

مقایسه استرس و حمایت اجتماعی درک شده مادران کودکان ۶ تا ۱۸ ماهه با تأخیر تکاملی و تکامل طبیعی

روشنک وامقی* صدیقه امیرعلی اکبری** فیروزه ساجدی* حمیرا سجادی*** حمید علوی مجد**** سهیلا حاجی قاسمعلی*****

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت سلامت مادران و از آنجا که وجود کودک با اختلال تکاملی سلامت روانی مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، این تحقیق با هدف مقایسه استرس و حمایت اجتماعی درک شده مادران کودکان ۶ تا ۱۸ ماهه با تأخیر تکاملی و تکامل طبیعی انجام یافته است.

روش بررسی: تحقیق به روش مقطعی-تحلیلی در مورد ۶۱۰ مادر و شیرخوار ۶ تا ۱۸ ماهه آن‌ها در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که به صورت چندمرحله‌ای و تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. داده‌ها با پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی مادر، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، مشخصات کودک، استرس درک شده Cohen، حمایت اجتماعی درک شده و پرسشنامه سنین و مراحل برای سنجش وضعیت تکامل کودک جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری من‌ویتنی، کای‌دو، تی‌مستقل و همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS v.19 تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن کودکان مورد بررسی $10/68 \pm 4/5$ ماه بود. با آزمون تی‌مستقل مشخص شد حمایت اجتماعی ($p=0/03$) و استرس درک شده مادر ($p=0/004$) در دو گروه متفاوت است. همچنین یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط بین استرس و حمایت اجتماعی مادر بود ($p < 0/04$).

نتیجه‌گیری: نتیجه تحقیق نشان داد، مادرانی که کودک با تأخیر تکاملی دارند دارای استرس بیش‌تر و حمایت اجتماعی درک شده کم‌تر نسبت به مادران دارای کودک طبیعی هستند، لذا لزوم غربالگری تأخیر تکاملی کودکان جهت انجام بررسی‌های بیش‌تر و کاستن از استرس مادران و همچنین تدارک حمایت اجتماعی مناسب برای آنان توصیه می‌شود.

نویسنده مسؤل:
صدیقه امیرعلی اکبری؛
مرکز تحقیقات
توانبخشی اعصاب
اطفال، دانشگاه علوم
بهبودی و توانبخشی
e-mail:
asa_akbari@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: تکامل کودک، تأخیر تکاملی، استرس درک شده، حمایت اجتماعی درک شده

- دریافت مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۹۴

مقدمه

با وجود پیشرفت‌هایی که در حیطه علم پزشکی صورت گرفته تأخیر تکاملی هنوز به عنوان یکی از مشکلات نظام بهداشتی حتی در کشورهای توسعه یافته محسوب می‌شود و شایع‌ترین مشکل بعد از عفونت‌ها و تروما در

طب کودکان است (۱-۳). در صورتی که کودک قادر به بروز خصوصیات برجسته تکاملی در سن خاص خود که از او انتظار می‌رود نباشد، دچار تأخیر تکاملی شده است (۴).

در حال حاضر حدود ۲۰۰ میلیون کودک زیر پنج سال در جهان از تکامل مطلوب برخوردار نیستند و یا در شرایطی قرار دارند که امکان دستیابی برای آن فراهم نیست (۱). شیوع این مشکل حتی در کشورهای پیشرفته

* استاد مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهبودی و توانبخشی، تهران، ایران
** دانشجو دکتری پژوهشی مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهبودی و توانبخشی، تهران، ایران
*** دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهبودی و توانبخشی، تهران، ایران
**** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
***** کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

هم رقم بالایی دارد (۵). این میزان در مطالعات مختلف از ۱/۵ تا ۲۰٪ در کشورهای مختلف گزارش شده است (۸-۶). در تحقیقاتی که در ایران انجام یافته میزان تأخیر تکاملی در شهرهای اصفهان (۱۸/۷٪)، قزوین (۲۲/۵٪) و کرج (۱۹/۸٪) مشخص شده است (۳ و ۹، ۱۰). متأسفانه نیمی از این اختلالات تا سن مدرسه تشخیص داده نمی‌شوند و تبعاً مورد درمان قرار نمی‌گیرند (۱۱). در بسیاری از موارد نمی‌توان یک عامل کاملاً مشخص را به عنوان علت اصلی ناتوانی‌های تکاملی ذکر کرد (۹ و ۱۲، ۱۳). تکامل سیستم عصبی مرکزی مغز تحت تأثیر عوامل بیولوژیک، عوامل دوران بارداری و عوامل محیطی و اجتماعی قرار دارد (۹).

این مشکل یکی از چالش‌های بزرگ از نظر صرف زمان، انرژی، بودجه و تجهیزات مراقبتی و آموزشی برای خانواده‌ها و نظام بهداشتی بوده و مسؤول صرف هزینه‌های بسیار جهت تشخیص، درمان و مراقبت می‌باشد. در بخش آموزش نیاز این کودکان به نظام‌های خاص آموزشی، منجر به تحمیل هزینه‌های بسیاری می‌شود که خود یکی از مشکلات سیاست‌گذاران بهداشتی و آموزشی است (۷ و ۱۴).

مطالعات نشان داده‌اند که داشتن یک کودک ناتوان به طور معناداری بر وضعیت روان‌شناختی والدین اثر می‌گذارد و باعث ایجاد استرس در خانواده و به ویژه والدین می‌شود (۱۵ و ۱۶). وجود این فرزندان در خانواده با توجه به نیازهای خاص کودک منبع استرس است و بر سلامت روانی اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (۱۷). همچنین ممکن است اعضای

خانواده در دنبال کردن امور زندگی و شغلی، ارتباطات اجتماعی و هر آنچه که برای اوقات فراقت در زندگی در دسترس است، با مشکل روبه‌رو شوند و همین امر ممکن است زمینه‌ساز کاهش حمایت اجتماعی در این خانواده‌ها نیز شود (۱۸). والدین این کودکان به ویژه مادران آن‌ها استرس بیشتری نسبت به سایر مادران متحمل می‌شوند و تأثیرات مخرب چنین استرسی بر بهداشت روانی و از جمله احساس بی‌کفایتی و صلاحیت والدگری آن‌ها، موجب تشدید اختلالات رفتاری در کودکان نیز خواهد شد (۱۹). نیازهای مراقبتی اضافی و غیرمعمول این کودکان عامل پیش‌بینی‌کننده مهم استرس در مادران است و کودکان با ناتوانی‌های مختلف، سطوح متفاوتی از استرس در مادرانشان ایجاد می‌کنند. منابع استرس در این خانواده‌ها را به این شرح ذکر کرده‌اند: ۱- نیازهای مراقبتی کودک، ۲- محدودیت‌های جسمانی و ویژگی‌های رفتاری او، ۳- مشکلات خانوادگی و والدینی 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 (۱۷). شواهد نشان می‌دهد که مادران بیش‌تر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر کودک قرار می‌گیرند، زیرا نیازها و مراقبت‌ها بیش‌تر توسط مادر برآورده می‌شود (۲۰). وجود این کودکان بر فعالیت‌های روزمره مادر نیز اثر می‌گذارد و زمان بیش‌تری صرف مراقبت از کودک و زمان کم‌تری صرف فعالیت‌های اجتماعی و اشتغال می‌شود که به واسطه این امر، محدودیت نقش در اجتماع را تجربه می‌کند (۱۹).

استرس به عنوان پاسخی فیزیولوژیک به نیازها و تهدیدهای فیزیکی و روانی تعریف می‌شود و یک عامل خطر ساز مهم تأثیرگذار بر زندگی است (۲۱). استرس از طریق سازوکارهای فیزیولوژیکی بر سلامتی فرد اثر می‌گذارد. افزایش فشارخون، افزایش برون‌ده قلبی، افزایش میزان کاتکولامین‌ها در خون، متأثر از استرس می‌باشد (۲۲). در سازگاری با استرس‌های عمده مؤثر بر سلامتی افراد، حمایت اجتماعی می‌تواند اثر مثبت داشته باشد. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری روان‌شناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه می‌شوند، مداخله کند و با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس‌زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی گشته و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل برساند (۲۳).

شرایط استرس‌زا در محیط خانواده بر حمایت اجتماعی می‌تواند اثرگذار باشد و این امر خود می‌تواند بر ایفای نقش والدگری اثر بگذارد، هرچه شرایط استرس‌زا در محیط بیش‌تر باشد از حمایت عاطفی همسر از مادر کاسته شده و این امر باعث می‌گردد که نقش مادری ضعیف‌تر شود (۲۴). مطالعه تاجری و بحیرایی نشان داد که مادران کودکان دارای مشکل در مقایسه با مادران کودکان عادی از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند (۱۷). والدین این کودکان منابع حمایتی کم‌تری دارند (۲۵) همچنین شواهد نشان‌دهنده این است که والدین کودکان ناتوان به احتمال بیش‌تری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند

روبه‌رو می‌شوند (۱۹) و همین امر ممکن است زمینه‌ساز کاهش حمایت اجتماعی در این خانواده‌ها شود (۱۸). حمایت و روابط خوب اجتماعی، سهم چشم‌گیری در سلامت دارد و نقش حفاظتی مهمی ایفا می‌کند. روابط حمایتی می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کم‌تری دریافت می‌کنند بیش‌تر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند (۲۶). مطالعات نشان‌دهنده این امر است که زنان با اختلالات روانی، حمایت اجتماعی پایین‌تری را گزارش کرده‌اند (۲۷). شواهد نشان‌دهنده این است که سلامت مادر و کودک با حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم دارد (۲۸).

فشار روانی وارد بر این مادران به دلیل استمرار، علاوه بر سلامت جسمی و روانی آنان، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و در سطحی وسیع‌تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر می‌کند (۲۹). کاهش سطح استرس والدین، به خصوص مادر نه تنها باعث سلامت روانی آن‌ها می‌گردد، بلکه منجر به کاهش مشکلات روانی کودکان نیز می‌شود. بررسی استرس والدین یک عامل مهم برای ارزیابی مداخلات زودرس است (۳۰). با توجه به این که سلامت زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد، از این رو پژوهش در زمینه سلامت زنان سودمند است (۳۱) و از آن جا که در خصوص حمایت اجتماعی والدین و تکامل کودک مطالعات بسیار اندک است (۳۲)، لذا این تحقیق با هدف مقایسه استرس و حمایت اجتماعی

درک شده مادران کودکان ۶ تا ۱۸ ماهه با تأخیر تکاملی و تکامل طبیعی انجام یافته است.

روش بررسی

این تحقیق به روش مقطعی-تحلیلی در مورد ۶۱۰ مادر و شیرخواران آنها که در سنین ۶ تا ۱۸ ماه بودند، در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۳ انجام یافته است. با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪ و اندازه اثر ۰/۴۵ حداقل نمونه با استفاده از فرمول

$$n \geq 2 \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

طرح در کمیته اخلاق دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی به تصویب رسید و پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نمونه‌گیری آغاز شد. روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بود، به این ترتیب که ابتدا مناطق وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران که شامل مناطق شرق، شمال و شمیرانات بود در نظر گرفته شد. سپس لیست درمانگاه‌های این مناطق تهیه گردید و از هر منطقه به صورت تصادفی دو درمانگاه انتخاب شد و براساس جمعیت تحت پوشش هر درمانگاه سهمی از نمونه به آن تعلق گرفت. مادران شیرخوارانی وارد مطالعه شدند که ایرانی و ۱۸ تا ۳۵ ساله بوده، تعداد زایمان‌های آنان کمتر از ۴ تا بود. سابقه بیماری‌های قلبی-شناخته شده نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی، ریوی و خودایمنی هم اکنون و نیز در بارداری اخیر نداشتند. همچنین

شیرخواران آنها حاصل حاملگی تک قلو و ترم بوده، دارای نمره آپگار بالای ۷ و وزن زمان تولد حداقل ۲۵۰۰ گرم بودند. این شیرخواران مکمل آهن را در ۶ ماه اول دریافت کرده بودند و سلامتی جسمی این کودکان در هنگام ورود به مطالعه به تأیید پزشک مرکز رسیده بود. در صورتی که مادر دچار عوارض دوران بارداری مانند دکولمان، پره‌اکلامپسی و پلی‌هیدرآمنیوس بود و زایمان اخیر وی طولانی بوده و یا با فورسپس یا واکيوم انجام شده بود و با عوارضی مانند خون‌ریزی و دیس‌توشی همراه بود، وارد مطالعه نمی‌شد. همچنین وجود سابقه فرزند با اختلالات تکاملی و نیز سابقه ناهنجاری مادرزادی شناخته شده در خانواده مادر و پدر کودک از موارد عدم ورود به مطالعه بود. شیرخواران با محدودیت رشد و سابقه بستری در بیمارستان وارد مطالعه نشدند.

ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی مادر، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، مشخصات کودک، استرس درک شده Cohen، حمایت اجتماعی درک شده و پرسشنامه سنین و مراحل برای سنجش وضعیت تکامل کودک بود. پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، سابقه مامایی، زایمان و مشخصات شیرخوار محقق ساخته بود و اعتبار آن با روش اعتبار محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه تأیید گردید.

جهت سنجش وضعیت اقتصادی-اجتماعی از پرسشنامه طراحی شده توسط گرمارودی و مرادی که شامل میزان تحصیلات

مادر، تحصیلات همسر، مساحت زیربنای مسکن برحسب افراد خانوار، قیمت هر متر مربع زمین منزل مسکونی، تسهیلات و وسایل رفاهی (مانند داشتن خودرو شخصی و رایانه) و درآمد خانواده می‌باشد، استفاده شد. در این پرسشنامه همبستگی این عوامل با نمره کل ۰/۸۷ به دست آمده است. بنابراین، براساس تطابق امتیازها، نقطه یاد شده برای ایجاد یک متغیر دو حالتی و دسته‌بندی خانوارها به دو گروه شامل وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامطلوب و مطلوب به وسیله شاخص خلاصه شده، ۱۶ تعیین شده است. حداکثر امتیاز بالقوه در شاخص خلاصه شده ۴۸ امتیاز می‌باشد (۳۴). پایایی این ابزار در مطالعه ما با آزمون مجدد ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه سنین و مراحل، یک ابزار غربالگر تکاملی است و برای کودکان ۶-۴ ماهه در قالب ۱۹ پرسشنامه تهیه شده است. برای هر مقطع سنی ۳۰ سؤال وجود دارد که شامل ۶ سؤال برای هر یک از حیطه‌های پنجگانه تکاملی: برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، توان حل مسأله و مهارت‌های شخصی-اجتماعی می‌باشد.

سوالات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که والدین با حداقل سواد دوره ابتدایی تحصیلی می‌توانند مفاهیم آن را درک کنند و پاسخ بدهند. برای هر یک از ۳۰ سؤال ۳ گزینه پاسخ وجود دارد: «بله» برای هنگامی که کودک کاملاً قادر به انجام آن فعالیت مورد سؤال هست، «هنوز نه» برای هنگامی که تاکنون هرگز فعالیت مورد سؤال را انجام نداده است و «گاهی» برای توانایی انجام فعالیت مورد سؤال در برخی از

اوقات، در نظر گرفته شده است. به پاسخ «بله» ۱۰ امتیاز، پاسخ «گاهی» ۵ امتیاز و پاسخ «هنوز نه» صفر امتیاز تعلق می‌گیرد. جمع امتیازات ۵ حیطه مورد بررسی با امتیازات استاندارد (نقاط برش) مقایسه می‌شود. در صورتی که کودک در هر یک از حیطه‌های ۵ گانه نتواند امتیاز نقطه برش مربوط را کسب کند، در آن حیطه دارای مشکل است. نقاط برش براساس دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که برای کودکان ایرانی تعیین گردیده، در نظر گرفته شد. پرسشنامه سنین و مراحل برای کودکان ایرانی توسط وامقی و همکاران هنجاریابی شده است (۳۵). میزان حساسیت ۰/۷۰-۰/۹۰، ویژگی ۰/۷۶-۰/۹۱، پایایی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با آزمون مجدد ۰/۹۳ در مطالعات مختلف گزارش شده است (۳۸-۳۶). این پرسشنامه در حال حاضر در تمامی درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه‌ها و طبق دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کودکان تکمیل می‌شود. پایایی این ابزار در مطالعه ما با آزمون مجدد از ۰/۹۵ تا ۰/۹۸ در چهار گروه سنی به دست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط Cohen و همکاران تهیه شده و برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود (۳۹) و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین دلیل به زبان‌های

«کاملاً موافقم» (با نمره هفت) درجه‌بندی شده است، منظور نماید. کم‌ترین و بیش‌ترین نمره ۱۲ و ۸۴ است که امتیاز بیش‌تر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بالاتری می‌باشد. در مطالعه ما پایایی درونی آن ۰/۸۷ و با آزمون مجدد پایایی ۰/۹۴ حاصل شد.

پس از توضیح اهداف تحقیق به مادران و کسب رضایت آنان برای شرکت در تحقیق پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شد. کودکانی که امتیازات مطلوب را کسب نکرده بودند، برای بررسی بیش‌تر به پزشک درمانگاه ارجاع داده شدند. همچنین مادرانی که سطح بالای استرس را نشان دادند، جهت مشاوره به واحد مربوط ارجاع داده شدند.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای، من‌ویتنی و تی‌مستقل و همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS v.19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان مورد بررسی $10/68 \pm 4/5$ ماه بود که به ترتیب ۲/۲۸، ۳/۲۴، ۱/۲۵ و ۴/۲۲٪ در گروه‌های سنی ۱۲، ۱۸ و ۲۴ ماه بودند. ۷/۴۷٪ کودکان دختر بودند. بین میانگین سنی مادر و پدر، سطح تحصیلات آن‌ها در دو گروه کودکان با تکامل طبیعی و تأخیر تکاملی تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۱). همچنین به ترتیب ۳/۹۹٪ و ۶/۹۹٪ مادران در دو گروه کودکان با تکامل طبیعی و تأخیر تکاملی خانه‌دار بودند که تفاوتی معناداری به لحاظ آماری نداشتند.

گوناگون ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. در این پژوهش از نسخه ۱۴ ماده‌ای آن استفاده شد. آزمودنی باید پاسخ‌های خود را در طیف پنج درجه‌ای لیکرت که از «هرگز» (با نمره صفر) شروع شده و به «بسیاری از اوقات» (با نمره پنج) ختم می‌شود، درجه‌بندی کند. دامنه نمرات قابل کسب بین صفر تا ۵۶ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیش‌تر است. نقطه برش برای این پرسشنامه تعیین نشده است. پایایی نسخه فارسی توسط باستانی و همکاران با روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ به دست آمده است (۴۰). در سایر مطالعات در ایران آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است (۴۴-۴۱). در مطالعه ما پایایی درونی ۰/۸۶ و پایایی با روش بازآزمون ۰/۸۹ به دست آمد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده که توسط Sarason و همکاران طراحی گردیده استفاده شده است (۴۵). این پرسشنامه در ایران توسط ناصح و همکاران به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی درونی آن مورد سنجش قرار گرفته و همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه گردیده است (۴۶). همچنین در مطالعات مختلف در سایر کشورها بارها به کار گرفته شده است (۴۷ و ۴۸). در ایران پایایی آن ۰/۸۹-۰/۸۶ به دست آمده است (۴۳ و ۴۹). این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال می‌باشد. آزمودنی باید پاسخ‌های خود را در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت که از «کاملاً مخالفم» (با نمره یک) تا

بیشترین فراوانی تأخیر در تکامل در گروه سنی ۶ ماهه‌ها بود (جدول شماره ۲). میزان تأخیر تکاملی در حیطه حل مسأله بیشترین و در حیطه حرکات درشت کمترین میزان را به خود اختصاص داده است (جدول شماره ۳).
آزمون تی مستقل نشان داد که بین حمایت اجتماعی ($p=0/03$) و استرس درک شده مادر

در دو گروه مادران تفاوت وجود دارد. همچنین بین حمایت اجتماعی با تکامل در حیطه‌های حرکات ظریف و بین استرس با تکامل در حیطه حل مسأله این تفاوت معنادار بود ($p<0/05$). ولی در سایر حیطه‌ها معنادار نبود (جدول شماره ۴). نتایج نشان‌دهنده همبستگی بین استرس و حمایت اجتماعی مادر بود ($p<0/04$).

جدول ۱- مقایسه خصوصیات جمعیت‌شناختی والدین به تفکیک وضعیت تکامل کودکان آن‌ها در مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۹۳

نتیجه آزمون	نوع آزمون	تأخیر در تکامل N=۸۳	تکامل طبیعی N=۵۲۷	وضعیت تکامل کودک		
				متغیرها		
$p=0/114$	$t=1/58$	تی مستقل	۲۹/۶۵±۵/۳۲	۲۸/۶۹±۵/۰۷	میانگین سن مادر	
$p=0/624$	$t=0/476$	تی مستقل	۳۴/۹۱±۳/۸۸	۳۲/۹۸±۵/۲۶	میانگین سن پدر	
$p=0/07$	من ویتنی	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	ابتدایی	تحصیلات مادر	
			۶(۷/۲)	۴۸(۹/۲)		
			۴۱(۴۹/۴)	۳۱۵(۵۹/۷)		راهنمایی و دبیرستان
			۳۲(۳۸/۵)	۱۳۷(۲۶)		دیپلم
$p=0/08$	من ویتنی	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	ابتدایی	تحصیلات پدر	
			۶(۷/۲)	۴۹(۹/۳)		
			۴۵(۵۴/۲)	۳۲۳(۶۱/۳)		راهنمایی و دبیرستان
			۲۲(۲۶/۵)	۱۲۴(۲۳/۵)		دیپلم
$p=0/015$	کای دو	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	مطلوب	وضعیت اقتصادی اجتماعی	
			۲۴(۲۸/۹)	۲۲۱(۴۲)		
			۵۹(۷۱/۱)	۳۰۶(۵۸)	نامطلوب	

جدول ۲- وضعیت تکامل کودکان به تفکیک مقاطع سنی در مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۹۳

جمع	تأخیر در تکامل تعداد(درصد)	طبیعی تعداد(درصد)	وضعیت تکامل	
			سن کودک	
۱۷۲	۲۶(۱۵/۱)	۱۴۶(۸۴/۹)	۶ ماهه	
۱۴۸	۲۴(۱۶/۲)	۱۲۴(۸۳/۸)	۸ ماهه	
۱۵۳	۲۲(۱۴/۴)	۱۳۱(۸۵/۶)	۱۲ ماهه	
۱۳۷	۱۱(۸)	۱۲۶(۹۲)	۱۸ ماهه	

جدول ۳- وضعیت تکامل کودکان به تفکیک حیطه‌های تکاملی در مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۹۳

تأخیر تکاملی N=۸۳		تکامل طبیعی N=۵۲۷		گروه‌ها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	حیطه‌های تکامل
۱/۸	۱۱	۹۸/۲	۵۹۹	حیطه ارتباط
۴/۸	۲۹	۹۵/۲	۵۸۱	حیطه حرکات ظریف
۱/۳	۸	۹۸/۷	۶۰۲	حیطه حرکات درشت
۷/۲	۴۴	۹۲/۸	۵۶۶	حیطه حل مسأله
۴/۶	۲۸	۹۵/۴	۵۸۲	حیطه شخصی- اجتماعی
۱۳/۶	۸۳	۸۶/۴	۵۲۷	کل حیطه‌ها

جدول ۴- تفاوت میانگین امتیازات استرس و حمایت اجتماعی مادر با وضعیت تکامل کودکان در حیطه‌های پنجگانه تکامل

نتیجه آزمون تی مستقل	امتیاز استرس (میانگین و انحراف معیار)	نتیجه آزمون تی مستقل	امتیاز حمایت اجتماعی (میانگین و انحراف معیار)	متغیرها	
				حیطه‌های تکاملی*	متغیرها
$p=۰/۰۶۵$	۲۲/۴۲±۸/۲۹	$p=۰/۵۰$	۵۹/۵۰±۱۵/۲۷	+	حیطه ارتباط
				-	
$p=۰/۲۷۱$	۲۴/۱۷±۹/۶۵	$p=۰/۰۴$	۵۹/۸۴±۱۵/۱۰	+	حیطه حرکات ظریف
				-	
$p=۰/۱۷۲$	۲۲/۴۵±۸/۳۳	$p=۰/۴۹۱$	۵۹/۶۰±۱۵/۲۰	+	حیطه حرکات درشت
				-	
$p=۰/۰۱۵$	۲۲/۲۸±۸/۱۶	$p=۰/۱۴۳$	۵۹/۸۱±۱۵/۲۰	+	حیطه حل مسأله
				-	
$p=۰/۷۹۳$	۲۲/۵۲±۸/۲۸	$p=۰/۴۴۹$	۵۹/۶۶±۱۵/۱۹	+	حیطه شخصی اجتماعی
				-	
$p=۰/۰۰۴$	۲۲/۱۲±۸/۱۸	$p=۰/۰۳$	۶۰/۰۷±۱۵/۰۴	+	کل حیطه‌ها
				-	

* تکامل طبیعی (+) * تأخیر تکاملی (-)

بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق ما میزان تأخیر تکاملی در حیطه حل مسأله بیش‌ترین و در حیطه حرکات درشت کم‌ترین میزان را به خود اختصاص داده است. ساجدی و همکاران در تحقیق خود در حیطه‌های مختلف تأخیر تکاملی را از ۳/۶۹٪ تا ۴/۳۱٪ در تهران گزارش کردند که بیش‌ترین میزان تأخیر در حیطه حرکات ظریف و کم‌ترین در حیطه شخصی- اجتماعی بود (۵۰٪). شاید

تفاوت‌ها در این مطالعات به سن کودکان مورد بررسی و نیز تعداد نمونه‌ها بستگی داشته باشد.

نتایج نشان داد که مادران دارای کودک با تأخیر تکاملی استرس بیش‌تری نسبت به مادران با کودک طبیعی دارند. نتایج ما با تحقیق Dogan و Gupta و Kaur هم‌خوانی دارد (۵۱ و ۵۲). نتایج تحقیق بیات و همکاران مشکلات روانی بیش‌تری را در این مادران نشان داد

دارد. میزان آسیب‌پذیری مادر در برابر استرس وارد شده بستگی به مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی دارد (۶۰).

تحقیق ما نشان داد که مادران کودک دارای تأخیر تکاملی از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند. جدیدی فیقان و همکاران نشان دادند که بین دو گروه مادران دارای کودک سالم و کودک ناتوان از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت وجود دارد و این زنان حمایت کم‌تری دریافت می‌کنند (۶۱). Masood و همکاران نیز گزارش کردند که این مادران حمایت اجتماعی کم‌تری را دریافت می‌کنند (۶۲). نتایج تحقیق Margalit و همکاران حاکی از این است که والدین این کودکان حمایت اجتماعی کم‌تری دریافت می‌کنند که با مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۶۳). همچنین در تحقیق نادری و همکاران نشان داده شد که این مادران از حمایت اجتماعی کم‌تری برخوردار هستند (۶۴). در خصوص حمایت اجتماعی والدین و تکامل کودک مطالعات بسیار اندک است (۳۲). نتایج تحقیق نشان داد بین حمایت اجتماعی و استرس ارتباط وجود دارد، بدین معنی که با بالا رفتن میزان حمایت اجتماعی از میزان استرس مادر کاسته می‌شود. مطالعه ما با نتایج McConnell و همکاران هم‌خوانی دارد (۶۵). حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند. حمایت اجتماعی عامل مهمی است که تأثیرات روان‌شناختی و نامطلوب پرورش یک کودک ناتوان را کاهش می‌دهد (۶۶ و ۶۷). حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشم‌گیری در سلامت دارند. این امر تأثیر حفاظتی قوی بر

(۵۲). Hill و Rose گزارش کردند که مادران دارای کودکان با مشکلات تکاملی در حیطه‌شناختی، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (۵۴). مادران به دلیل داشتن نقش مراقبتی مسؤولیت‌های بیش‌تری در قبال فرزند کم توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیش‌تری مواجه می‌شوند (۳۰). وجود کودک با تأخیر تکاملی با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک برای مادران که نسبت به بقیه اعضای خانواده بیش‌تر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد (۱۷). Palmer و همکاران سطوح بالای هورمون کورتیزول و میزان بالای استرس را در مادران با کودکان دارای مشکلات تکاملی نشان داده‌اند (۵۵). همچنین نتایج مطالعه Uskun و Gundogar با نتایج ما همسو می‌باشد (۵۶).

Smith و همکاران نشان دادند که ناتوانی کودک یک عامل پیشگویی‌کننده برای استرس والدین است (۵۷). Khan و همکاران در یک مطالعه کوهورت به بررسی استرس مادر با وضعیت تکاملی کودکان پرداختند و نتایج مشابه نتیجه تحقیق ما گزارش کردند (۵۸). Pelchat و همکاران گزارش کردند که نوع ناتوانی با میزان استرس والدین به ویژه مادر رابطه دارد (۵۹). یافته‌ها نشان می‌دهند که اثر ناتوان‌کننده و آسیب‌رسان حضور این کودکان بر خانواده و به ویژه مادران، بستگی به عوامل مختلف مانند نوع و شدت مشکل یا ناتوانی، جنسیت کودک، میزان حمایت‌های در دسترس خانواده و ویژگی‌های شخصیتی افراد درگیر

به طور کلی نتیجه تحقیق حاضر نشان داد، مادرانی که کودک با تأخیر تکاملی دارند دارای استرس بیشتر و حمایت اجتماعی درک شده کمتر نسبت به مادران دارای کودک طبیعی هستند، لذا لزوم غربالگری تأخیر تکاملی کودکان جهت انجام بررسی‌های بیشتر و کاستن از استرس مادران و همچنین تدارک حمایت اجتماعی مناسب برای آنان توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله استخراج شده از پایان‌نامه مقطع دکتری پژوهشی صدیقه امیرعلی اکبری با عنوان «طراحی و آزمون مدل ارتباطی عوامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مادر با فرآیند اختلالات تکاملی شیرخواران» مصوب مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با راهنمایی سرکار خانم دکتر روشنک وامقی می‌باشد. نویسندگان از رؤسا و سایر همکاران مراکز بهداشتی-درمانی و نیز مادران شرکت‌کننده در تحقیق کمال قدردانی و تشکر را دارند.

سلامتی دارد. روابط حمایتی می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند بیشتر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند (۲۷). فراهم کردن منابع حمایتی عاطفی، مادی و اطلاعاتی برای مادر می‌تواند در جهت انجام رفتارهای سالم و بهداشتی و ایجاد تغییراتی در سبک زندگی به منظور بهبود سلامت جسمی سوق داده شود (۶۸). در صورت فقدان شبکه‌های حمایتی زنان، از دریافت خدمات سلامتی نیز باز می‌مانند (۶۹). حمایت اجتماعی سبب افزایش سلامت روانی و جسمانی فرد دریافت‌کننده حمایت می‌شود. در میان مطالعات مختلفی که حمایت اجتماعی درک شده و دریافت شده را بررسی کرده‌اند، مشاهده شده است که درک حمایت اجتماعی عامل پیشگویی‌کننده بهتری برای تندرستی و سلامت است (۷۰). مطالعات مقطعی نشان‌دهنده رابطه منفی بین سطوح حمایت اجتماعی و اختلالات روانی هستند. با این حال این ارتباط را نمی‌توان لزوماً رابطه علی در نظر گرفت (۷۱).

منابع

- 1 - de Moura DR, Costa JC, Santos IS, Barros AJ, Matijasevich A, Halpern R, et al. Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2010 May; 24(3): 211-21.
- 2 - Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson textbook of pediatrics*. 17th ed. Philadelphia, PA: Saunders Co; 2004.
- 3 - Torabi F, Amir Ali Akbari S, Amiri S, Soleimani F, Alavi Majd H. Correlation between high-risk pregnancy and developmental delay in children aged 4-60 months. *Libyan Journal of Medicine*. 2012; 7(1): 188-11.
- 4 - Baker RC. *Pediatric primary care: well-child care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- 5 - Amir Ali Akbari S, Montazeri S, Torabi F, Amiri S, Soleimani F, Alavi Majd H. Correlation between anthropometric indices at birth and developmental delay in children aged 4-60 months in Isfahan, Iran. *Int J Gen Med*. 2012; 5: 683-7.
- 6 - Al-Naddawi M, Ibraheem MF, Alwan SH. Causes of global developmental delay in children welfare teaching hospital-Baghdad. *The Iraqi Postgraduate Medical Journal*. 2013; 12(3): 383-389.
- 7 - Poon JK, LaRosa AC, Pai GS. Developmental delay timely identification and assessment. *Indian Pediatr*. 2010 May; 47(5): 415-22.

- 8 - Potijk MR, Kerstjens JM, Bos AF, Reijneveld SA, de Winter AF. Developmental delay in moderately preterm-born children with low socioeconomic status: risks multiply. *J Pediatr*. 2013 Nov; 163(5): 1289-95.
- 9 - Soleimani F, Bajelan Z, Amir Ali Akbar S, Alavi Majd H. [Correlation between anemia during delivery and developmental delay in children 12 months in Qazvin, Iran 2011-2012]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 13(5): 66-72. (Persian)
- 10 - Soleimani F, Khoshbin E, Shams S. [Report of motor developmental delay screening of infants (4-18 months old) of Karaj city]. *Journal of Rehabilitation*. 2001; 2(3): 22-28. (Persian)
- 11 - Kosaryan M, Vahidshahi K, Shafaat B, Abaskhanian A, Azizi S, Shahrokh Sh, et al. [Screening of developmental problem, day care centers, Sari, 2006]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2007; 17(59): 69-75. (Persian)
- 12 - Soleimani F, Teymouri R, Biglarian A. Predicting developmental disorder in infants using an artificial neural network. *Acta Med Iran*. 2013 Jul 13; 51(6): 347-52.
- 13 - Persha A, Arya S, Nagar RK, Behera P, Verma RK, Kishore MT. Biological and psychosocial predictors of developmental delay in persons with intellectual disability: retrospective case-file study. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2007; 18(1): 93-100.
- 14 - Andersen SK. eHealth beyond the horizon - get IT there: proceedings of MIE2008, the XXIst international congress of the European federation for medical informatics. Amsterdam; Washington, DC: IOS Press; 2008.
- 15 - Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*. 2007 Feb; 119 Suppl 1: S114-21.
- 16 - Zembat R, Yildiz D. A comparison of acceptance and hopelessness levels of disabled preschool children's mothers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 2(2): 1457-1461.
- 17 - Tajeri B, Bahiraei AR. [The association of parenting stress, religious attitude, and knowledge with maternal acceptance for sons with mental retardation]. *Research on Exceptional Children*. 2008; 8(2): 205-224. (Persian)
- 18 - Tabassum R, Mohsin N. Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies (IJEEFUS)*. 2013 Dec; 3(5): 33-40.
- 19 - Saberi J, Bahramipour M, Ghmarane A, Yarmohamadian A. [The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with autism disorder]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2014; 15(2): 69-7. (Persian)
- 20 - Mohamadi MA, Dadkhah B. [Comparison of psycho-social difficulties of the parents with mentally retarded children under rehabilitation in the Ardabil Behzisti 2001]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2002; 1(3): 200-206. (Persian)
- 21 - Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(1): 8-17.
- 22 - Ganster DC, Victor B. The impact of social support on mental and physical health. *Br J Med Psychol*. 1988 Mar; 61(Pt 1): 17-36.
- 23 - Ezzati A, Nouri R, Hasani J. [Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile women in Tehran, Iran, 2010]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16(45): 20-28. (Persian)
- 24 - Ceballo R, McLoyd VC. Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Dev*. 2002 Jul-Aug; 73(4): 1310-21.
- 25 - Margalit M, Raviv A, Ankonina DB. Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992; 21(3): 202-209.
- 26 - Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
- 27 - Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2011; 11: 48.
- 28 - Logsdon MC, Birkimer JC, Ratterman A, Cahill K, Cahill N. Social support in pregnant and parenting adolescents: research, critique, and recommendations. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2002 Apr-Jun; 15(2): 75-83.

- 29 - Berg-Nielsen TS, Vika A, Dahl AA. When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care Health Dev.* 2003 May; 29(3): 207-13.
- 30 - McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a cross-cultural study. *Int J Nurs Stud.* 2008 Jan; 45(1): 65-74.
- 31 - Landsem IP, Handegard BH, Tunby J, Ulvund SE, Ronning JA. Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized controlled trial. *Trials.* 2014 Oct 4; 15: 387.
- 32 - Hashima PY, Amato PR. Poverty, social support, and parental behavior. *Child Dev.* 1994 Apr; 65(2 Spec No): 394-403.
- 33 - Plichta SB, Kelvin EA, Munro BH. *Munro's statistical methods for health care research.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- 34 - Garmaroudi GhR, Moradi A. [Socio-economic status in Iran: a study of measurement index]. *Payesh Journal.* 2010; 9(2): 137-144. (Persian)
- 35 - Vameghi R, Sajedi F, Kraskian Mojembari A, Habiollahi A, Lornezhad HR, Delavar B. Cross-cultural adaptation, validation and standardization of Ages and Stages Questionnaire (ASQ) in Iranian children. *Iran J Public Health.* 2013 May 1; 42(5): 522-8.
- 36 - Glascoe FP. Screening for developmental and behavioral problems. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2005; 11(3): 173-9.
- 37 - Ahsan S, Murphy G, Kealy S, Sharif F. Current developmental surveillance: is it time for change?. *Ir Med J.* 2008 Apr; 101(4): 110-2.
- 38 - Earls MF, Hay SS. Setting the stage for success: implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice—the North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics.* 2006; 118(1): e183-e188.
- 39 - Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983 Dec; 24(4): 385-96.
- 40 - Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. [Breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers]. *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2008; 21(54): 9-23. (Persian)
- 41 - Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mahmoodi Z. Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iran Red Crescent Med J.* 2013 Jun; 15(6): 507-14.
- 42 - Mohammadi Yeganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar Vafaie M, Haghani H. [Effect of stress management education on mood and perceived stress among oral contraceptive pill users]. *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2008; 21(53): 63-73. (Persian)
- 43 - Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. [Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2014; 16(3): 156-164. (Persian)
- 44 - Mazlom SR, Darban F, Vaghei S, Modarres Gharavi M, Kashani Lotfabadi M, Shad M. [The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses' perceived stress in psychiatric wards]. *Journal of Evidence Based Care.* 2012; 2(1): 35-43. (Persian)
- 45 - Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1983; 44(1): 127-39.
- 46 - Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei MT, Nojomi M, Richter J. [A Persian version of the Social Support Questionnaire (SSQ)]. *Social Welfare.* 2011; 11(41): 251-66. (Persian)
- 47 - Ekback M, Benzein E, Lindberg M, Arestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)—a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Oct 10; 11: 168.
- 48 - Zhou K, Li H, Wei X, Yin J, Liang P, Zhang H, et al. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment. *Compr Psychiatry.* 2015 Jul; 60: 182-8.
- 49 - Bagherian Sararoudi R, Sanei H, Baghbanian A. The relationship between type D personality and perceived social support in myocardial infarction patients. *J Res Med Sci.* 2011 May; 16(5): 627-633.
- 50 - Sajedi F, Vameghi R, Kraskian Mujembari A. Prevalence of undetected developmental delays in Iranian children. *Child Care Health Dev.* 2014 May; 40(3): 379-88.

- 51 - Dogan M. Comparison of the parents of children with and without hearing loss in terms of stress, depression, and trait anxiety. *International Journal of Early Childhood Special Education*. 2010 Dec; 2(3): 231-246.
- 52 - Gupta RK, Kaur H. Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2010; 21(2): 118-126.
- 53 - Bayat M, Salehi M, Bozorgnezhad A, Asghari A. The comparison of psychological problems between parents of intellectual disabilities children and parents of normal children. *World Applied Sciences Journal*. 2011; 12(4): 471-475.
- 54 - Hill C, Rose J. Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *J Intellect Disabil Res*. 2009 Dec; 53(12): 969-80.
- 55 - Palmer FB, Anand KJ, Graff JC, Murphy LE, Qu Y, Volgyi E, et al. Early adversity, socioemotional development, and stress in urban 1-year-old children. *J Pediatr*. 2013 Dec; 163(6): 1733-1739.
- 56 - Uskun E, Gundogar D. The levels of stress, depression and anxiety of parents of disabled children in Turkey. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(23): 1917-27.
- 57 - Smith AL, Ronski M, Sevcik RA, Adamson LB, Barker RM. Parent stress and perceptions of language development: comparing Down syndrome and other developmental disabilities. *Fam Relat*. 2014 Feb; 63(1): 71-84.
- 58 - Khan NZ, Muslima H, Bhattacharya M, Parvin R, Begum N, Jahan M, et al. Stress in mothers of preterm infants in Bangladesh: associations with family, child and maternal factors and children's neuro-development. *Child Care Health Dev*. 2008 Sep; 34(5): 657-664.
- 59 - Pelchat D, Ricard N, Bouchard JM, Perreault M, Saucier JF, Berthiaume M, et al. Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child Care Health Dev*. 1999 Sep; 25(5): 377-97.
- 60 - Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *J Intellect Disabil Res*. 2006 Dec; 50(Pt 12): 874-82.
- 61 - Jadidi Feighan M, Safrry S, Faramarzi S, Jamali Paghale S, Jadidi Feighan M. [Comparing social support and social anxiety between mothers of children with special needs and mothers of normal children]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 16(2): 43-52. (Persian)
- 62 - Masood AF, Turner LA, Baxter A. Causal attributions and parental attitudes toward children with disabilities in the united states and Pakistan. *Exceptional Children*. 2007 Jul; 73(4): 475-487.
- 63 - Margalit M, Raviv A, Ankonina DB. Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992; 21(3): 202-209.
- 64 - Naderi F, Safarzadeh S, Mashak R. [Comparison of hypochondriasis, social support, social anxiety and general health between mothers of retarded and ordinary children]. *Journal of Health Psychology*. 2011; 1(1): 15-41. (Persian)
- 65 - McConnell D, Breitreuz R, Savage A. From financial hardship to child difficulties: main and moderating effects of perceived social support. *Child Care Health Dev*. 2011 Sep; 37(5): 679-91.
- 66 - Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Soc Sci Med*. 2005 Jun; 60(11): 2549-59.
- 67 - Bishop SL, Richler J, Cain AC, Lord C. Predictors of perceived negative impact in mothers of children with autism spectrum disorder. *Am J Ment Retard*. 2007 Nov; 112(6): 450-61.
- 68 - Feldman PJ, Dunkel-Schetter C, Sandman CA, Wadhwa PD. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med*. 2000 Sep-Oct; 62(5): 715-25.
- 69 - Qureshi N, Shaikh BT. Women's empowerment and health: the role of institutions of power in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007; 13(6): 1459-65.
- 70 - Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Mar; 21(2): 201-5.
- 71 - Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994; 377: 50-8.

Comparison of stress and perceived social support in mothers of 6-18 month-old children with and without developmental delay

Roshanak Vameghi* (MD) - Sedigheh Amir Aliakbari** (MSc.) - Firoozeh Sajedi* (MD) - Homeira Sajjadi*** (Ph.D) - Hamid Alavimajd**** (Ph.D) - Soheila Hajighasemali***** (MSc.).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Aug. 2015
Accepted: Nov. 2015

Background & Aim: Given the importance of mothers' health and considering that developmental delay in children affects their mothers' mental health; this study aimed to compare stress and perceived social support in mothers of 6-18 month old children with and without developmental delay.

Methods & Materials: This cross-sectional, analytical study was performed on 610 mothers and their 6-18 month-old infants in health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The participants were selected through the multi-stage random sampling. To collect data, the following questionnaires were used: obstetric and demographic characteristics, socio-economic status, infants' characteristics, the Cohen perceived stress scale, perceived social support, and Ages and Stages questionnaire to determine the children's development status. The data were analyzed by SPSS v.19 software and using descriptive statistics, Pearson correlation, chi-square, independent *t*-test and Man-Whitney statistical tests.

Results: The mean age of infants were 10.68 ± 4.5 months. Independent *t*-test revealed a significant difference between mothers' perceived stress ($P=0.004$) and social support ($P=0.01$) in the two groups. In addition, a relationship was observed between the mother's social support and stress ($P<0.04$).

Conclusion: The results showed that mothers of children with developmental delays have more stress and lower perceived social support than mothers of normal children. Therefore, it is recommended to perform developmental screening for further examination and the reduction of mothers' stress, as well as to provide appropriate social support.

Corresponding author:
Sedigheh Amir Aliakbari
e-mail:
asa_akbari@yahoo.com

Key words: Child development, Developmental delay, Perceived social support, Perceived stress

Please cite this article as:

- Vameghi R, Amir Aliakbari S, Sajedi F, Sajjadi H, Alavimajd H, Hajighasemali S. [Comparison of stress and perceived social support in mothers of 6-18 month-old children with and without developmental delay]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2015; 21(3): 74-87. (Persian)

* Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

** Ph.D Student, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*** Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**** Dept. of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***** MSc. in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran