و هم بر اطرافیان وی تأثیر منفی دارد (۴). شکی نیست که ناتوانی ذهنی با آثار مادام‌العمر خود،

مقدمه

کم‌توانی ذهنی عبارت است از محدودیت‌های معنی‌دار در کارکرد هوشی و رفتار سازشی به ترتیبی که در مهارت‌های اجتماعی، مفهومی و عملی رفتار سازشی بروز می‌کند و پیش از ۱۸ سالگی به وجود می‌آید (۱، ۲). کم‌توانی ذهنی یکی از مهم‌ترین مسایل حل‌نشده علم پزشکی و مشکلی مهم و دایم‌العمر همراه با رفتارهای ناسازگارانه است که تنیدگی، سرخوردگی، ناامیدی، افزایش مشکلات اجتماعی-اقتصادی و هیجانی و در نتیجه، کاهش سلامت روانی و استفاده از راهبردهای ناکارآمد را در خانواده به دنبال دارد (۳، ۴) و سبب ایجاد بار و مسؤولیت زیادی بر دوش خانواده می‌شود (۵).

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران
۲- استادیار، گروه پرستاری، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران

Email: h_hojjati@aliabadiu.ac.ir

نویسنده مسؤول: حمید حجتی

این تحقیق با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس با کد IR.IAU.CHALUS.REC.1395.5 انجام گرفت. یکی از والدین وظیفه پاسخگویی به پرسش‌نامه سه قسمتی را عهده‌دار بودند. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک در اختیار ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول و دانشکده علوم پزشکی گرگان قرار گرفت و با اعمال نظر آن‌ها تنظیم شد. روایی محتوای مقیاس بار مراقبتی Elmsahl (Caregiver Burden Scale)، ۰/۸۲ و پایایی آن بر اساس ضریب همبستگی درونی و با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۰). این ابزار شامل ۲۲ سؤال در ۵ حیطه می‌باشد که تجربه بار مراقبتی فرد مراقبت کننده از بیماران مزمن را می‌سنجد. نحوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای از مقیاس اصلاً (نمره ۱) تا اغلب (نمره ۴) می‌باشد. نمره بار مراقبتی را می‌توان در سه سطح تقسیم کرد؛ نمرات ۴۳-۲۲ بار مراقبتی کم، نمرات ۶۵-۴۴ بار مراقبتی متوسط و نمرات ۸۸-۶۵ بار مراقبتی شدید در نظر گرفته می‌شود (۲۲). مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale یا CD-RISC) از ۲۵ سؤال با طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً غلط، تا حدودی غلط، نظری ندارم، تا حدودی و کاملاً درست) تشکیل شده است و شامل امتیاز صفر تا ۴ می‌باشد. نحوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه از ۱۰۰-۰ است. نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری است و هرچه امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان تاب‌آوری فرد نیز بیشتر می‌شود. در پژوهش حق رنجبر و همکاران پایایی پرسش‌نامه CD-RISC بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۴ محاسبه گردید. بنابراین، ابزار مذکور از پایایی خوب و قابل قبولی برخوردار است (۲۳). داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (جدول درصد و فراوانی) و استنباطی (رگرسیون خطی ساده و رگرسیون چندگانه تعدیل شده) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. تاب‌آوری والدین کودکان کم‌توان ذهنی، $17/27 \pm 51/86$ و بار مراقبتی آنان $14/27 \pm 56/89$ بود. ۵۲/۵ درصد (نفر ۱۰۵) تاب‌آوری کم و ۴۷/۵ درصد (نفر ۹۵) تاب‌آوری بالا داشتند. ۱۸/۰ درصد (نفر ۳۶) بار مراقبتی کم، ۵۲/۵ درصد (نفر ۱۰۵) بار مراقبتی متوسط و ۲۹/۵ درصد (نفر ۵۹) بار مراقبتی بالایی را نشان دادند. بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده، بین تاب‌آوری و بار مراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود داشت $[(-8/1) \text{ تا } (-4/2)]$ $CI = -6$ (Confidence interval) درصد، $P < 0.010$ ، $Beta = 0.39$ ، $B = 0.22$ ؛ به طوری که به ازای هر یک درجه کاهش تاب‌آوری، میزان بار مراقبتی ۰/۳ نمره بیشتر شد. نتایج آزمون رگرسیون تعدیل شده چندگانه نشان داد که از میان متغیرهای پیشگویی کننده، تاب‌آوری با متغیر سن والدین، درآمد ماهیانه خانواده، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر و رتبه تولد فرزند کم‌توان ذهنی ارتباط معنی‌داری داشت و در نهایت، متغیرهای فوق ۱۴ درصد واریانس تاب‌آوری را در والدین کودکان کم‌توان ذهنی تبیین نمودند که اطلاعات لازم جهت این متغیرها با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک جمع‌آوری گردید (جدول ۲).

تأثیر زیادی بر کودکان و خانواده آنان دارد؛ در حالی که با رشد کودک دچار ناتوانی مزمن، والدین استرس‌های روانی و ناامیدی را تجربه می‌کنند و امیدها و انتظارات آنان برآورده نمی‌گردد (۱۱). بار مراقبتی تحت عنوان مشکل دایمی، استرس و یا تجارب منفی ناشی از ارایه مراقبت توسط فرد مراقب تعریف می‌شود (۱۲). این در حالی است که برخی مطالعات از سطح بالای بار مراقبتی در والدین دارای کودک بیمار گزارش می‌دهند (۱۳) و والدین کودکان مبتلا به کم‌توان ذهنی از این قاعده مستثنی نیستند. آن‌ها استرس و بحران‌های روانی زیادی را تجربه می‌کنند که این مسأله، سلامت روانی و سازش یافتگی آن‌ها را تهدید می‌نماید (۱۴). تاب‌آوری (Resiliency)، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است که به عنوان تابعی از توسعه و تعامل فرد با محیط می‌باشد (۱۵). فردی که در محل کار یا در محیط علمی سازگاری خوبی نسبت به استرس نشان می‌دهد، ممکن است در روابط و زندگی شخصی خود سازگاری نداشته باشد (۱۶). بنابراین، ارزیابی وضعیت مراقبان و تعیین نیازهای آنان و شناسایی به موقع فشارها در خانواده، نقش مهمی را در ارتقای سلامت روانی آن‌ها ایفا می‌کند (۱۷).

نتایج مطالعه Scott، به وجود ارتباط معنی‌دار بین تاب‌آوری با بار مراقبتی در بیماران مبتلا به آلزایمر اشاره نمود (۱۸). پژوهش‌هایی در ارتباط با موضوعات تاب‌آوری و بار مراقبتی صورت گرفته (۲۱-۱۹، ۱۰)، اما با توجه به مطالب بیان شده در مورد اهمیت پرداختن به موضوع سلامت روان و بار مراقبتی و تاب‌آوری در زمینه والدین کودکان کم‌توان ذهنی، مطالعات گسترده‌ای انجام نشده است. بنابراین، پژوهشگران تصمیم گرفتند تحقیقی را با هدف ارتباط تاب‌آوری و بار مراقبتی در والدین دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توان ذهنی در سال ۱۳۹۵ انجام دهند تا بدین ترتیب از نتایج تحقیق در جهت ارتقای برنامه‌های سلامت کودکان و خانواده آن‌ها استفاده گردد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود که در آن تمامی والدین دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توان ذهنی در حال تحصیل مدارس استثنایی استان گلستان شرکت نمودند. معیارهای ورود به مطالعه، رضایت کامل والدین دانش‌آموزان محصل در مدارس استثنایی جهت تکمیل پرسش‌نامه بود. معیارهای خروج نیز عدم تکمیل پرسش‌نامه، سابقه ابتلا به بیماری جسمی مزمن والدین و دانش‌آموز (مانند دیابت، بیماری‌های اسکلتی-عضلانی و...) و تحت روان‌درمانی یا مشاوره قرار داشتن والدین در نظر گرفته شد. پس از دریافت معرفی‌نامه از مسؤولان آموزش و پرورش، از بین جامعه آماری مدارس استثنایی استان گلستان، نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از چند شهرستان استان گلستان (گرگان، علی‌آباد کتول، گنبد، آق‌قلا و کردکوی) انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه و با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ با فرمول $n = \frac{z^2 pq}{d^2}$ $n = 200$ نفر از والدین کودکان در حال تحصیل در مدارس استثنایی به صورت تصادفی گزینش شدند. سپس با کسب اجازه از مسؤولان مدارس و توضیح به والدین دانش‌آموزان و کسب رضایت از خانواده‌ها (هدف پژوهش در جلسه اولیا و مربیان معرفی و از والدین دانش‌آموزان رضایت حاصل شد)، نحوه تکمیل پرسش‌نامه و اطمینان به آنان در رابطه با محرمانه بودن پاسخ‌ها توضیح داده شد. همچنین، برای والدین بیان گردید که در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه می‌توانند در هر زمانی از پژوهش از مطالعه خارج شوند.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

مشخصات فردی و اجتماعی		تعداد (درصد)		مشخصات فردی و اجتماعی		تعداد (درصد)	
جنس کودک	مؤنث	۹۱	(۴۵/۵)	نسبت با کودک	پدر	۸۷	(۴۳/۵)
	مذکر	۱۰۹	(۵۴/۵)		مادر	۱۱۳	(۵۶/۵)
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۴۷	(۲۳/۵)	تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۷۷	(۳۸/۵)
	دیپلم	۶۲	(۳۱/۰)		دیپلم	۵۰	(۲۵/۰)
	کاردانی	۲۷	(۱۳/۵)		کاردانی	۲۷	(۱۳/۵)
	کارشناسی	۴۹	(۲۴/۵)		کارشناسی	۳۵	(۱۷/۵)
	بالتر از کارشناسی	۱۵	(۷/۵)		بالتر از کارشناسی	۱۱	(۵/۵)
درآمد ماهیانه خانواده	کمتر از یک میلیون تومان	۸۶	(۴۳/۰)	نهاد حمایت دولتی	بلی	۱۸۶	(۹۳/۰)
	یک تا دو میلیون تومان	۸۵	(۴۲/۵)		خیر	۱۴	(۷/۰)
	دو تا سه میلیون تومان	۹	(۴/۵)	رتبه تولد	۱	۹۱	(۴۵/۵)
	بالتر از سه میلیون تومان	۲۰	(۱۰/۰)		۲	۵۳	(۲۶/۵)
سن والدین (سال)	۲۰-۴۵	۱۰۵	(۵۲/۵)		۳	۳۴	(۱۷/۰)
	۴۶-۶۰	۸۱	(۴۰/۵)		۴	۱۴	(۷/۰)
	۶۱-۷۵	۱۴	(۷/۰)		۵	۷	(۳/۵)
	۷۶-۹۰	۱	(۰/۵)		۶	۱	(۰/۵)
سن کودک (سال)	۵-۱۰	۷۹	(۳۹/۵)	مقطع تحصیلی دانش‌آموز	ابتدایی	۱۲۶	(۶۳/۰)
	۱۱-۱۵	۸۶	(۴۳/۰)		متوسطه اول	۵۶	(۲۸/۰)
	۱۶-۲۰	۳۴	(۱۷/۰)		متوسطه دوم	۱۸	(۹/۰)

جدول ۳. ارتباط بار مراقبتی با مشخصات دموگرافیک والدین

دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

بار مراقبتی	B	Beta	T	P	CI
سن	-۰/۲۰	۰/۱۸	-۲/۷۰	*۰/۰۰۸	-۰/۴۰ تا ۰/۰۶
تحصیلات پدر	-۳/۳۰	۰/۳۰	-۲/۶۰	*۰/۰۱۰	-۵/۹۰ تا ۰/۱۸۰
تحصیلات مادر	-۰/۳۰	-۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۱۸۱	-۳ تا -۲/۴۰
درآمد	-۴/۳۰	-۰/۲۷	-۲/۹۰	*۰/۰۰۳	-۷/۱۰ تا -۱/۴۰
رتبه تولد	۰/۳۰	-۰/۰۲	-۰/۳۸	۰/۷۰۰	-۲/۱۰ تا -۱/۲۰

CI: Confidence interval

* وجود ارتباط معنی‌دار

بحث

در مطالعه حاضر تاب‌آوری والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در سطح پایینی قرار داشت. مطالعه‌ای که بر روی خانواده‌های دارای کودک معلول در استرالیا انجام شد، نیز بیانگر تاب‌آوری پایین در خانواده‌های استرالیایی نسبت به سایر خانواده‌ها بود (۱۰) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت و این امر می‌تواند نشان‌دهنده عدم تطابق و سازش با شرایط موجود و استرس‌های ناشی از داشتن کودک کم‌توان ذهنی باشد.

مطابق نتایج آزمون رگرسیون چندگانه تعدیل شده، از میان متغیرهای پیشگویی کننده بین بار مراقبتی با سن والدین ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که به ازای افزایش هر یک سال سن، میزان بار مراقبتی ۰/۲ کمتر شد. همچنین، این آزمون ارتباط معنی‌داری را با میزان تحصیلات پدر و وضعیت اقتصادی خانواده (درآمد) نشان داد؛ به طوری که به ازای هر یک سطح افزایش تحصیلات پدر، ۳/۳ نمره بار مراقبتی والدین کمتر و به ازای هر یک درجه سطح اقتصادی، میزان بار مراقبتی ۴/۳ نمره کمتر شد. بین بار مراقبتی با تحصیلات مادر و رتبه تولد فرزند کم‌توان ذهنی ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید (جدول ۳). در نهایت، متغیرهای فوق ۲۶ درصد واریانس بار مراقبتی را در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تبیین نمودند.

جدول ۲. ارتباط تاب‌آوری با مشخصات دموگرافیک والدین دانش‌آموزان

کم‌توان ذهنی

تاب‌آوری	B	Beta	T	P	CI
سن	-۰/۲۰	-۰/۱۳	-۱/۸۰	۰/۰۷۰	-۴/۰۰ تا -۰/۰۱
درآمد	۱/۹۰	۰/۱۰	۱/۰۰	۰/۳۰۰	-۵/۷۰ تا -۱/۷۰
تحصیلات پدر	۱/۳۰	۰/۰۹	۰/۷۰	۰/۴۱۰	-۴/۰۰ تا -۲/۰۰
تحصیلات مادر	۲/۱۰	۰/۱۵	۱/۱۰	۰/۲۵۰	-۵/۶۰ تا -۱/۵۰
رتبه تولد	-۰/۶۰	۰/۰۴	-۰/۵۰	۰/۵۹۰	-۲/۹۰ تا -۱/۷۰

CI: Confidence interval

کودکان کم‌توان ذهنی مسأله قابل‌توجهی می‌باشد. همچنین، سلمانی و همکاران بیان نمودند که مراقبان با وضعیت اقتصادی پایین، بار مراقبتی بیشتری دارند (۱۹). در مطالعات مشایخی و همکاران (۲۰)، Garlo و همکاران (۳۱) و Lee و همکاران (۲۱) نیز ارتباط معکوسی بین درآمد و بار مراقبتی گزارش گردید (۲۰) که تمامی این مطالعات با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت. در مطالعه حاضر نیز می‌توان چنین توجیه نمود که درآمد بالاتر و سطح رفاه اقتصادی بیشتر، سبب می‌گردد تا افراد کیفیت زندگی بالاتر، میزان تفریح و اوقات فراغت بیشتر و بار مراقبتی کم‌تری را تجربه نمایند. Zahid و Ohaeri در پژوهش خود ارتباطی بین درآمد و بار مراقبتی مشاهده نکردند (۲۷) که این تفاوت با سرانه درآمد و میزان امکانات رفاهی، سلامت و بهداشت افراد در کشورهای مختلف قابل توجیه می‌باشد.

محدودیت‌ها

وضعیت روانی نمونه‌های مورد مطالعه همچون سطح افسردگی والدین در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ممکن است بر نحوه پاسخگویی به سؤالات تأثیر گذاشته باشد که خارج از اختیار پژوهشگر بود. همچنین، جامعه پژوهش به دلیل دسترسی آسان پژوهشگر، از میان والدین دانش‌آموزان در حال تحصیل مدارس استثنایی انتخاب شدند.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری جهت تشخیص ارتباط بار مراقبتی و سطح تاب‌آوری والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مدارس انجام گیرد و مشاوره مناسب و مؤثر در چارچوب بهداشت روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و خانواده‌ها فراهم شود. همچنین، توصیه می‌گردد تا در مطالعات آینده بیشتر به تأثیر عوامل دموگرافیک (مانند محل سکونت و سطح تحصیلات والدین) و نحوه سازگاری اجتماعی بر میزان تاب‌آوری و بار مراقبتی والدین پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به وجود ارتباط بین بار مراقبتی و تاب‌آوری والدین کودکان کم‌توان ذهنی، به نظر می‌رسد می‌توان با کاهش میزان بار مراقبتی، به افزایش تاب‌آوری و سازش با شرایط ناگوار کمک کرد. در پژوهش حاضر، میزان تاب‌آوری کمتر از حد متوسط و بار مراقبتی بیشتر از حد متوسط بود که ضرورت بررسی هرچه بیشتر عوامل تأثیرگذار بر این دو مؤلفه جهت ارتقای سطح سلامت روان در این خانواده‌ها را می‌طلبد. همچنین، به دلیل تأثیر مثبت برخی از عوامل دموگرافیک مانند سطح درآمد بر بار مراقبتی ($P < 0/001$) و ارتباط بار مراقبتی با تاب‌آوری ($P = 0/010$) در جهت افزایش تاب‌آوری و سازش با شرایط ناگوار و کاهش میزان بار مراقبتی این والدین، لازم است تمهیدات ویژه‌ای در جهت رفاه اقتصادی خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی اتخاذ گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان، خانم فاطمه حسن‌زاده با کد ۱۸۴۱۰۴۰۱۹۵۲۰۰۱، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت پزشکی و پژوهشی

در مطالعه Gutierrez-Maldonado و Caqueo-Urizar، بار مراقبتی بالایی در والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش گردید (۱۳). مطالعات دیگر در زمینه بار مراقبتی (۱۹-۲۱)، تأیید کننده همین موضوع است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که والدین کودکان کم‌توان ذهنی میزان متوسط تا شدیدی از بار مراقبتی دارند که با برخی مطالعات (۲۱-۱۹) همسو می‌باشد. علت تطابق نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات مذکور را می‌توان مزمین بودن بیماری دانست. همچنین، متحمل بودن مراقبت‌های طولانی مدت و انجام مراقبت‌های اولیه (به علت ناتوانی کودک)، می‌تواند فشار و بار مراقبتی بیشتری را نسبت به سایر والدین کودکان عادی به وجود آورد.

در مطالعه حاضر بین تاب‌آوری و بار مراقبتی ارتباط معکوس و معنی‌داری یافت شد که با یافته‌های تحقیق Scott (۱۸) مشابهت داشت. علت این ارتباط را می‌توان چنین تبیین نمود که با کاهش میزان بار مراقبتی و استرس‌های ناشی از مراقبت، سازگاری با شرایط ناگوار افزایش می‌یابد و به دنبال آن، تاب‌آوری بالاتر می‌رود. تاب‌آوری با هیچ کدام از اطلاعات دموگرافیک ارتباط معنی‌داری نداشت. علت این امر را می‌توان این‌گونه تفسیر نمود که چون ظرفیت تاب‌آوری در بنیاد یک توانایی منشایی و زیستی است و در شرایط محیطی و فرهنگی تغییر می‌کند (۲۴)؛ بنابراین، وجود این نتایج در جامعه پژوهشی مطالعه حاضر را نمی‌توان غیر قابل انتظار دانست و در بررسی سوابق پژوهشی، مطالعه‌ای که به ارتباط تاب‌آوری با اطلاعات دموگرافیک در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی یا موارد مشابه پرداخته باشد، یافت نگردید.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین بار مراقبتی با سن والدین ارتباط معنی‌داری یافت شد که با نتایج تحقیقات Harden (۲۵)، Caqueo-Urizar و Gutierrez-Maldonado (۱۳)، Lee و همکاران (۲۱) و عباسی و همکاران (۲۶) همسو است؛ چرا که مراقبت کنندگان دارای سن بیشتر، توانایی تحمل بالاتر و قدرت استراتژی‌های مقابله‌ای در شرایط استرس‌زا بهتری دارند، اما Zahid و Ohaeri در کویت (۲۷) و Agren و همکاران در آمریکا (۲۸) ارتباطی بین سن و بار مراقبتی یافت نکردند. علت اختلاف بین پژوهش‌ها می‌تواند ناشی از اختلاف در فرهنگ و سطح رفاه جوامع باشد. جوامعی که سطح رفاه اقتصادی بالاتری داشته باشند، به دنبال آن بار مراقبتی کمتری در بین اعضای خانواده و مراقبان خواهند داشت.

در مطالعه حاضر، بین میزان بار مراقبتی و سطح تحصیلات پدر ارتباط معنی‌دار و با تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری یافت نشد. Zahid و Ohaeri (۲۷) و Lee و همکاران (۲۱) در پژوهش‌های خود به ارتباط معنی‌دار بین بار مراقبتی و سطح تحصیلات اشاره نمودند. نتایج مطالعه Adeosun گزارش کرد که افراد دارای تحصیلات پایین، سطح بار مراقبتی کمتری نیز دارند (۲۹). علت این اختلاف با مطالعه حاضر، می‌تواند تفاوت در جامعه پژوهش و تفاوت در میزان آگاهی لازم در ارتباط با بیماری مراقبت شوندگان باشد. همچنین، می‌توان سطح تحصیلات پدر را با یافتن شغل بهتر و کسب درآمد بالاتر توجیه نمود و به جرأت می‌توان گفت که هسته اصلی درآمد بر دوش پدر قرار دارد. از میان متغیرهای پیشگویی کننده مطالعه حاضر، تأثیر میزان درآمد بر بار مراقبتی از سایر متغیرها در والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی به میزان بیشتری مشهود بود. در مطالعه عباسی و همکاران، مشکلات اقتصادی در خانواده‌هایی که کودک کم‌توان ذهنی اختلال رفتاری داشت، بیشتر بود (۳۰) و این موضوع نشان می‌دهد که تأثیر مسایل اقتصادی بر اختلالات رفتاری

منابع مالی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان، خانم فاطمه حسن‌زاده با کد ۱۸۴۱۰۴۰۱۹۵۲۰۰۱ می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول تنظیم گردید. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول در جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و گزارش آن‌ها، تنظیم دست‌نوشته و تأیید نهایی مقاله جهت انتشار اعمال نظری نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند. دکتر حمید حجتی بودجه انجام مطالعات پایه مرتبط با این مطالعه را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول جذب نمود و به عنوان استادیار پرستاری در این دانشگاه مشغول به فعالیت می‌باشد. فاطمه حسن‌زاده از سال ۱۳۹۴ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان در دانشکده آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول است.

دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول و کلیه افرادی که در انجام این طرح تحقیقاتی همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

نقش نویسندگان

حمید حجتی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، جذب منابع مالی برای انجام مطالعه، خدمات پشتیبانی، اجرایی و علمی مطالعه، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران و فاطمه حسن‌زاده طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر نتایج، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی و تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله را به عهده داشته‌اند.

References

- Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA, Borthwick-Duffy S, Bradley V, Buntinx WH, et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 2007; 45(2): 116-24.
- Reichenberg A, Cederlof M, McMillan A, Trzaskowski M, Kapara O, Fruchter E, et al. Discontinuity in the genetic and environmental causes of the intellectual disability spectrum. *Proc Natl Acad Sci USA* 2016; 113(4): 1098-103.
- Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree M. The effect of stress management training with cognitive behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities. *J Rehab* 2016; 17(1): 32-41. [In Persian].
- Yarmohammadian A, Akhlaghi A. The effectiveness of painting therapy on reducing aggressive behavior in boy students with mild to moderate mental retardation. *J Res Rehabil Sci* 2015; 10 (6): 833-44. [In Persian].
- Wehmeyer ML, Buntinx WH, Lachapelle Y, Luckasson RA, Schalock RL, Verdugo MA, et al. The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellect Dev Disabil* 2008; 46(4): 311-8.
- Singh K, Kumar R, Sharma N, Nehra DK. Study of burden in parents of children with mental retardation. *Journal of Indian Health Psychology* 2014; 8(2): 13-20.
- Raymond FL, Tarpey P. The genetics of mental retardation. *Hum Mol Genet* 2006; 15(Spec No 2): R110-R116.
- Emerson E, Robertson J, Baines S, Hatton C. Obesity in British children with and without intellectual disability: cohort study. *BMC Public Health* 2016; 16: 644.
- Khaleghipour S, Zargar F. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities *J Res Behave Sci* 2014; 12(2): 264-73. [In Persian].
- Khakpour M, Mehrafarid M. Comparison of mental disorders and resiliency in couples with normal and exceptional children (first child) in Faruj city. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 4 (4): 571-83. [In Persian].
- Barnett D, Clements M, Kaplan-Estrin M, Fialka J. Building New Dreams: Supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants Young Child* 2003; 16(3).
- Simon BS, Budo MDLD, Garcia RP, Gomes TF, Oliveira SG, da Silva MM. Social support network to the caregiving family of an individual with a chronic disease: integrative review. *J Nurs UFPE* on line 2013; 7(5): 4243-50.
- Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006; 15(4): 719-24.
- Amiri M, Afrooz A, Malahmadi E, Javadi S, Nour-Allahi F, Raezaei-Bidakhvidi A. A study of mental health and parenting stress among parents of mental disabled children. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 4(4): 261-8. [In Persian].
- Kim-Cohen J, Turkewitz R. Resilience and measured gene-environment interactions. *Dev Psychopathol* 2012; 24(4): 1297-306.
- Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 25338.
- Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. *Mater Sociomed* 2015; 27(5): 333-6.
- Scott CB. Alzheimer's disease caregiver burden: does resilience matter? *J Hum Behav Soc Environ* 2013; 23(8): 879-92.
- Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The burden of caregiver and related factors of oncology. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2014; 24(84): 11-7. [In Persian].
- Mashayekhi F, Rafati S, Rafati F, Pilehvarzadeh M, Mohammadi-Sardo M R. A study of caregiver burden in mothers with

- thalassemia children in Jiroft, 2013. *Modern Care* 2014; 11(3): 229-35. [In Persian].
21. Lee SJ, Li L, Jiraphongsa C, Rotheram-Borus MJ. Caregiver burden of family members of persons living with HIV in Thailand. *Int J Nurs Pract* 2010; 16(1): 57-63.
 22. Avsar U, Avsar UZ, Cansever Z, Set T, Cankaya E, Kaya A, et al. Psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of patients with renal transplantation. *Transplant Proc* 2013; 45(3): 883-6.
 23. Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Bermas H. Resiliency and life quality in mothers of children with Mental Retardation. *Journal of Health Psychology* 2011;1(1):177-87.
 24. Momeni K, Akbari M, Atashzadeh Shourideh F. Relationship between Resilience and Burnout of Nurses. *Teb Tazkiyeh* 2009; 18(3-4): 37-47. [In Persian].
 25. Harden J. Developmental life stage and couples' experiences with prostate cancer: a review of the literature. *Cancer Nurs* 2005; 28(2): 85-98.
 26. Abbasi A, Ashrafrezaee N, Asayesh H, Shariati A, Rahmani H, Mollaei E, et al. The relationship between caring burden and coping strategies in hemodialysis patients caregivers. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012; 10(4): 533-9. [In Persian].
 27. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 71.
 28. Agren S, Evangelista L, Stromberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010; 9(4): 254-62.
 29. Adeosun II. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophr Res Treatment* 2013; 2013: 353809.
 30. Abasi S, Fadakar K, Khaleghdoost T, Sedighi A, Atrkar Roshan Z. Survey the problems of families with mentally retarded child covered by Guilan Welfare Centers in 2010. *Holist Nurs Midwifery* 2010; 20(1): 33-9. [In Persian].
 31. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(12): 2315-22.

The Relationship between Resilience and Care Burden among Parents of Students with Intellectual Disability in Golestan Province, Iran, in 2016

Fatemeh Hassanzadeh¹, Hamid Hojjati²

Original Article

Abstract

Introduction: Children with intellectual disabilities sometimes disrupt the mental health of the family and cause serious damages in their parents. Consideration of the mental health of parents of exceptional children is important due to the psychological, social, and financial burden of care and increased care burden on families of children with intellectual disabilities.

Materials and Methods: This was a descriptive-correlation study. The subjects consisted of 200 parents of students in special schools of Golestan Province, Iran, in 2016. The participants were selected through multistage random sampling method. A demographic information questionnaire, the Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and Elmstahl's Caregiver Burden Scale were used to collect data. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS software at the significance level of $P < 0.05$.

Results: In this study, the resilience and burden of care scores of parents of children with intellectual disabilities were 51.86 ± 17.27 and 56.89 ± 14.27 , respectively. Simple linear regression test showed a significant relationship between resilience and burden of care [$B = 0.32$, $\beta = 0.39$, $P < 0.01$, %95 CI: -6 (-4.2 to -8.1)]; with 1 degree decrease in resilience, the burden of care score will increase 0.3 points.

Conclusion: In this study, the burden of care was higher and resilience was lower than average and resilience of parents of students with intellectual disabilities could be increased with reduction in the amount of burden of care. Among the predictive variables, the effect of income on the burden of care was evident to a greater extent in parents of children with intellectual disabilities compared to other variables. This indicates that the burden of care can be reduced and resilience can be increased by raising income levels and economic well-being. Therefore, it is suggested that the necessary economic and counseling measures be taken to reduce the burden of care.

Keywords: Resilience, Burden of care, Intellectual disability

Citation: Hassanzadeh F, Hojjati H. **The Relationship between Resilience and Care Burden among Parents of Students with Intellectual Disability in Golestan Province, Iran, in 2016.** J Res Rehabil Sci 2016; 12(5): 252-8.

Received date: 06.08.2016

Accept date: 27.10.2016

1- MSc Student, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

Corresponding Author: Hamid Hojjati, Email: h_hojjati@aliabadiu.ac.ir