

وضعیت مراکز نگهداری از معلولین ذهنی و میزان ارضای نیازهای آنان توسط مراقبین

دکتر سیمای کرمانشاهی*

اکرم رضائیان**

* استادیار پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
** دانش آموخته ارشد پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

آدرس نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری، تلفن ۰۲۱-۸۲۸۳۸۹۹

Email: kerman_s@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۲۹

* چکیده

زمینه: در سال‌های اخیر شمار افراد مبتلا به معلولیت ذهنی افزایش یافته است. تعدادی از این اشخاص در مؤسسه‌ها تحت مراقبت هستند و از کمک‌های حمایتی بهزیستی استفاده می‌کنند.

هدف: مطالعه به منظور ارزیابی وضعیت مراکز نگهداری از معلولین ذهنی و میزان ارضای نیازهای آنان توسط مراقبین انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی که در سال ۱۳۸۰ در تهران انجام شد، ۳۵ نفر از مراقبین شاغل با انتخاب غیرتصادفی در دو مرکز دولتی و یک مرکز خیریه شرکت کردند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه و برگه ارزیابی مشاهده‌ای استاندارد جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: ۷۷٪ مراقبین در تأمین نیاز به پیشرفت و موفقیت، ۷۴٪ نیاز به هویت، ۶۸٪ نیاز به فلسفه ارضاکنده زندگی، ۵۴٪ نیاز به استقلال معلولین، ضعیف و در تأمین سایر نیازهای آنان مثل غذا و خواب در حد خوب عمل کردند. وضعیت مراکز از نظر امکانات کارکنان و تجهیزات ساختمانی متناسب با استاندارد نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، نیازهای معلولین ذهنی در ارتباط با نیاز به پیشرفت، هویت و فلسفه ارضاءکننده زندگی باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: معلولین ذهنی، مراقبین، ارضای نیازها

* مقدمه

طبق بررسی‌های انجام شده، میزان شیوع در کشورهای کم‌تر توسعه یافته ۱/۶ تا ۳ درصد و نسبت به کشورهای پیشرفته، بالاتر است. در ایران این میزان حدود ۳ درصد است. در یک مطالعه، میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در شهر اردبیل ۳/۶ درصد به دست آمد که از میزان شیوع در سطح جهانی ۱/۳ درصد بیشتر است.^(۶)

یکی از مشکلات معلولین ذهنی علاوه بر مشکلات شناختی، اختلال‌های روانی و رفتاری است که این میزان حدود ۴ برابر افراد عادی است.^(۷) این اختلال‌ها معمولاً مراقبین را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کنند و آن‌ها را در معرض سوء رفتار قرار می‌دهند؛ به طوری که ۴۲ درصد از والدین و ۷۱ درصد از مراقبین افراد عقب مانده ذهنی

بیش از ۳۰۰ میلیون نفر عقب مانده ذهنی در سراسر جهان وجود دارد که بخش قابل توجهی از آن‌ها را کودکان تشکیل می‌دهند. عقب ماندگی ذهنی یکی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مسایل و مشکلات در کودکان و نوجوانان امروزی است که تا سن بزرگسالی نیز باقی می‌ماند.^(۲،۱)

عقب ماندگی ذهنی با محدودیت عملکرد فرد در انجام مهارت‌های سازگاری، مراقبت از خود، حفظ سلامتی، عملکرد شغلی و تحصیلی همراه است.^(۳) میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در انگلیس ۰/۳ تا ۰/۵ درصد، در سوئد ۰/۳ تا ۰/۷ درصد و در فنلاند حدود ۰/۶ درصد برآورد شده است.^(۵،۴)

۶) معیار) نیاز به امنیت (۳ معیار)، نیاز به خواب (۲ معیار) و نیاز به غذا خوردن (۹ معیار). برای هر کدام از این معیارها ۳ گزینه «همیشه»، «گاهی» و «هرگز» در نظر گرفته شد که به آن‌ها به ترتیب ۳، ۲ و یک امتیاز تعلق می‌گرفت.^(۱۱) بدین ترتیب کم‌ترین نمره‌ای که هر نفر دریافت می‌کرد ۵۲ و بیش‌ترین نمره ۱۵۶ بود. در نهایت میانگین حداکثر و حداقل نمره کسب شده به‌عنوان معیار تصمیم‌گیری در نظر گرفته شد. به‌عنوان مثال در مورد نیاز به استقلال که حداکثر ۲۱ و حداقل ۷ نمره کسب می‌شود، میانگین به دست آمده ۱۴ بود. بر این اساس امتیازهای ۱۴ تا ۱۷/۵ متوسط، امتیازهای بالاتر از ۱۷/۵ خوب و کم‌تر از ۱۴ ضعیف محسوب می‌شد.

جهت بررسی وضعیت مراکز نگره‌داری از معلولین ذهنی از برکه ارزیابی مشاهده‌ای استاندارد محیط در سه بخش فضا و ساختمان، کارکنان مورد نیاز و تجهیزات مورد نیاز استفاده شد. برای مثال در قسمت فضا و ساختمان به وجود تمام فضاهای مورد نیاز، استحکام بنا، ایمنی و فضای سرانه هر مددجو توجه شد. در قسمت کارکنان مورد نیاز به شرایط استخدام، تحصیلات، گذراندن دوره آموزشی و غیره اشاره شد و در قسمت تجهیزات به وجود وسایل سمعی و بصری، وسایل فیزیوتراپی و غیره پرداخته شد. پاسخ سؤال‌ها به صورت بلی - خیر بود. به هر یک از سؤال‌ها در صورت پاسخ بلی ۲ امتیاز و در صورت پاسخ خیر ۱ امتیاز تعلق گرفت و در نهایت نتایج به صورت توصیفی بیان شد.

به منظور تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات از روش آزمون مجدد و آزمون همزمان استفاده شد که با همبستگی ضریب پایایی بالای ۷۸ درصد تأیید شد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار جمع‌آوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا و نظر اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و از چارچوب استاندارد معرفی شده توسط سازمان بهزیستی استفاده شد.^(۱۲، ۱۳) در نهایت داده‌ها با آمار توصیفی ارائه شدند.

رفتارهای آزارگرانه آن‌ها را گزارش کرده‌اند.^(۸) از سوی دیگر عواملی نظیر تعداد معلولین موجود در مراکز نگره‌داری، سن آن‌ها، نسبت آن‌ها به تعداد مراقبین و خصوصیات مراقبین مانند مهارت حرفه‌ای و تجربه آنان، در بروز رفتارهای آزارگرانه مؤثر است.^(۹) معلول ذهنی علاوه بر نیازهای مراقبتی متناسب با سن، نیازهای اختصاصی دیگری دارد که تلاش جهت پرورش صحیح آن‌ها مستلزم آگاهی و توجه به این نیازهاست. تأمین نیازهای مددجو باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی شود که به حداکثر کمال اجتماعی و پیشرفت و استقلال شخصی برسد.^(۱۰) از سوی دیگر در شرایطی که تأمین این نیازها متضمن ارتقای کیفیت زندگی مددجو است، توجه به محیط نگره‌داری معلولین ذهنی (از نظر ساختار، تجهیزات توان بخشی و تعداد کارکنان در مقایسه با استاندارد) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت مراکز نگره‌داری از معلولین و میزان تأمین نیازهای معلولین عقب مانده ذهنی توسط مراقبین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۰ بر روی ۳۵ نفر از مراقبین در سه مرکز نگره‌داری بهزیستی (۲ مرکز دولتی و یک مرکز خیریه) در شهر تهران انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد که بخش اول آن شامل اطلاعات جمعیتی مراقبین اعم از سن، سابقه کاری، سابقه کاری در مراقبت از مددجوی عقب مانده ذهنی، تحصیلات، تعداد دوره‌های آموزش ضمن خدمت و وضعیت تأهل بود. بخش دوم مربوط به میزان ارضای نیازهای عمومی و اختصاصی مددجویان توسط مراقبین بود که عبارت بودند از نیاز به استقلال (۷ معیار) نیاز به تعلق (۶ معیار) نیاز به هویت (۶ معیار) نیاز به فلسفه ارضاء‌کننده زندگی (۵ معیار) نیاز به قدرت و منزلت (۴ معیار) نیاز به پذیرش (۲ معیار) نیاز به احترام (۲ معیار) نیاز به پیشرفت و موفقیت

*** یافته‌ها:**

اکثر مراقبین در سن میان‌سالی، دارای تحصیلات زیر دیپلم و سابقه کاری بالا در مراقبت از معلولین ذهنی بودند و ۶۰ درصد دوره بازآموزی در مورد عقب ماندگی ذهنی را نگذرانده بودند (جدول شماره ۱).

جدول ۱- فراوانی مربیان برحسب مشخصات جمعیتی (۳۵ نفر)

مشخصات	تعداد	درصد
سن (سال)	کمتر از ۴۰	۱۹
	بیش‌تر از ۴۰	۴۶
سابقه کاری (سال)	کمتر از ۱۹ سال	۲۲
	بالاتر از ۱۹ سال	۳۷
سابقه کاری در مراقبت از معلولین (سال)	کمتر از ۱۳ سال	۱۶
	بالاتر از ۱۳ سال	۵۴
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۶
	بالای دیپلم	۹
دوره بازآموزی	گذرانده‌اند	۱۴
	نگذرانده‌اند	۲۱
وضعیت تأهل	مجرد	۵
	متاهل	۳۰

از نظر وضعیت مراکز نگهداری، در هر نوبت کاری یک نفر وجود داشت که مسؤولیت رسیدگی و نظارت بر امور و مشکلات بهداشتی احتمالی را بر عهده داشت. این شخص که معمولاً کارشناس پرستاری بود مسؤولیت نظارت بر سایر امور اجرایی در نوبت عصر و شب را نیز داشت. امکانات مورد نیاز، فضا و ساختمان در حد متوسط و از تجهیزات مورد نیاز در حد خوب ارزیابی شد. تعداد کارکنان مورد نیاز و خصوصیات مربوط به آنان در مقایسه با استانداردها ضعیف ارزیابی شد. هیچ یک از مراکز مورد بررسی به معاینه‌های دوره‌ای دهان و دندان مددجویان توجه نمی‌شد.

فضای سرانه هر تخت باید ۵ متر مربع، فاصله تخت‌ها حداقل ۸۰ سانتی‌متر و کل فضای سرانه هر مددجو باید حداقل ۱۷ متر مربع باشد که در هیچ کدام از مراکز به این نکته توجه نشده و فضای در نظر گرفته شده بسیار کمتر از این بود. در یک مرکز فضای ۱۲۰ متر مربع در اختیار ۳۰ مددجو قرار داشت و تخت‌ها به هم چسبیده و در برخی موارد به صورت دو طبقه بود.

*** بحث و نتیجه‌گیری:**

این مطالعه نشان داد که نیازهای افراد عقب مانده ذهنی در ابعاد روانی-تکاملی مانند نیاز به هویت، پیشرفت، موفقیت و فلسفه ارضاکنده زندگی مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. شناخت کافی و داشتن نگرش مثبت به نیازها، برقراری ارتباط و تماس‌های اجتماعی، در تأمین نیازهای مددجویان عقب مانده ذهنی لازم است. این درحالی است که در مطالعه حاضر اکثر مراقبین تحصیلات زیر دیپلم داشتند و دوره بازآموزی را نیز نگذرانده بودند. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که معلمان با تحصیلات بالاتر که دوره‌های آموزشی ضمن خدمت را در زمینه کودکان عقب مانده ذهنی گذرانده‌اند، نگرش مثبت‌تر و مطلوب‌تری برای مراقبت از معلولین ذهنی دارند. (۱۴، ۱۵)

یکی از نیازهای مددجویان عقب مانده ذهنی که به میزان ۷۴ درصد تأمین نمی‌شد، نیاز به هویت بود. این در

به طور کلی، ۱۶ نفر از مراقبین (۴۶ درصد) تأمین نیاز به استقلال را در مددجویان در حد متوسط و ۱۹ نفر (۵۴ درصد) آن را در حد ضعیف برآورده کرده بودند. در زمینه آموختن آداب معاشرت به مددجوی عقب مانده ذهنی ۲۳ نفر از مراقبین (۶۵/۷ درصد) اظهار کرده بودند که گاهی آداب معاشرت را به مددجو می‌آموزند. ۲۲ نفر از مراقبین (۶۳ درصد) نیازه پذیرش را در مددجویان در حد متوسط برآورده کرده بودند (جدول شماره ۲).

جدول ۲- فراوانی مراقبین برحسب میزان تأمین نیازهای مددجویان عقب مانده ذهنی (۳۵ نفر)

متغیر	تأمین نیاز		متوسط		خوب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
استقلال	۰	۰	۱۶	۴۶	۱۹	۵۴
تعلق	۵	۱۴	۲۵	۷۱	۵	۱۵
هویت	۰	۰	۹	۲۶	۲۶	۷۴
فلسفه ارضاءکننده زندگی	۱	۳	۱۰	۲۸	۲۴	۶۹
قدرت و منزلت	۲	۶	۱۳	۳۷	۲۰	۵۷
پذیرش	۱	۳	۲۲	۶۳	۱۲	۳۴
احترام	۶	۱۷	۲۹	۸۳	۰	۰
پیشرفت	۰	۰	۸	۲۳	۲۷	۷۷
امنیت	۱۱	۳۱	۲۴	۶۹	۰	۰
خواب	۱۶	۴۶	۱۹	۵۴	۰	۰
غذا	۲۹	۸۳	۶	۱۷	۰	۰

روانی و اطلاع‌رسانی به مراقبین کودکان کم‌توان ذهنی، توسعه مراکز مشاوره و کمک در حل مشکلات مراقبین برای سازگاری بهتر و سریع‌تر و نزدیک کردن مراکز نگهداری به شرایط استاندارد مد نظر قرار گیرد.

* مراجع:

1. Amin Abadi N, Balaei E. Dental needs of children in mental rehabilitation centers in Tabriz. J Isfahan Dental School 2006; 4 (3): 5-10 [In Persian]
2. Luckasson R, Reeve A. Naming, defining and classifying in mental retardation. Ment Retard 2001 Feb; 39 (1): 47-52
3. Biasini FJ, Grupe L, Huffman L, et al. Mental Retardation. Am J Psychol 2005; 153 (1): 89-101
4. Morris R, Kravtchvyl T. Clinical child psychology. Translated by: Naeinian MR. 2nd ed. Tehran: Roshd Publication; 2005. 465 [In Persian]
5. Vitapohja K. Mental Retardation in Finland. Am J Ment Retard 2005; 110 (1): 19-31
6. Narimani M, Amani M. Evaluation of mental retardation and its associated factors in Ardabil. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2008; 7 (2): 190-5 [In Persian]
7. Malekpvr M, Mosavi H, Ezadi R. Prevalence of mental disorders in people with mild and mental rehabilitation centers in the border city of Isfahan. J Isfahan Med Sch 2005; 23 (79): 41-9 [In Persian]
8. Orelove FP, Hollahan DJ, Myles KT. Maltreatment of Children With disabilities: training needs for a collaborative response. Child Abuse Negl 2000 Feb; 24 (2): 185-94
9. Matlews DS, Holt GT, Bouras N, et al. Predict guidelines for the assessment and diagnosis of medical health problem in adult

حالی است که آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند رفتارهای سازگارانه کودکان عقب مانده ذهنی را بهبود بخشد و معلولین نیاز دارند که هویت خود را بشناسند.^(۱۶) در ارتباط با پرورش روحیه اتکا به خود در مددجو، یافته‌ها نشان داد که مراقبین هرگز پاسخگوی این نیاز نبوده‌اند. در حالی که آموزش مهارت‌های حرفه‌ای جهت کاهش رفتارهای سازش نایافته و افزایش رفتارهای سازشی مثبت و نیز حرمت خود در افراد با کم‌توانی ذهنی تأثیر مثبت دارد.^(۱۷) به عبارت دیگر احترام گذاشتن به دیگران و برخورداری از احترام متقابل یکی از نیازهای غیر فیزیولوژیک انسان (براساس هرم نیازهای مازلو) و از جمله قوانین و قراردادهای اجتماعی است که موفقیت اجتماعی را به دنبال دارد. علاوه بر آن، توجه به سلامت بدن نیز در ارتقای کیفیت زندگی مددجو در ابعاد مختلف مهم است. به طوری که ورزش صبحگاهی بر کاهش پرخاش‌گری و همچنین موسیقی و حرکت‌های موزون بر بهبود دامنه توجه کودکان عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر بوده است.^(۱۹،۱۸)

از طرف دیگر، در مراکز مورد بررسی به معاینه‌های دوره‌ای دهان و دندان مددجویان توجه نمی‌شد که با نتایج اصل امین‌آبادی مطابقت دارد.^(۲۰) در حالی که معلولین ذهنی نیز به عنوان جزیی از جامعه به خدمات پیشگیری و درمانی نیاز دارند.

مراکز مورد مطالعه در رابطه با نیازهای مددجویان و ناتوانی‌های خاص آنان برنامه بازآموزی نداشتند. در حالی که هوبر بر اطلاع‌رسانی و آموزش شناخت بهتر خصوصیت‌های کودک عقب مانده ذهنی، آگاهی از ناتوانی خاص کودک، چگونگی رفتار با کودک و چگونگی آموزش به کودک به عنوان اولین اولویت خدمت‌رسانی تأکید دارد.^(۲۱)

از آن‌جا که کلید موفقیت برنامه‌های مداخله‌ای بر روی کودکان عقب مانده، کار همزمان بر روی کودک و مراقب است، باید برگزاری کلاس‌های آموزشی در مورد نیازهای مددجویان و نحوه ارضای آن‌ها، آموزش بهداشت

- with intellectual disability.; Res Dev Disabil 2002; 23: 25-35
10. Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo. <http://www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/KosovoReport.pdf>
11. Bittles AH, Petterson BA, Sullivan SG, et al. The influence of intellectual disability on life expectancy. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002 Jul; 57 (7): M470-2
12. Lindsay WR, Law J, Quinn K, et al. A comparison of physical sexual abuse: histories of sexual and non-sexual, offenders with intellectual disability. Child Abuse Negl 2001 Jul; 25 (7): 989-95
13. Burchina M, Howes G, Kontos S. Structural predictors of child care quality in child care home. Early Child Res Q 2003; (17): 81-105
14. Hastings RP, Oakford S. Student teachers' attitudes towards the inclusion if children with Special need. Educ Psychol 2003; 23 (1): 87-95
15. Tur-kaspa H. Effects of labels and personal contact on Teachers attitudes toward students with special needs. Exceptionality 2002; 1 (1): 1-10
16. Bayanzadeh A, Arjomandi Z. The effect of social skills on adaptive behaviors in children with mental retardation. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2004; 9 (1): 27-35 [In Persian]
17. Asgari AA, Ejeei J, Azad Fallah P. The effect of professional skills of compromise and respect the amount of behavior mental retardation students. J Psychology 2004; 1 (29): 70-85 [In Persian]
18. Ghobari NB, Nabavi M. Effect of morning exercise in reducing children's aggressive tendencies possible mental training. Psychology and Educational Sciences 2004; 23 (1): 139-54 [In Persian]
19. Mirzamani M, Hodavand F. The effect of music and dancing on duration of attention in girl student with intellectual disability. J Rehabil Sci 2009; 9 (1 (33): 23-8 [In Persian]
20. Asleaminabadi N, Shyrmohammadi A. Determination of periodontal treatment needs (CPITN Index) in Institutes Mentally Retarded Patients in Tabriz. Daneshvar 2009; 16 (79): 1-7 [In Persian]
21. Huber JT, Dietrich JD, Cugini E, Burke S. F2F connection: a community health information needs assessment of Texas families who have children with chronic illnesses and/or disabilities and their care providers. J Med Libr Assoc 2005 Apr; 93 (2): 278- 81