

Explanation of parent gender difference on needs of children of parent with mental illness: a qualitative research

R. Zeighami¹, SF. Oskouie², S. Joolae³

¹ Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Department of Community Health Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Address: Reza Zeighami, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Tel: +98-912-2826095, Email: behsare@gmail.com

Received: 1 Sep 2016; Accepted: 22 Jan 2017

*Abstract

Background: Parents play an important role in a child's life. The roles of parents are impaired by mental illness and this issue affects the child's needs and meets them.

Objective: This study was designed and conducted to explain gender differences of parents with mental illness on their children needs.

Methods: This study was conducted using the grounded theory. Semi structured interviews were conducted with 17 participants in Qazvin 2010, selected based on purposeful and theoretical sampling. Participants included children of patients with mental disorders, their families and mental health professionals (nurses, clinical psychologist and counselor). Data were analyzed using constant comparison method suggested by Strauss & Corbin 1998.

Findings: Economic and social outcomes are two major problems occur in father illness, But focus of outcomes of mother's illness is emotional. Although all participants believed except Parents gender, their illness affected on children; but mother illness has serious outcomes.

Conclusion: With respect to children problems in parents' mental illness, a special place for children should be considered in the patient care plan, especially when the mother has mental illness that this issue is more important.

Keywords: Child, Parent, Mental disorders, Qualitative research

Citation: Zeighami R, Oskouie SF, Joolae S. Explanation of parent gender difference on needs of children of parent with mental illness: a qualitative research. J Qazvin Univ Med Sci. 2017; 21 (3): 48-56.

تبیین تفاوت جنسیت والدین مبتلا به اختلالات روانی بر نیازهای فرزندان: یک مطالعه کیفی

دکتر رضا ضیغمی^۱، دکتر سیده فاطمه اسکویی^۲، دکتر سودابه جولایی^۳

^۱ گروه آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ گروه بهداشت عمومی مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ گروه آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۹۱۲۲۸۲۶۰۹۵
 تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۱۱؛ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۳

* چکیده

زمینه: والدین نقش مهمی در زندگی فرزندان ایفا می‌کنند. با بروز بیماری روانی در والدین این نقش‌ها دچار اختلال می‌گردد و روی نیازهای فرزندان و برآورده‌سازی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

هدف: این مطالعه با هدف تبیین تفاوت جنسیت والدین مبتلا به اختلال‌های روانی بر نیازهای فرزندان طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با روش نظریه بسترزاد به صورت ۱۷ مصاحبه نیمه ساختارمند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب شده بودند در قزوین، سال ۱۳۸۸ صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل؛ فرزندان بیماران مبتلا به اختلال روانی، خانواده آن‌ها و افراد حرفه‌ای حیطه بهداشت روان (روان پرستار، روان‌شناس بالینی و مشاور) بودند. داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم استراوس و کوربین ۱۹۹۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تبعات اقتصادی و اجتماعی دو مشکل عمده‌ای است که در بیماری پدر ایجاد می‌شود، اما در مورد مشکلات ناشی از بیماری مادر بیش‌ترین تمرکز روی مسایل عاطفی بوده است. در مورد میزان اثرگذاری جنسیت والد بیمار گرچه تمام شرکت‌کنندگان بر این باور بوده‌اند که فارغ از جنسیت، بیماری هر کدام از والدین بر فرزندان اثر دارد اما از داده‌ها چنین بر می‌آید که بیماری مادر برای فرزندان دشوارتر است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به مشکلاتی که ابتلای هر یک از والدین به اختلال روانی برای فرزندان ایجاد می‌کند باید در برنامه مراقبتی بیماران جایگاه ویژه‌ای برای فرزندان آن‌ها در نظر گرفت که این نکته برای مادران بیمار اهمیتی به مراتب بیش‌تر دارد.

کلیدواژه‌ها: فرزند، والدین، اختلال‌های روانی، پژوهش کیفی

* مقدمه

مسایل مختلفی دست به گریبان هستند که شاید کم‌تر مورد توجه قرار گیرد، به گونه‌ای که به این گروه عنوان "جمعیت پنهان" در معرض مشکلات روانی داده‌اند و اعتقاد بر این است که تأمین مراقبت برای این فرزندان حوزه‌ای است که معمولاً در نظام‌های مراقبتی نادیده گرفته می‌شود.^(۹-۷)

آمارها نشان می‌دهد که یک سوم مردان و دو سوم زنان مبتلا به اختلال روانی در آمریکا دارای فرزند هستند. در انگلستان هم نیمی از بیماران روانی دارای فرزند هستند.^(۱۰) در ایران نیز ۴۵/۹ درصد بیماران زن و ۴۳/۹ درصد بیماران مرد دارای فرزند بوده‌اند.^(۱۱) به‌طور کلی

اختلالات روانی از جمله مسایل شایع در جوامع امروزی محسوب می‌شود که در تمام جوامع و فرهنگ‌ها دیده می‌شود.^(۱۲) در دنیا میزان کلی شیوع اختلالات روانی ۲۰ مورد از هر ۱۰۰ نفر جمعیت عادی بیان شده است. در ایران شیوع اختلالات روانی ۲۰ درصد برآورد می‌شود که حدود یک درصد این موارد نیاز به خدمات بستری در بیمارستان دارند.^(۵-۳) صرف‌نظر از شیوع بالای این اختلالات باید توجه داشت که اثرات ناشی از آن‌ها تنها به فرد بیمار محدود نمی‌شود بلکه تمام جامعه را در برمی‌گیرد.^(۴) در خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلال روانی فرزندان موقعیتی حساس دارند. این فرزندان با

شرایطی تدوین و اجرا کرد.^(۲۴) تاکنون توجه اندکی بر درک جنبه‌های مختلف تجربه این فرزندان از دید خود آن‌ها شده است. این خود دلیلی بر ضرورت انجام پژوهش‌هایی با رویکرد کیفی در این حوزه است.^(۲۵) از این رو این مطالعه با هدف تبیین تفاوت جنسیت والد مبتلا به اختلال روانی بر نیازهای فرزندان آن‌ها طراحی و اجرا شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه بخشی از مطالعه بزرگ‌تری است که به روش نظریه بسترزاد به صورت نمونه‌گیری هدفمند و نظری صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان فرزندان بیماران مبتلا به اختلال روانی بودند که والدین آن‌ها سابقه دست کم یک بار بستری قبلی را در بخش روان داشتند. برای ورود به مطالعه فرزندان باید با والد بیمار خود زندگی می‌کردند. ضمن این که فرزندان نباید سابقه ابتلا به بیماری روانی را ذکر می‌کردند. مشارکت‌کنندگان از بین فرزندان بیماران یک بیمارستان روان‌پزشکی در شهر قزوین انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها در دوره زمانی ۱۶ ماهه از مهر ۱۳۸۷ تا بهمن ۱۳۸۸ به انجام رسید.

فرزندان در صحبت‌های خود به چالش‌هایی در مسیر زندگی و در مواجهه با مسائلی مانند: ازدواج، تعامل با والد سالم و درمان‌گران اشاره داشتند که با انجام نمونه‌گیری نظری والد سالم، همسران این فرزندان، پرستاران، روان‌شناسان و مشاوران نیز در مطالعه شرکت داده شدند. در مجموع ۱۷ نفر شامل؛ فرزندان بیمار مبتلا به اختلال روانی (۱۰ نفر)، خانواده آن‌ها (۲ والد سالم و ۱ همسر فرزند بیمار مبتلا به اختلال روانی) و افراد حرفه‌ای حیطة بهداشت روان (۲ کارشناس ارشد روان‌پرستاری، ۱ کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی و ۱ کارشناس ارشد مشاوره) در این مطالعه شرکت کردند.

اجرای این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی ایران تأیید شد. برای رعایت حقوق شرکت‌کنندگان قبل از برگزاری جلسه مصاحبه، در

گفته می‌شود ۲۵ درصد بزرگسالان دارای مشکل روانی فرزندی دارند که با آن‌ها زندگی می‌کنند.^(۱۲)

فرزندان بیماران مبتلا به اختلال روانی همانند سایر همسالان خود نیازهایی دارند که برای رشد و تکامل به‌نجار باید برآورده شوند. بررسی‌ها نشان داده ابتلای والدین به اختلال روانی روی برآورده‌سازی این نیازها اثر می‌گذارد و مشکلاتی بر سر راه برآورده‌سازی این نیازها ایجاد می‌کند.^(۱۴،۱۳) از طرفی مشخص شده که ابتلای والدین به اختلال روانی نیز مشکلاتی در پی دارد که به مشکل برآورده نشدن نیازهای طبیعی افزوده می‌شود. با وجود اهمیت مشکلاتی که فرزندان بیماران مبتلا به اختلال روانی تجربه می‌کنند؛ دانش‌چندانی در مورد مفهوم‌سازی فرزندان از بیماری والدین وجود ندارد و پژوهش‌های اندکی در مورد دیدگاه، تجربه و نیازهای این فرزندان در این زمینه صورت گرفته است.^(۱۶،۱۵) اینها همه در حالی است که درمان‌گرانی که با بیماران روانی سر و کار دارند برای ارایه مراقبتی جامع باید از نیازهای فرزندان آنان آگاه باشند.^(۱۷) اما متأسفانه در ۲۰ سال گذشته برنامه‌های اندکی برای این فرزندان در نظر گرفته شده است و پژوهش‌های اندکی به پیامد ابتلای والدین به اختلال روانی و تفاوت جنسیت والدین بر پیامدهای حاصل در فرزندان پرداخته‌اند. ضمن این که بیش‌تر پژوهش‌هایی که به بررسی اثر بیماری والدین بر فرزندان پرداخته‌اند مسایل ژنتیک و احتمال ابتلای فرزندان به اختلال را مد نظر داشته‌اند.^(۱۸-۲۰)

دانسته‌ها از تجربه این فرزندان اندک است و باید پژوهش‌ها بدین سو گرایش یابند که تجربه‌های ذهنی فرزندان این بیماران در جنبه‌های مختلف شناسایی و واکاوی شود تا پرستاران و سایر درمان‌گران نظام بهداشت روان بتوانند مراقبتی درخور از این گروه پنهان به‌عمل آورند.^(۲۲،۲۱) می‌توان گفت که وارد کردن این جمعیت پنهان در پژوهش‌ها گام اولیه و مهم مراقبت از آن‌ها به‌شمار می‌رود.^(۲۳) تنها بر پایه این شناخت است که می‌توان برنامه مراقبتی جامعی برای فرزندی با چنین

انتقال پذیری و اطمینان به عنوان معیارهای سنجش پژوهش‌های کیفی در نظر گرفته شد.^(۲۶) درگیری طولانی مدت و تلفیق به اعتبار داده‌ها می‌افزاید. فرایند گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها ۱۷ ماه به طول انجامید. برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد با شرکت‌کنندگان اصل مهمی برای کسب داده‌هایی با کیفیت خوب است و پژوهش‌گر دارای تجربه کاری در زمینه کار با خانواده بیماران روانی بوده و قادر به برقراری ارتباطی مبتنی بر اعتماد با شرکت‌کنندگان بود.

برای اطمینان از این‌که داده‌ها بیان‌گر تجارب شرکت‌کنندگان است از "وارسی کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان" (member check) استفاده شد.^(۲۶) همچنین سعی شد تا روش پژوهش به کار رفته در مطالعه به دقت و تفصیل بیان شود به گونه‌ای که خوانندگان مقاله قادر به پیگیری فرایند پژوهش حاضر باشند. پژوهش‌گر تلاش نمود با دقت در انتخاب آگاهان کلیدی (key informant)، تلفیق روش‌های گردآوری داده‌ها از قبیل: مصاحبه عمیق، یادداشت در عرصه، یادآورنویسی و همچنین تحلیل همزمان داده‌ها، تحلیل مشارکتی و همزمان تمام اعضای تیم پژوهش و مقایسه مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابه و تفاوت‌ها، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها و بازخورد کدگذاری‌ها به همه مشارکت‌کنندگان و نیز استفاده از نظرات بعضی از آن‌ها در مراحل انتزاعی تر کار در دستیابی به داده‌های حقیقی استفاده کند.

* یافته‌ها:

این پژوهش دو مجموعه شرکت‌کننده داشت؛ مجموعه اول در بردارنده خانواده بیماران روانی و مجموعه دوم درمان‌گران عرصه بهداشت روان بود. شش فرزند دختر، چهار فرزند پسر، یک عروس و دو مادر (والد سالم) تشکیل‌دهنده ۱۳ شرکت‌کننده خانواده بیماران بودند. والد بیمار فرزندان شامل؛ چهار پدر و شش مادر بیمار بود که پنج نفر مبتلا به اختلال خلقی، چهار نفر مبتلا به

نشستی که به‌طور جداگانه با هر یک از شرکت‌کنندگان انجام شد هدف پژوهش و روش کار شرح داده شد. سپس فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش به آنان ارائه گردید تا آنرا امضا نمایند. پس از اخذ رضایت‌نامه، اطلاعات زمینه‌ای شرکت‌کنندگان تکمیل و ضمن مصاحبه به رعایت حریم خصوصی شرکت‌کننده توجه شد. مصاحبه با خانواده بیماران به خواست آن‌ها در بیمارستان و مصاحبه با درمان‌گران در محل کار آن‌ها صورت گرفت. داده‌ها با انجام مصاحبه نیمه ساختارمند و مشاهده گردآوری گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۱۰۰ دقیقه متغیر بود که میانگین مصاحبه مفید حدود ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با استفاده از ضبط صوت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از مصاحبه و انتقال فایل صوتی به رایانه، کلمه به کلمه نوشته و تایپ می‌شد تا تمامیت داده‌ها حفظ و از سوگیری پژوهش‌گر کاسته شود.

راهنمای مصاحبه بر مبنای مرور اولیه متون نگاشته شده بود.^(۱) بعد گذر از مراحل ابتدایی شروع مصاحبه، گردآوری داده‌ها با پرسشی باز و در راستای هدف مانند: "این دفعه آخر چطور شد که پدر یا مادرتان بستری شد؟" و "بیماری پدر یا مادرتان چه مفهومی برای شما دارد؟" آغاز می‌گردید. در مورد سایر مشارکت‌کنندگان پرسش‌هایی نظیر "بیماری همسران چه مشکلی برای فرزندان ایجاد کرده" و "مهم‌ترین مشکلی که این بچه‌ها با شما مطرح می‌کنند چیست؟" از جمله پرسش‌های مطرح شده بود. پرسش‌های بعدی بر پایه پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان طرح و پس از رسیدن به اشباع، سه مصاحبه دیگر نیز انجام شد.

داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم استراوس و کوربین ۱۹۹۸ در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل شد. تجزیه و تحلیل و کدگذاری هر مصاحبه، قبل از شروع مصاحبه بعدی صورت گرفت، به طوری که جریان هر مصاحبه را داده‌های به‌دست آمده و مفاهیم پدیدار شده از متن مصاحبه‌های قبلی مشخص می‌کرد. عواملی مانند؛ ثبات، قابلیت اعتبار،

می‌کنه و مادرم خوب میشه، اما اگه پدر دچار مشکل بشه چی؟ پدری که نان آورده و مادری که تنونه بره کاری با اون شرایط دست و پا کنه در اینجاها اون حیطه‌های اقتصادی بیشتر رنگ داره تا حمایت‌های عاطفی حداقل یعنی بچه‌ها احساس کنن با بودن یک پدر بیمار شرایط اقتصادی نمی‌تونه آنقدرها بد بشه البته تحت تأثیر قرار می‌گیره“

تبعات اقتصادی بیش‌ترین مشکلی است که در بیماری پدر ایجاد می‌شود، اما نکته دیگر بُعد اجتماعی بیماری است که چون پدر بیش‌تر در جامعه حضور دارد بیماری او هم بیش‌تر به چشم می‌آید و کم‌تر قابل پنهان کردن است و این به معنی مشکلات بیش‌تر اجتماعی در بیماری پدر است، به گفته یکی از شرکت‌کنندگان:

“چون مادر تو خونه است به قول معروف کسی خبر نداره پدر همیشه مخصوصاً برای پسر فکر نکنم پسری باشه که تحمل کنه فکر خودکشی و از این حرفا نباشه چون خوب به سرافکنندگی و چیز اجتماعی بیش‌تر می‌شد”

همین مفهوم را نیز یکی از درمان‌گران چنین بیان داشته که:

”مادر اکثراً در خانه است و می‌توان بیماری وی را پنهان نمود اما پدر اگر بیمار باشد همه مطلع می‌شوند”
پیامدهای مادری

اما در مورد مشکلات ناشی از بیماری مادر بیش‌ترین تمرکز روی مسایل عاطفی بوده است، چون مادر در کانون خانواده مظهر مهر و عاطفه محسوب می‌شود و بیش‌تر نیاز عاطفی فرزندان را برآورده می‌کند. بیماری مادر منجر به لطمه خوردن این کانون و ایجاد خلأ عاطفی در فرزندان می‌گردد. بنا به تجربه یکی از درمان‌گران:

”زمانی که مادر بیمار بیش‌تر بچه‌ها گرفتار مشکلات عاطفی ممکنه بشن، بیش‌تر مشکلات ارتباطی پیدا می‌کنن مشکلات اجتماعی و در ایجاد تعاملات اجتماعی مشکل پیدا می‌کنن چون این چیزیه که باید از مادر یاد بگیرن“

اسکیزوفرنی و یک نفر مبتلا به اختلال وسواس بود. این بیماران سابقه ۳ تا ۵۰ بار بستری در بیمارستان روانی داشتند که میانگین تعداد بستری آن‌ها ۱۳ بار بود. میانگین سنی فرزندان $22 \pm 0/26$ سال با دامنه ۱۷ تا ۲۶ سال بود. هر چهار درمان‌گر، عضو هیأت علمی دانشگاه و میزان تحصیلات آن‌ها کارشناسی ارشد بود. میانگین سابقه کاری درمان‌گران حاضر در طرح ۱۳/۷۵ سال با دامنه ۵ تا ۲۰ سال بود.

در تبیین تفاوت جنسیت والدین بر نیازهای فرزندان دو درون مایه عمده پیامدهای پدری و مادری شکوفا شد (جدول شماره ۱).

جدول ۱- مقوله‌های پژوهش

مقوله اصلی	مقوله تکمیلی	خرده مقوله
تفاوت جنسیت	پیامد پدری	پیامد اقتصادی
		پیامد اجتماعی
	پیامد مادری	پیامد عاطفی

پیامدهای پدری

هر یک از والدین در خانواده نقش‌هایی به‌عهده دارند که این نقش‌ها به‌دلیل بیماری آن‌ها مختل می‌گردد و این مسأله روی نیازها و برآورده‌سازی آن‌ها اثر می‌گذارد. وقتی پدر خانواده به بیماری روانی مبتلا می‌گردد، خانواده از نظر اقتصادی بیش‌تر در تنگنا قرار می‌گیرد. یکی از این فرزندان در این باره می‌گوید:

“الان مادرمون مریضه ولی پدرم اون وظیفه پدری رو دوششه اما وقتی پدر مریض باشه مادر نمی‌تونه. هر مادری نمی‌تونه مثل مادر من که خانه‌دار هست از پس مخارج زندگی بریاد”

درمان‌گران هم همین مفهوم را تأیید کرده‌اند همان‌گونه که در گفته‌های یکی از آنان آمده است:

“حالا اگه مادر در این شرایط بیمار بشه می‌گن خوب پدر کار می‌کنه درآمدی داره آنقدرها ممکنه درگیر نباشن بگن خوب پدر خرج درمان رو میده و یک امیدواری به درمان داشته باشن پدرم میره بهترین دکتر بهترین قرصو پیدا

بیماری مادری که به منزله یه جور فقدان بزرگه مخصوصاً در بیماری‌های روانی که می‌تونه به سمت فروپاشی خانواده پیش بره ... اگر مادر بیمار باشه صدمه‌ای که بچه‌ها می‌بینن به مراتب بیش‌تره“

*بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج نشان می‌دهند که ابتلای والدین به اختلال روانی بر روی فرزندان پیامدهای بسیاری دارد. این پیامدها برحسب جنسیت والدین می‌تواند متفاوت باشد. ابتلای والدین به بیماری روانی بر روی فرزندان اثر می‌گذارد که این مشکلات با ابتلای مادر بیش‌تر می‌شود از این‌رو وجود برنامه‌ای منسجم و همه‌جانبه نگر برای مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال روانی ضروری به‌نظر می‌رسد که در آن جایگاه ویژه‌ای برای مراقبت از خانواده و به‌ویژه فرزندان بیمار در نظر گرفته شود. این نکته برای مادران بیماری که دارای فرزند هستند اهمیتی به مراتب بیش‌تر دارد. مطالعات اندکی در باره نیازهای فرزندان بیماران مبتلا به اختلالات روانی صورت گرفته^(۲۷) در نتیجه مطالعاتی که بر روی تفاوت جنسیت والد بیمار بر نیازهای فرزندان متمرکز شده باشد بسیار کم‌تر یافت می‌شود و بحث در این مورد را با استفاده از سایر مطالعات بسیار دشوار می‌نماید.

نقش محافظتی فرزندان از خطرهای جسمی و روانی و ایجاد مرزهایی برای اطمینان از ایمنی فرزندان در برخورد با دیگران و سرانجام افزایش ظرفیت‌های مختلف آنان از جمله نقش‌هایی است که به‌عهده والدین آنان است.^(۲۸) با بروز بیماری روانی در والدین این نقش‌ها بسته به جنسیت والد بیمار دچار اختلال شده و این مسأله روی نیازهای فرزندان و برآورده‌سازی آن‌ها اثر می‌گذارد. تبعات اقتصادی بیش‌ترین مشکلی است که در بیماری پدر ایجاد می‌شود. ضمن این‌که با توجه به حضور بیش‌تر پدر در جامعه بیماری او نیز بیش‌تر به چشم می‌آید و ابعاد اجتماعی بیش‌تری می‌یابد، اما در مورد مشکلات ناشی از بیماری مادر چون مادر بیش‌تر نیاز عاطفی فرزندان را

در مورد میزان اثرگذاری جنسیت والد بیمار گرچه تمام شرکت‌کنندگان بر این باور بوده‌اند که فارغ از جنسیت، بیماری هر کدام از والدین بر فرزندان اثر دارد، اما از داده‌ها چنین بر می‌آید که بیماری مادر برای فرزندان دشوارتر است. از جمله دلایل این مسأله برقراری ارتباط بهتر فرزندان با مادر به خاطر حضور بیش‌تر در خانه و دسترسی بیش‌تر فرزندان به وی می‌باشد. یکی از فرزندان در این باره چنین گفته:

” قطعاً آره چون پدر من راننده است هیچ موقع نیست با این‌که من همیشه با مامان بودم فرق می‌کنه آنقدر که بچه با مادرش راحت با پدرش نیست همه بچه‌ها این جورن حتی برادرم هم همین‌طور با مامانم خیلی راحت‌تره“

از دیگر دلایل دشوارتر بودن بیماری مادر اتکالی نظام خانواده به مادر است به‌ویژه در جوامع امروزی که پدر تقریباً تمام وقت را بیرون از خانه برای کسب معاش به سر می‌برد و بیش‌تر نیازهای فرزندان را مادر برآورده می‌نماید. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره چنین گفته است:

” چون سیستم خونه مدیریت خونه با مادر بیش‌تر می‌چرخه اگه مادر مریض بشه کلاً سیستم خونه مریضه“ از طرفی به همان دلیلی که پیش‌تر اشاره شد بار تربیتی فرزندان بیش‌تر روی دوش مادر قرار دارد به‌همین دلیل بیماری مادر مشکلات بیش‌تری در پی دارد. به گفته یکی از درمان‌گران:

” تفاوت که داره ولی به نظر من بیماری مادر سخت‌تره چون مادر تو تربیت بچه مخصوصاً تا ۵ سالگی که مراقب اصلی مادریه بیش‌تر مادر تو خانه است ارتباط بین فردی بیش‌تری داره به‌نظر می‌رسه اگر مادر بیمار باشه آسیب بیش‌تره در کل“

یکی از درمان‌گران نیز همین مفاهیم را این‌گونه بیان کرده است:

” حداقل تو جامعه ما اینطوری هست... اگر مادر بیمار باشه آسیبی که خانواده می‌بینن به مراتب بیش‌تره ... لذا این

محدودیت دیگری بود که پژوهش‌گر دلیل آن را تردید فرزندان برای صحبت در مورد مشکل خود یافت و سعی کرد تا با جلب اعتماد بیش‌تر و دادن فرصت برای غلبه بر تردیدها مشارکت فرزندان را جلب نماید.

*سپاس‌گزاری:

این پژوهش حاصل پایان‌نامه مقطع دکترای آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ایران و طرح مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری ایران (شماره ۲۴۷/م ت) می‌باشد که بدین‌وسیله از رییس و دبیر محترم این مرکز سپاس‌گزاری می‌گردد.

*مراجع:

1. Oskouie SF, Zeighami R, Joolae S. Outcomes of parental mental illness on children: a qualitative study from Iran. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2011; 49(9): 32-40. doi: 10.3928/02793695-20110802-06.
2. George B, How Can I Put Parenting On Hold? Is it possible to successfully engage in a "double journey" of concurrent individual and parenting therapeutic work? *J New Zealand College Clin Psychol* 2014; 24(2), 27-32.
3. World Health Organization. The world health report 2001-Mental health: New understanding, new hope. Available at: <http://www.who.int/whr/2001/en/> Updated in: 2001.
4. Zoladl M, Sharif F, Ghofranipur F, Kazemnejad A, Ashkani H. Phenomenological study of common experiences of families with mentally ill patients. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12: 67-70. [In Persian]
5. Fallahi M, Maddah S, Shamlu S, Abedi HA, Babai GR. Nursing model for

برآورده می‌کند بیماری او منجر به لطمه خوردن این کانون و ایجاد خلأ عاطفی در فرزندان می‌گردد. در مورد میزان اثرگذاری جنسیت والد بیمار گرچه تمام شرکت‌کنندگان بر این باور بوده‌اند که فارغ از جنسیت، بیماری هر کدام از والدین بر فرزندان اثر دارد اما از داده‌ها چنین بر می‌آید که بیماری مادر برای فرزندان دشوارتر است. از جمله دلایل این مسأله برقراری ارتباط بهتر فرزندان با مادر به‌خاطر حضور بیش‌تر در خانه و دسترسی بیش‌تر فرزندان به وی می‌باشد، به‌ویژه در جوامع امروزی که پدر تقریباً تمام وقت را بیرون از خانه برای کسب معاش به‌سر می‌برد. این یافته‌ای است که در سایر مطالعه‌های مرتبط به این حوزه نیز دیده می‌شود.^(۳۹) شاید به‌همین دلیل باشد که بیش‌تر پژوهش‌های انجام شده در این حوزه بر روی مادران متمرکز بوده و تقریباً پدران در نظر گرفته نشده‌اند.

در این بین روان‌پرستاران می‌توانند رویکردی فعال در برخورد با این فرزندان داشته و نقش منحصر به فردی در حمایت از آنان ایفا کنند. ماهیت جامعه‌مدار پرستاری بهداشت روان این امکان را فراهم می‌کند که مداخلات و تعاملات طبیعی خانوادگی مورد مشاهده قرار گیرد. این امر فرصت مناسبی برای بررسی مستقیم پیامد بیماری والدین بر فرزندان و تشخیص موارد نیازمند برنامه‌ریزی و مداخله از سوی پرستاران را فراهم می‌کند.^(۳۰) همچنین این پرستاران به‌دلیل تعامل با مددجویان و فرزندان آن‌ها موقعیت ممتازی در تشخیص عوامل خطرزا دارند که بر این مبنا می‌توانند در سطح فردی و خانوادگی برنامه‌هایی مانند مهارت‌های ارتباطی والد-فرزند یا ارجاع در صورت نیاز را طراحی و اجرا نمایند.

تمایل نداشتن برخی از مشارکت‌کنندگان برای حضور در طرح به دلایل مختلف از محدودیت‌هایی بود که پژوهش‌گر با صبر برای یافتن مشارکت‌کنندگان مناسب دیگر این محدودیت را از میان برداشت. ضمن این‌که چندین مرتبه هماهنگی و تنظیم برای هر مصاحبه و لغو قرار مصاحبه با وجود حضور پژوهش‌گر در محل ملاقات

- multidimensional mental rehabilitation in schizophrenic patients. *Teb Va Tazkieh* 2002; 46: 34-45. [In Persian]
6. Zeighami R. Mental health needs of children of parent with mental illness. Doctoral dissertation. Iran Univ Med Sci 2011.
7. Goodyear M, Hill TL, Allchin B, McCormick F, Hine R, Cuff R, et al. Standards of practice for the adult mental health workforce: meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2015; 24(2): 169-80. doi: 10.1111/inm.12120.
8. Hedman Ahlström B, Skärsäter I, Danielson E. Children's view of a major depression affecting a parent in the family. *Issues Ment Health Nurs* 2011; 32(9): 560-7. doi: 10.3109/01612840.2011.579689.
9. Reupert AE, Maybery D, Kowalenko NM. Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *Med J Aust* 2013; 199(3 Suppl): S7-9.
10. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health of children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry* 2011; 10(2): 93-102.
11. Malakouti SK, Noori R, Naghavi M, Ahmadi Abhari SA, Nasr Esfahani M, Afghah S, et al. The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. *Hakim Res J* 2003; 6(2): 1-10. [In Persian]
12. Cooklin A. Promoting children's resilience to parental mental illness: engaging the child's thinking. *Adv Psychiatr Treat* 2013; 19(3): 229-40. doi: 10.1192/apt.bp.111.009050
13. Trondsen, MV. Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qual Health Res* 2012; 22(2): 174-88. doi: 10.1177/1049732311420736.
14. Zeighami R, Oskouie SF, Joolae S. A qualitative study on challenges in marriage of the children of parent with mental illness: Gloomy Horizon. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2015; 4(3): 54-8. [In Persian]
15. Foster K, O'Brien L, Korhonen T. Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *Int J Ment Health Nurs* 2012; 21(1): 3-11. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x.
16. Gladstone BM, McKeever P, Seeman M, Boydell KM. Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations. *Qual Health Res* 2014; 24(9): 1171-82. doi: 10.1177/1049732314528068.
17. Koschade JE, Lynd-Stevenson RM. The stigma of having a parent with mental illness: genetic attributions and associative stigma. *Aust J Psychol* 2011; 63: 93-9.
18. Mordoch E, Hall WA. Successful recruitment strategies for prevention programs targeting children of parents with mental health challenges: an international study. *Child & Youth Services* 2016; 37(2): 2-45. doi: 10.1080/0145935X.2016.1104075.
19. Mordoch E. How children understand parental mental illness: "You don't get life insurance. What's life insurance?" *J Can Acad Child Adolesc Psychiatr* 2010; 19(1): 19-25.
20. Kowalenko NM, Mares SP, Newman LK, Sved Williams AE, Powrie RM, van Doesum KT. Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental

- illness. *Med J Aust* 2013; 199(3 Suppl): S14-7.
21. Lauritzen C, Reedt C, Van Doesum KT, Martinussen M. Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 58. doi: 10.1186/1472-6963-14-58.
22. Mechling BM. The experience of youth serving as caregivers for mentally ill parents: a background review of the literature. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2011; 49(3): 28-33. doi: 10.3928/02793695-20110201-01.
23. Zeighami R, Oskouie SF, Joolae S. The positive effects of parents' mental illness on their children: a qualitative study. *Bangladesh J Med Sci* 2014; 13(4): 449- 53. doi: 10.3329/bjms.v13i4.12989.
24. Korhonen T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. Are the children of the clients visible or invisible for nurses in adult psychiatry? questionnaire survey. *Scand J Caring Sci* 2010; 24(1): 65-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x.
25. Foster K, Lewis P, McCloughen A. Experiences of peer support for children and adolescents whose parents and siblings have mental illness. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2014; 27(2): 61-7. doi: 10.1111/jcap.12072.
26. Flick U. An introduction to qualitative research. 3rd ed. London , CA: Sage. 2006. 50-1
27. Trondsen MV. Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qual Health Res* 2012; 22(2): 174-88. doi: 10.1177/1049732311420736.
28. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51(1): 8-17. e8. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.018.
29. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14(1): 1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1.
30. Tabak I, Zabłocka-Żytka L, Ryan P, Poma SZ, Joronen K, Viganò G, et al. Needs, expectations and consequence where the parent has a mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2016; 25(4): 319-29. doi: 10.1111/inm.12194.