

تاثیر مداخلات روان شناختی بر مشکلات خواهر و برادران کودکان عقب مانده

دکتر سرور آرمان*، دکتر محبوبه فیروزکوهی مقدم**

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۳/۲

تاریخ اصلاح مقاله: ۸۳/۱۲/۹

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی
** روانپزشک

چکیده

زمینه و هدف: شیوع مشکلات هیجانی رفتاری در خواهران و برادران سالم کودکان عقب مانده ذهنی ۱/۶ تا ۲ برابر جمعیت افراد عادی است. این امر می تواند آینده این کودکان را به شدت تحت تاثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه شناخت تاثیر مداخلات حمایتی و مشاوره خانواده در کاهش مشکلات کودکان مذکور است.

مواد و روش کار: این مطالعه در سال ۱۳۸۲ به صورت کار آزمایی بالینی بر روی ۳۲ نفر (سن بین ۶-۱۲ سال) که دارای مشکل رفتاری هیجانی بودند و همچنین خواهر یا برادر مبتلا به عقب ماندگی ذهنی داشتند، در کلینیک مشاوره کودکان اصفهان صورت گرفت. ابزار سنجش این مطالعه پرسشنامه راتر و مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای انجمن روانپزشکی آمریکا DSM-IV بود. بعد از نمونه گیری، کودکان با مشکلات رفتاری عاطفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. گروه مورد و والدین آنها تحت ۶ جلسه هفتگی مشاوره یک ساعته قرار گرفتند. ۶ هفته بعد از پایان مداخله مجدداً پرسشنامه و مصاحبه به عمل آمد. نتایج قبل و بعد از مداخله در دو گروه با آزمون P جفت شده تحت نرم افزار SPSS بررسی شد.

یافته ها: به طور کلی شیوع اختلالات هیجانی رفتاری در خواهر و برادران افراد عقب مانده ذهنی ۵۳/۲٪ بود. تفاوت میانگین نمره آزمون راتر قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مورد به ترتیب $17/1 \pm 5/6$ و $14/7 \pm 5/6$ بود که اختلاف آنها معنی دار بود ($P=0/001$)، اما در گروه شاهد تفاوت معنی داری بین پیش آزمون و پس آزمون وجود نداشت ($P=0/4$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، مداخلات شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی خواهران و برادران افراد عقب مانده ذهنی می تواند موثر باشد. (مجله طبیب شرق، سال ششم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۳، ص ۳۶۷ تا ۳۷۳)
کلواژه ها: مشکلات هیجانی رفتاری، مداخلات رفتاری شناختی، عقب مانده ذهنی

مقدمه

بر طبق تعریف DSM-IV-TR عقب ماندگی ذهنی حالتی است که در آن کارکرد هوش عمومی فرد به میزان چشمگیری زیر حد متوسط است (طبق قرار داد نمره هوش هفتاد یا کمتر) و به طور همزمان سبب تخریب رفتارهای انطباقی او شده باشد، همچنین شروع این اختلال قبل از ۱۸ سالگی تعریف می شود.^(۱) این افراد فقدان یا نقص در مهارت های مورد انتظار در هر رده سنی دارند.^(۲) بسته به شدت اختلال، افراد دارای عقب ماندگی ذهنی در رده های خفیف (آموزش پذیر)، متوسط (تربیت پذیر) و

شدید (نیاز به مراقبت و پرستاری دائم) تقسیم می شوند. شیوع این اختلال در حدود یک درصد کل جمعیت می باشد. اما بالاترین میزان بروز آن در کودکان سن دبستانی و اوج آن بین ۱۰ تا ۱۴ سالگی است این اختلال در پسران شایعتر می باشد.^(۱) معلولیت های کودک مبتلا به عقب ماندگی ذهنی مراقبت های ویژه جسمی و آموزش را می طلبد که موجب به هم خوردن آرامش و تعادل خانواده می گردد و چنین خانواده هایی به منظور حل مسائل روزمره زندگی با کودک عقب مانده و خواهر

و برادران سالم آنها نیاز به کمک دارند.^(۲)

در مطالعه‌ای گزارش کردند که استرس والدین در مورد کودک دچار عقب ماندگی ذهنی در مقایسه با فرزندان سالم دو برابر می باشد، کودکان مبتلا به زمان بیشتری برای نگهداری و مراقبت نیاز دارند و فشار بیشتری به خانواده (خصوصاً مادر) وارد می شود.^(۳)

در مطالعه‌ای بر روی ۷۷ نفر از والدین کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی ناشی از سندرم داون یافتند که این والدین به راحتی راجع به مشکلات خود و شرایط کودک بیمارشان با سایر فرزندان‌شان صحبت می کنند گرچه فرزندان سالم آنها قادر به درک شرایط و صحبت های والدین نمی باشند.^(۴)

از طرف دیگر ارتباط بین خواهران و برادران در تعامل اجتماعی کودکان موثر است. این ارتباطات، درون خانواده ای با داشتن کودک مبتلا به صورت رابطه ای پر استرس در می آید، خواهران و برادران سالم این کودکان خود باوری و اعتماد به نفس پایین دارند و به علت کاهش توجه و از طرف دیگر انتظارات زیاد والدین از آنها در معرض خطر سلامت روان هستند.^(۵) احتمال ابتلاء به افسردگی در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است.^(۱ و ۲ و ۵)

در تحقیقی گزارش کردند که خواهر و برادران کودکان مبتلا در خانواده توجه کمتری دریافت می کنند و از سطح نگرانی بالاتری در مورد فرد ناتوان و والدین خود برخوردارند.^(۶) در مطالعه ای نشان دادند نوجوانانی که دارای فرد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در خانواده هستند، تمرکزشان بر روی واکنش دوستانشان نسبت به آنهاست.^(۷) در سال ۲۰۰۳ گزارش کردند بچه های بزرگتر واکنش منفی خود به خواهر یا برادر ناتوانشان را به دلیل محدودیت فعالیت اجتماعی و از دست دادن دوستان خود بیان می کنند. وجود کودکان مبتلا نه تنها بر تحکم زناشویی و استرس والدین موثر است بلکه بر روی شخصیت و آرامش روانی کودکان سالم خانواده نیز تاثیر گذار

است.^(۶) که البته در پژوهشی نقش خواهران و برادران سالم در فراهم کردن حمایت لازم از کودک عقب مانده ذهنی بررسی شد. آنها یافتند که خواهران بیش از برادران از کودک ناتوان در خانه نگهداری می کنند و دختران بیشتر از پسران در معرض کم توجهی و مشکلات رفتاری هستند.^(۸)

علیرغم مطالعات قبلی، در گروهی دیگر از مطالعات به بی تاثیر بودن و یا حتی اثرات مثبت فرد ناتوان در خانه بر خواهران و برادران سالم اشاره می کنند. در مطالعه بر روی کودکان ۷ تا ۱۸ ساله که دارای فرد عقب مانده ذهنی در خانواده بودند مشخص گردید که این کودکان دارای اعتماد به نفس خوبی بودند و به خوبی می توانستند خود را مطرح کنند. آنها از اینکه باید از فرد ناتوان در خانه نگهداری کنند ناراحت نبودند. مادران این کودکان گزارش دادند که این کودکان مشکلات اندکی در رفتارهای خود دارند و والدین دارای نظر مثبتی بودند.^(۴) در واقع هر چه فرد ناتوان تر و وابسته تر باشد اثر منفی تری بر خواهران و برادران خواهد داشت.^(۵)

در مطالعه ای مشاهده کردند که آموزش والدین در مورد نظم و تعامل کودک عقب مانده ذهنی و افراد سالم خانواده، می تواند نقش عمده ای در ارتباطات خانواده داشته باشد.^(۷)

در برنامه حمایتی با نام «گروه برادر و خواهرها» در سال ۱۹۹۸ دادن اطلاعات لازم در مورد فرد عقب مانده ذهنی و آموزش در جهت حل تعارضات به خواهر و برادرها انجام شد.^(۹) هدف از این مطالعه تعیین اثر بخشی روش شناختی رفتاری بر مشکلات روان شناختی خواهر و برادران کودک مبتلا به عقب ماندگی ذهنی می باشد.

روش کار

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۲ و در محل کلینیک مشاوره کودکان اصفهان طراحی گردید. ابزار سنجش این مطالعه پرسشنامه راتر و مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV-IR می باشد. پرسشنامه راتر شامل ۳۱ سوال است

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج قبل و بعد در هر گروه توسط t. test paired و نتایج بین دو گروه با آزمون t. student مقایسه شد.

یافته ها

به طور کلی شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری در بین خواهر و برادران افراد عقب مانده ذهنی ۵۳/۲ درصد بود که ۲۳/۸ درصد آنها را دختران و ۲۹/۳ درصد را پسران تشکیل دادند. میانگین سنی این کودکان $2/6 \pm 9/4$ با حداقل ۶ و حداکثر ۱۲ سال بود.

میانگین نمره آزمون راتر قبل از مداخله در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $5/6 \pm 17/1$ و $5/6 \pm 16/7$ بود که تفاوت معنی داری نداشت به عبارتی گروهها مناسب انتخاب شده بودند ($P=0/6$).

میانگین نمرات پس آزمون راتر در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $5/6 \pm 14/7$ و $6/85 \pm 17/3$ بود که با مقایسه نمرات قبل و بعد در گروه مورد تفاوت معنی داری داشت ($P=0/001$)، به عبارتی مداخلات روان شناختی باعث کاهش نمره هیجانی رفتاری شده و اثر بخش بوده اما در گروه شاهد تفاوت معنی دار نبود ($P=0/4$) و نمرات پس آزمون بیشتر از پیش آزمون بود و نمره مسائل هیجانی رفتاری با گذشت زمان افزایش یافته بود (جدول ۱).

میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون بر حسب جنس در دو گروه مورد با $P=0/9$ و در گروه شاهد با $P=0/75$ تفاوت معنی داری نداشت.

جدول ۱ : نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه مورد و شاهد

مقدار P	میانگین نمره $\pm$ انحراف معیار		گروه
	پیش از مداخله	بعد از مداخله	
۰/۰۰۱	$17/1 \pm 5/6$	$14/7 \pm 5/6$	مورد
۰/۴	$16/75 \pm 5/6$	$17/3 \pm 6/85$	شاهد

بحث

که هر گزینه می تواند امتیاز ۰، ۱ و ۲ بگیرد و جهت سنجش مسائل عاطفی رفتاری بکار می رود. نقطه برش آزمون ۱۳ می باشد. سال ۱۳۷۳ در ایران در طرح پژوهش، حساسیت آزمون ۹۷ درصد و ویژگی اش ۸۸ درصد گزارش شد.^(۱۰) کلیه پرونده های افرادی که تا سال ۱۳۸۲ به مرکز مشاوره کودکان و نوجوانان شریعتی اصفهان مراجعه کرده بودند بررسی شد و کلیه آنهایی که دارای کودکان عقب مانده ذهنی بودند جدا گردید. از میان خواهر و برادران کودکانی که به این طریق مشخص شدند همه آنهایی که بین ۶ تا ۱۲ سال داشتند و دارای بهره هوشی طبیعی بودند انتخاب شدند که ۶۲ نفر بودند. سپس پرسشنامه راتر برای این افراد تکمیل و نتایج آن استخراج گردیده و آنهایی که نمره آزمون این آزمون برای آنها بالای ۱۳ بود انتخاب شدند. این افراد مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و آنهایی که بر اساس این مصاحبه هم مبتلا به مشکلات هیجانی رفتاری تشخیص داده شدند برای مطالعه انتخاب گردیدند. آنگاه بر اساس فرمول آماری و به طور تصادفی نمونه ها به ۲ گروه ۱۶ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. برای گروه مورد ۶ جلسه مشاوره از نوع رفتاری شناختی به صورت هفتگی و هر جلسه حداقل ۱ ساعت و به طور فردی برای هر کودک و والدین او برگزار شد. سرفصلهای ارائه شده در جلسات اول و دوم شامل پذیرش کودک عقب مانده ذهنی و دادن اطلاعات لازم در مورد خصوصیات این کودکان و نحوه برخورد مناسب با آنها بود. در جلسه سوم اصلاح خطاهای شناختی افراد و رفع احساس گناه در آنها بود. جلسه چهارم در زمینه تقسیم توجه در خانواده و مسئولیت پذیری در افراد یک خانواده بود و در دو جلسه آخر در زمینه مهارتهای اجتماعی لازم و توانائی حل مسئله مرتبط با موضوع فوق آموزش لازم رفتاری داده شد. یک ماه پس از انجام مداخلات، مجدداً پس آزمون راتر انجام شد.

بر اساس داده های بدست آمده حدود نیمی از خواهر و برادران افراد عقب مانده ذهنی از مشکلات رفتاری و هیجانی رنج بردند که مداخلات شناختی رفتاری می تواند به طور معنی داری مشکلات آنها را کاهش دهد. اما در صورت عدم دریافت این مداخلات، با گذشت زمان مشکلات بیشتری در آنها پدید می آید.

به طور کلی شیوع اختلالات هیجانی رفتاری در مطالعات مختلف در جمعیت عادی حدود ۲ تا ۲۲ درصد گزارش شده است.^(۴) در مطالعه ای که در شهر اصفهان بر روی کودکان دبستانی انجام شد شیوع اختلالات رفتاری ۱۵/۶ درصد گزارش شد^(۱۱) که این اختلالات در میان کودکانی با ریسک فاکتورهای ویژه همچون حضور خواهر و برادر معلول افزایش می یابد.^(۳)

مطالعات نشان داده که خواهر و برادران کودکان مبتلا به بیماریهای مزمن و یا کودکان معلول ۱/۶ تا دو برابر بیش از جمعیت کودکان نرمال در معرض ابتلا به اختلالات رفتاری و مشکلات سلامت روان هستند.^(۱۲)

در مطالعه ای که بر روی خواهر و برادران کودکان اوتیسم که یک اختلال فراگیر رشد همراه با عقب ماندگی ذهنی است نیز انجام شده میزان شیوع این مشکلات ۳۷ درصد گزارش شده است.^(۵) همچنین این مشکلات خصوصاً در میان خواهر و برادرانی که سن بین ۶ تا ۱۱ سال دارند شایعتر است.^(۱۳) در این مطالعه نیز گروه سنی ۶ تا ۱۲ سال بررسی شده که شیوع بالای نزدیک به ۵۰ درصد از اختلالات هیجانی و رفتاری را نشان می دهد که با مطالعات قبلی هم خوانی دارد. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که ۲۳/۸ درصد کودکان مورد بررسی اختلال هیجانی و ۲۱/۴ درصد آنها اختلال رفتاری و ۲/۱ درصد اختلال مرکب داشتند.

در مطالعه Dyson و همکارانش مشخص گردید که حضور خواهر یا برادر ناتوان و معلول می تواند اثرات روانی ویژه ای بر

کودکان سالم خانواده بگذارد که عوامل دیگری همچون توجه والدین و عوامل محیطی و حمایت های اجتماعی می تواند این اثرات را کمرنگ یا پررنگ تر کند. پیشنهاد شده که به این کودکان اجازه ابراز خود، بیان مشکلاتی که در رابطه با همشیر معلول خود دارند، مشکلات اجتماعی ناشی از حضور این همشیر، احساس شرمساری و خجالت داده شود، چنانچه این فرصت از این کودکان گرفته شود این کودکان دچار اختلالات روانی و رفتاری خواهند شد که می تواند آینده آنها را به شدت تحت تاثیر قرار دهد.^(۱۴) سیستم های حمایتی خانواده و مشاوره خانواده یکی از عواملی است که می تواند از تاثیر حضور کودک ناتوان بر دیگر کودکان بکاهد.^(۱۵)

در مطالعه ای نیز که تاثیر مداخلات روان پزشکی را در بهبود تطابق اجتماعی کودکان بررسی کرده است، این مداخلات سبب کاهش مشکلات رفتاری و افزایش تطابق کودکان با محیط شده است.^(۱۶)

افزایش آگاهی کودکان از شرایط معلولیت خواهر یا برادر خود باعث افزایش تطابق اجتماعی و بهبود مسائل رفتاری آنها می شود،^(۱۷) در مطالعه حاضر نیز مداخلات شناختی رفتاری به نحو قابل ملاحظه ای سبب کاهش اختلالات رفتاری هیجانی این کودکان شده است. عواملی همچون جنسیت کودکان نیز در نحوه برخورد این کودکان با همشیرهای ناتوان خود تاثیر دارد به طوری که خواهران کودکان ناتوان راحت تر از برادران، ناتوانی خواهر یا برادر خود را می پذیرند و برای آنها نقش حمایتی دارند.^(۱۸)

اما در مطالعه حاضر تاثیر جنسیت کودکان در ایجاد اختلال رفتاری یا هیجان دیده نشد و این اختلالات در دخترها و پسران یکسان بود. شاید این نکته که بزرگ شدن با یک همشیر ناتوان متفاوت است، اهمیت نداشته باشد بلکه عواملی چون وضعیت روانی والدین، وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده تفاوت سنی، اندازه خانواده و تعاملات و اطلاعات در مورد ناتوانی حمایت های

خانواده جدیدش سردرگم می شود و این مسئله خودش را به صورت اضطراب، گناه و خشم به جانب فرد ناتوان نشان می دهد^(۵)

پیشنهاد می گردد که در برنامه ریزی جهت کودکان کم توان ذهنی، با دیدی وسیع تر، زمینه خانواده و خواهر و برادران سالم آنها نیز از نظر دور نمانند و جهت حفظ بهداشت روان آنها، برنامه های آموزشی و حمایتی نیز تبیین گردد.

سیاسگزاری

بدینوسیله از گروه محترم روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به جهت همکاری در انجام پژوهش قدردانی می گردد.

رفتاری و اجتماعی همگی نقش مهمی در تاثیرات روانی ناشی از حضور کودک ناتوان داشته باشد^(۵) که بایستی مورد توجه بیشتر قرار گیرد.

همچنین مطالعات بیشتری برای تمرکز بر نیازهای حمایتی خواهر و برادران نه به عنوان کودک بلکه به عنوان افراد بالغ نیاز است زیرا در این زمان مسئولیت های مهم مراقبت، به جایگزینی از والدین بر عهده آنهاست. وقتی خواهر و برادران سالم به سن بزرگسالی می رسند خانواده جدید نه تنها شامل فرد ناتوان است بلکه در صورت ازدواج شامل فرزندان و همسران آنها نیز می شود، یک نکته در اینجا این است که چنانچه برای این مسئله برنامه ریزی نشود فرد بین مسئولیت هایش در قبال فرد ناتوان و

References

منابع

1. Bryan H, Robert M, et al. Mental Retardation. In: Sadock BI, Sadock VA. Kaplan & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003.PP.1161-93.
2. Bryan H, Robert M, et al. Mental Retardation. In: Sadock BI, Sadock VA. Kaplan & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2000.PP.2587-613.
3. Searn J, Todd S. Maternal employment and family responsibilities: The perspective of mothers of children with intellectual disabilities. J Applies Intellectual Disability 2000; 13: 109-31.
4. Blacher J, Jan A, Hofton Chris B. Current perspectives on family research in mental retardation. Current Opinion in Psychiatry 2001; 14: 477-82.
5. Nancy D, Timothy L. Siblings with disabilities, positive or negative relationships. Academic Exchange 2003: 1-5.
6. Connors C, Stalker K. The views and experiences of disabled children and their siblings: a positive outlook. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2003.PP.99-104.
7. Schlifer M, Stanly D. Forgotten children, it isn't fair! Sibling of children with disabilities. West port: Bergin & Carvey; 1993.PP. 33-44.
8. Seltzer MM, Greenberg JS, Krauss MW. Siblings of mental retardation or mental illness, effects on life style and psychological well being family relations.1997; 46: 395-406.
9. Stoneman Z. Supporting positive sibling relationships during childhood. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review 2001; 7: 134-42.

۱۰. کرمی صغری. بررسی وضعیت اختلال رفتاری و اختلال پس از استرس ضربه ای در کودکان ۹-۱۶ ساله مناطق زلزله زده در مقایسه با غیرزلزله زده. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۳۷۴. ص ۶۳.
۱۱. فرشید نژاد اکبر. بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان مدارس ابتدائی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۷۸. ص ۴۵.
12. Dosen A. Diagnosis and treatment of mental illness in mentally retarded children. *Child Psychiatry Hum Dev* 1989; 20: 73-8.
13. Orsmond GZ, Seltzer R. Brothers and sisters of adult with mental retardation: gendered nature of the sibling relation ship. *American Journal of Mental Retardation* 2000; 105:486-508.
14. Dyson ID, Edgard EC. Psychological predictors of a sibling of developmentally disabled children. *American Journal of Mental Retardation* 1989; 94: 292-302.
15. Fishman S, Wolf L, Ellison D. Risk and protective factors affecting the adjustment of Siblings of children with chronic disabilities. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1532-41.
16. Williams PD, Williams AR. A Community-Based intervention for Siblings and Parents of Children illness or disability: the ISEE Study. *Journal of Pediatric* 2003; 143:386-93.
17. Lobato DY, Kao BT. Integrated sibling parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology* 2002; 27:711-6.
18. Greenberg JS, Seltzer MM, Orsmond GI. Siblings of adult with mental illness or mental retardation: current involvement and expectation of Future Care giving. *Psychiatric Services* 1999; 50: 1214-9.

Efficacy of psychological intervention on problems of siblings of mental retarded children

Arman S., MD*; Firooz koohi M., MD**

Background: The prevalence of emotional - behavioral disorders in the normal sibling of mental disabled children is 1/6 –2 times as the normal population. This can affect deeply the future of these children. The aim of this research is to consider cognitive- behavioral intervention as a way to decrease the sibling's problem.

Methods and Materials: This study was performed as randomized clinical trials on 32 siblings (aged between 6-12 year old) of mental disabled children in 2003 in child guidance clinic, Isfahan. The data collection tool included clinical interview according to DSM-IV- TR criteria and Rutter's questionnaire.

Results: Generally, the prevalence of emotional- behavioral problems of siblings of mental disabled children were 53.2 percent, the mean score for Rutter's questionnaire was 17.08 ± 5.6 and 14.66 ± 5.63 before and after intervention respectively ($P=0.001$). But there wasn't significant difference between pre and post test in control group ($P= 0.4$)

Conclusions: The results showed that cognitive and behavioral interventions, reduces the emotional and behavioral problems in the sibling of mental disabled children.

KEY WORDS: Emotional and behavioral problem, Mental Retardation, Cognitive - behavioral intervention

*Psychiatric Dept, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, Isfahan, Iran.

** Psychiatrist.