



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ درجه ی کارشناسی ارشد روان شناسی کودکان استثنایی

بررسی ابزار کیفیت زندگی کم توانان ذهنی بزرگسال آموزش پذیر در شهرستان یزد

استاد راهنما:

دکتر شهلا پزشک

استاد مشاور:

دکتر غلامرضا صرامی

استاد داور:

دکتر پرویز شریفی در آمدی

دانشجو:

مریم قاسمی میمندی

دی ماه ۱۳۹۱



Allameh Tabatabaee University

Department of Educational Sciences & Psychology

"M . A" Thesis

Investigation of Quality of Life Questionnaire in Educable Mental retarded adults in Yazd

Supervisor:

Dr.Shahla Pezeshk

Advisor:

Dr.Gholamreza Sarami

Assessor:

Dr.Parviz Sharifi Daramadi

Researcher:

Maryam Ghassemi Meimandi

Winter 2013

دسترس

تقدیم به..

نام دیگر عشق..

مادر؛

پیشکشی به روح بزرگ او که بیش از همیشه بودنش را خواستارم.

به خواهر و پدر عزیزم؛

برای مهر روز افزونشان

و

به همسر (حسن) به پاس بودن پر ز مهرش.

سپاس...

سپاس مخصوص خدایی است که خود را به ما شناساند و شکر خود را به ما الهام کرد و درهای پروردگاریش را به روی ما گشود و ما را به سوی توحید خالص خود راهنمایی کرد.

و با سپاس فراوان از استادان گرانمایه ام؛

سرکار خانم دکتر شجلا پزشک که دلسوزانه و مدیرانه با هدایت های روشنگرانه شان مرا همراه بوده اند.

جناب آقای دکتر غلامرضا صرامی که با صبوری و فروتنی همیشگی شان مرا در پیشبرد این پژوهش یاری رسان بوده اند.

و جناب آقای دکتر پرویز شریفی در آمدی که با دقت نظر خود این پژوهش را پر بارتر کردند.

چکیده

در پژوهش حاضر به بررسی پرسشنامه ی کیفیت زندگی شالوک و کیت در جمعیت کم توانان ذهنی بزرگسال آموزش پذیر شهرستان یزد پرداخته شده است. جامعه ی آماری این پژوهش کلیه ی کم توانان ذهنی بزرگسال حاضر در مراکز حرفه آموزشی شهرستان یزد، هستند و حجم نمونه شامل ۷۰ نفر است که به روش تصادفی ساده انتخاب شده اند. به منظور انجام این پژوهش، پس از ترجمه و انطباق پرسشنامه، ابتدا یک مطالعه ی مقدماتی روی ۳۰ نفر از کم توانان ذهنی بالای ۱۸ سال حاضر در مراکز حرفه آموزشی شهرستان یزد انجام شد و پس از اصلاح، روی نمونه ی ۷۰ نفری منتخب اجرا شد. برای سنجش روایی پرسشنامه از روایی صوری و برای سنجش پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل مقیاس ۰/۸۱۷ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ی ۰/۴۶۷ الی ۰/۸۹ به دست آمد، که نشان داد پرسشنامه ی حاضر از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از آمار توصیفی و t مستقل استفاده شد، که نشان داد ٪ ۵۲/۸۵ از افراد کیفیت زندگی خود را متوسط رو به بالا گزارش کرده اند و با استفاده از آزمون t مستقل نیز عدم تأثیرپذیری جنسیت بر کیفیت زندگی نشان داده شد. همچنین با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روی پرسشنامه ۵ عامل مؤثر، کفایت شغلی، رضایت از زندگی، مشارکت اجتماعی، استقلال و پیوندجویی، در سنجش کیفیت زندگی در جمعیت مورد نظر به دست آمد. با توجه به تأثیر حرفه و مهارتهای اجتماعی در افزایش کیفیت زندگی کم توانان ذهنی، آموزش این موارد در جهت استقلال و کفایت اجتماعی این گروه توصیه می شود.

کلید واژه: کیفیت زندگی، کم توان ذهنی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول - کلیات پژوهش	
۱-۱	مقدمه..... ۱
۲-۱	بیان مسئله..... ۳
۳-۱	اهمیت و ضرورت تحقیق..... ۵
۴-۱	اهداف تحقیق..... ۶
۵-۱	سوالات پژوهش..... ۶
۶-۱	متغیرهای تحقیق..... ۷
فصل دوم - پیشینه ی پژوهش	
۱-۲	مقدمه..... ۱۰
۲-۲	کیفیت زندگی..... ۱۰
۳-۲	کم توانی ذهنی..... ۱۶
۴-۲	پیشینه ی پژوهش..... ۱۷
۵-۲	پژوهش های انجام شده در داخل کشور..... ۱۸
۶-۲	پژوهش های انجام شده در خارج از کشور..... ۲۰
فصل سوم - روش تحقیق	
۱-۳	جامعه ی آماری..... ۳۲
۲-۳	گروه نمونه و شیوه ی گزینش آن..... ۳۲
۳-۳	روش تحقیق..... ۳۳
۴-۳	ابزار پژوهش..... ۳۳

۳-۵ روش اجرای تحقیق و گردآوری اطلاعات..... ۳۶

۳-۶ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات..... ۳۷

فصل چهارم- یافته های پژوهش

۴-۱ اعتبار آزمون..... ۳۸

۴-۲ فراوانی نمرات..... ۴۴

۴-۳ آزمون تی مستقل..... ۵۰

۴-۴ تحلیل عاملی..... ۵۳

فصل پنجم- بحث و نتیجه گیری

۵-۱ مقدمه..... ۶۲

۵-۲ نتایج پژوهش..... ۶۲

۵-۳ بحث و بررسی..... ۷۶

۵-۴ محدودیت ها..... ۷۹

۵-۵ پیشنهادها..... ۷۹

فهرست منابع..... ۸۱

پیوست..... ۹۱

فهرست جداول

جدول ۱-۲، اصول پژوهش های کیفیت زندگی..... ۱۴

جدول ۱-۳، ضریب پایایی پرسشنامه ی کیفیت زندگی..... ۳۴

- جدول ۴-۱، آلفای کرونباخ سؤالات خرده مقیاس رضایت..... ۳۸
- جدول ۴-۲، آمار کلی سؤالات خرده مقیاس رضایت..... ۳۹
- جدول ۴-۳، آلفای کرونباخ سؤالات خرده مقیاس کفایت/سازندگی..... ۴۰
- جدول ۴-۴، آمار کلی سؤالات خرده مقیاس کفایت/سازندگی..... ۴۰
- جدول ۴-۵، آلفای کرونباخ سؤالات خرده مقیاس توانمندسازی/استقلال..... ۴۱
- جدول ۴-۶، آمار کلی سؤالات خرده مقیاس توانمندسازی/استقلال..... ۴۱
- جدول ۴-۷، آلفای کرونباخ سؤالات خرده مقیاس تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی..... ۴۲
- جدول ۴-۸، آمار کلی سؤالات خرده مقیاس تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی..... ۴۲
- جدول ۴-۹، آلفای کرونباخ سؤالات مقیاس کلی کیفیت زندگی..... ۴۳
- جدول ۴-۱۰، آمار کلی سؤالات مقیاس کلی کیفیت زندگی..... ۴۳
- جدول ۴-۱۱، فراوانی نمرات در خرده مقیاس رضایت..... ۴۵
- جدول ۴-۱۲، فراوانی نمرات در خرده مقیاس کفایت/سازندگی..... ۴۵
- جدول ۴-۱۳، فراوانی نمرات در خرده مقیاس توانمندسازی/استقلال..... ۴۶
- جدول ۴-۱۴، فراوانی نمرات در خرده مقیاس تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی..... ۴۶
- جدول ۴-۱۵، فراوانی نمرات در خرده مقیاس کلی کیفیت زندگی..... ۴۷
- جدول ۴-۱۶، میانگین و انحراف استاندارد نمرات در مقیاس کیفیت زندگی و چهار خرده مقیاس آن..... ۴۸
- جدول ۴-۱۷، آزمون تی مستقل بین زنان و مردان در نمره ی کلی کیفیت زندگی..... ۵۱
- جدول ۴-۱۸، آزمون تی مستقل بین زنان و مردان در خرده مقیاس رضایت..... ۵۱
- جدول ۴-۱۹، آزمون تی مستقل بین زنان و مردان در خرده مقیاس کفایت/سازندگی..... ۵۲
- جدول ۴-۲۰، آزمون تی مستقل بین زنان و مردان در خرده مقیاس توانمندسازی/استقلال..... ۵۲
- جدول ۴-۲۱، آزمون تی مستقل بین زنان و مردان در خرده مقیاس تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی..... ۵۳

- جدول ۴-۲۲، آزمون کرویت بارتلت..... ۵۴
- جدول ۴-۲۳، اشتراکات ۵۴
- جدول ۴-۲۴، نسبت واریانس تبیین شده ی کل..... ۵۶
- جدول ۴-۲۵، ماتریس بارهای عاملی سؤالات و عوامل استخراج شده ی مفروض..... ۵۹

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱، درصد نمرات در مقیاس کلی کیفیت زندگی..... ۴۹
- نمودار ۴-۲، درصد نمرات در ۴ خرده مقیاس..... ۵۰
- نمودار ۴-۳، طرح سنگریزه..... ۵۷

فصل اول: کلیات پژوهش

۱- مقدمه:

مفهوم کیفیت زندگی مفهومی تازه نیست، بحث از آن به زمان ارسطو و افلاطون می‌رسد، که در آن دوران، ارسطو "زندگی خوب" یا "خوب انجام دادن کارها" را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، که می‌توان آن را معادل با آنچه امروزه کیفیت زندگی نام دارد، تلقی کرد (فیرز و مشین^۱، ۲۰۰۰). مطالعات هودگینز در قبل از سالهای ۱۹۷۰، نشان می‌دهد که مفهوم "کیفیت زندگی" که در آن سالها از توجه کمی برخوردار بوده، به موضوع پژوهشی محققان در سالهای بعد تبدیل شده است. این مفهوم در سالهای بسیاری برای تعداد زیادی از گروه‌ها و جمعیت‌ها به کار گرفته شد، اما برخلاف این استفاده‌ی گسترده، واژه‌ی کیفیت زندگی، معنای متفاوتی برای افراد مختلف داشت (هودگینز و کرونین^۲، ۲۰۱۰). برای برخی از محققان و متخصصان، کیفیت زندگی مفهومی مربوط به تمامی جنبه‌های زندگی شخص می‌شد که شامل بهزیستی جسمی، روانی، اجتماعی، رفاه مالی، روابط خانوادگی، دوستی، کار و فراغت بود (فلس و پری^۳، ۱۹۹۵؛ کامینز^۴، ۱۹۹۷؛ شالوک^۵، ۱۹۹۹ و جانس^۶، ۲۰۰۴؛ به نقل از ایلک^۷، ۲۰۱۰) در مقابل برخی از دیدگاه‌ها، برای تعریف کیفیت زندگی، به وجوه اجتماعی و روانشناختی زندگی اهمیت می‌دادند (تارتار^۸، ۱۹۹۳؛ تستا^۹، ۱۹۹۶؛ هاز^{۱۰}، ۱۹۹۹ و نل^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ به نقل از همان) و دیدگاه‌های جدیدتر و جامع‌تر که کیفیت زندگی را به عنوان یک ساخت اجتماعی شامل جامعه، مفاهیم اجتماعی و خانوادگی از جمله بهداشت و درمان می‌دانند (براون و ترنل^{۱۲}، ۲۰۰۴، شالوک و همکاران، ۲۰۰۵ و کوبر^{۱۳}، ۲۰۱۰؛ به نقل از شپپرز^{۱۴}، ۲۰۱۰).

به طور کل می‌توان گفت، بررسی شاخص‌های کیفیت زندگی از سه منبع اولیه به وجود آمده است؛ اول این که، این نظریه که تنها پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌تواند منجر به بهبود زندگی فرد شود، دیگر مورد تأیید

1 Fayers & Machin

2 Hodgins & Cronin.

3 Felce & Perry

4 Cummins

5 Schalock

6 Janse

7 Ilic

8 Tartar

9 Testa

10 Haas

11 Noll

12 Brown & Turnbull

13 Kober

14 Schippers

نبوده و به این نظر تغییر یافت که، بهزیستی فردی، خانوادگی و اجتماعی، از ترکیب این پیشرفت ها به همراه ارزش ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می آید. دوم، کیفیت زندگی گام منطقی بعد از جنبش عادی سازی است که بر خدمات جامعه محور، به منظور ارزیابی پیامدهای زندگی فردی در جامعه تأکید دارد و سوم، تغییراتی که به علت جنبش های حقوق مدنی و تأکید بر برنامه های فرد محور به وجود آمد و منجر به افزایش توانمندی مصرف کننده ی خدمات شد (شالوک، ۲۰۰۲).

بررسی در موضوع کیفیت زندگی با پژوهش ثرندایک^۱ (۱۹۳۹) آغاز و با مطالعات اولیه روی کیفیت زندگی افراد آمریکایی، توسط کمپل^۲، کانورز^۳ و راجرز^۴ (۱۹۷۶) و اندروز^۵ (۱۹۸۶) ادامه پیدا کرد و در سالهای اخیر نیز با پژوهش های متعدد ایوان و روی براون^۶، کنت.دی. کیت^۷، رابرت کامینز، ترور پارمنتر^۸، دیوید فلس^۹ و رابرت شالوک (۲۰۰۰) همچنان ادامه دارد (شالوک و کیت، ۲۰۰۴). در ابتدا رویکرد شاخص های اجتماعی با این فرض که تأثیر معنی داری بر کیفیت زندگی افراد دارد، مورد پذیرش بود، اما بعدها ثابت شد که شاخص های اجتماعی برای اندازه گیری کیفیت زندگی کافی نیست و اعتقاد روزافزون بر آن شد که اکثر تعیین کننده های کیفیت زندگی بیشتر جنبه ی روانشناختی دارند تا اقتصادی و جمعیت شناختی (اندروز، ویتی^{۱۰}، کمپل، ۱۹۷۶؛ به نقل از شالوک و کیت، ۲۰۰۴).

موضوع کیفیت زندگی در مورد افراد کم توان ذهنی اولین بار در طول دهه ی ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ به منظور بهبود در مهارتهای انطباقی و روابط متقابل بین فردی، مورد بررسی قرار گرفت، متخصصین و طرفداران موضوع کم توانی ذهنی متوجه ی این امر گردیدند که نحوه ی زندگی این افراد و تجربیاتی که از نظر ارتباطی با خود و اطرافیان و جامعه کسب می کنند، می تواند مهارت های انطباقی آنان را افزایش داده و از این نظر بسیار حائز اهمیت است (شالوک و همکاران، ۲۰۰۰). در این صورت، افزایش سازش و سازگاری را می توان به عنوان نتیجه ای غایی در بهبود کیفیت زندگی کم توانان ذهنی در نظر آورد؛ کاربرد روش هایی که به نحو مؤثری، در افزایش فرایند سازش یافتگی و ارتباط

¹Thorndike

²Campbell

³Converse

⁴Rogers

⁵Andrews

⁶Ivan & Roy Brown

⁷Keith Kenneth.D.

⁸Trevor Parmenter

⁹David Felce

¹⁰Withey

اجتماعی فرد کم توان ذهنی مداخله کند، می تواند نقش بسزایی در شغل و زندگی آنان داشته باشد و در نهایت داشتن کفایت و توان زندگی اجتماعی در جامعه را برای آنها فراهم کند (آزاد فلاح و همکاران، ۱۳۷۱).

۲-۱ بیان مسئله

کیفیت زندگی، موضوعی است که امروزه مورد توجه بسیاری از محققین است، این موضوع به خصوص، از جهت نتایجی که در حوزه ی خدماتی و مداخله ای داشته است، به ویژه مورد توجه محققینی قرار گرفته که در زمینه ی ناتوانی و بیماری ها فعالیت می کنند. کم توانی ذهنی شرایطی را ایجاد می کند که در عمل، بر توانایی این افراد برای داشتن انتخاب های خود محور تأثیر می گذارد، یک زندگی که به عنوان زندگی با کیفیت در نظر گرفته می شود، اغلب نیاز به حمایت بیشتر از حد معمول دارد، چنین حمایتی می تواند از طریق متخصص آموزش، روانشناس و مشاوره، فرصت های ساخت یافته و یا ترتیبات اجتماعی باشد. علاوه بر این، وجود کم توانی اغلب با مشکلات مربوط به مشارکت در جامعه همراه است، به این معنی که افراد کم توان ذهنی در معرض خطر حذف از موقعیت ها و فرصت هایی هستند که به طور معمول در دسترس افراد دیگر است، تساوی فرصت ها و این که همه ی افراد از حقوق انسانی یکسانی برخوردار هستند این حقیقت را روشن می سازد که کم توانان ذهنی نیز باید از این حقوق بهره مند شوند و از زندگی و امکانات آن برای تحقق نیازهای خود از قبیل خودکفایی، استقلال و تصمیم گیری بهره ببرند که در پی آن رضایتمندی و سلامت روان را برای آنها به ارمغان خواهد آورد. بنابراین بحث درباره ی کیفیت زندگی می تواند به عنوان مرکزی در سیاست اجتماعی و توسعه ی محیط مطرح شود که اجازه دهد همه ی مردم امکان دسترسی به امکانات و منابع مختلف را داشته باشند (ایوان براون و همکاران، ۲۰۰۰ و شالوک، ۲۰۰۲).

از ابتدا در تلاش برای اندازه گیری کیفیت زندگی، از یکی از دو دیدگاه "ذهنی" و "عینی" استفاده می کردند. دیدگاه عینی، شاخص های عینی و بیرونی را نشان می دهد، مانند؛ استاندارد زندگی، سلامت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، آموزش و پرورش و امنیت (اندروز، ویتی، کمپل، ۱۹۷۶؛ به نقل از شالوک و کیت، ۲۰۰۴) و دیدگاه ذهنی، ادراک فرد و ارزیابی تجارب زندگی فرد را منعکس می کند و تمرکز بر عواملی چون، بهزیستی فیزیکی و کلی، روابط با دیگران، فعالیت های جمعی و تحول شخصی دارد (فلناگان^۱، ۱۹۷۸، ۱۹۸۲؛ به نقل از شالوک و کیت، ۲۰۰۴). که در میان رشته ی ناتوانی ذهنی/ناتوانی رشدی، دیدگاه اندازه گیری ذهنی، به طور وسیعی مورد استفاده قرار

¹Flanagan

گرفت (ایگرتون^۱، ۱۹۷۵، بورتویک-دافی^۲، ۱۹۹۰، گوده^۳، ۱۹۹۰، هیل و سیگل من^۴، ۱۹۹۰، هارنر و هیل^۵، ۱۹۹۳؛ به نقل از همان).

تعریف و اندازه گیری مفهوم کیفیت زندگی، توسط رابرت شالوک از ۲۰ سال پیش توسعه داده شد. (شالوک، ۲۰۰۲) و پرسشنامه ی کیفیت زندگی به علت نیاز به یک ابزار برای تعیین کیفیت زندگی اشخاص با ناتوانی ذهنی و ناتوانی رشدی به وجود آمد. شالوک در این ابزار ۴ شاخص استقلال، سازندگی، یکپارچگی اجتماعی و رضایت را معرفی می کند که آنها را نتیجه ی سه سطح از تجارب فردی می داند: ویژگیهای شخصی، شرایط عینی زندگی و درک طرف مقابل. در ساخت پرسشنامه ی کیفیت زندگی چندین فرضیه به کار گرفته شده است، اول این که کیفیت زندگی لزوماً ذهنی است و از اندازه های عینی شرایط زندگی تعیین نمی شود، دوم این که برای اشخاص با یا بدون ناتوانی یکسان است، سوم این که اساساً یک پدیده ی اجتماعی و محصول اولیه از تعامل با دیگران است، چهارم این که پیامد رسیدن فرد به نیازهای اساسی و تکمیل مسئولیت های اساسی اجتماعی است و پنجم این که کیفیت زندگی می تواند در یک ابزار استاندارد شده از طریق گزارش شخصی یا از طریق افرادی که وی را به خوبی می شناسند، محاسبه شود.

این پژوهش در پی آن است که به بررسی چهار خرده مقیاس پرسشنامه ی کیفیت زندگی شالوک و کیت در نمونه ی آماری بزرگسالان آموزش پذیر شهرستان یزد بپردازد و میزان تأثیرگذاری هر کدام از این چهار خرده مقیاس را در سنجش کیفیت زندگی این افراد بسنجد. بی تردید بررسی این پرسشنامه در یک جمعیت ایرانی می تواند گامی مؤثر در استفاده از این گونه ابزارها در کمک به جمعیت کم توانان ایران باشد تا از این طریق بتواند به ارتقاء سلامت روان این افراد یاری رساند.

¹Edgerton

²Borthwick-Duffy

³Goode

⁴Sigelman

⁵Harner & Heal

۱-۳ اهمیت و ضرورت تحقیق:

کیفیت زندگی، مفهومی بالقوه برای یک دیدگاه جدید در زمینه ی کم توانی ذهنی است، هم چنین تأثیر مثبت روی کسانی دارد که در این زمینه کار می کنند. این مفهوم راه جدیدی برای نگاه کردن به مسائل مربوط به کم توانی را ارائه می دهد و الگوی مفیدی است که می تواند به شناسایی و ارزیابی پشتیبانی، خدمات و سیاست هایی برای افراد کم توان ذهنی کمک کند (ایوان براون و همکاران، ۲۰۰۰). سیاست عمومی مبتنی بر اصول کیفیت زندگی شامل تساوی، زندگی متعادل، اشتغال و توانمندسازی شخصی است و تا تبدیل کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در اصلاح نا توانی ها ادامه خواهد داشت (براون و همکاران، ۲۰۰۹).

مفهوم کیفیت زندگی و ارزیابی آن، بستری برای برنامه ریزی و ارزیابی خدمات در نظر گرفته می شود، در حقیقت وقتی بدانیم چه عواملی بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند، طبق آنها می توان مداخلاتی انجام داد و باعث رشد طرح های آموزشی و ارائه ی خدمات شد (دنيس^۱ و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از واتسون^۲ و کیت، ۲۰۰۲).

بررسی شالوک و همکارانش در سال ۲۰۰۸، که به دنبال بررسی های ملی و بین المللی از سال ۱۹۹۸ بود، نشان می دهد که از موضوع کیفیت زندگی می توان به عنوان یک چهارچوب، در جهت اندازه گیری و طراحی برنامه های آموزشی و ایجاد راهکارهای مناسب، به منظور بهبود وضعیت زندگی، سلامت روان و بالا بردن سطح کیفیت زندگی کم توانان ذهنی استفاده کرد، شالوک معتقد است که کیفیت زندگی، جزء جدایی ناپذیر ارائه ی خدمات و ارزیابی پیامدهای بازپروری، برای افراد با کم توانیهای ذهنی و رشدی است (هودگینز و کرونین، ۲۰۱۰).

آنچه بر اهمیت این پژوهش می افزاید توجه به اهمیتی است که موضوعات مربوط به بهداشت روانی و سلامت روان، در زندگی افراد کم توان ذهنی دارد، باید گفت؛ فراهم کردن این زمینه ها، نه تنها باعث افزایش رشد مثبت سلامت می شود، بلکه کاهش نشانه های اختلالات رفتاری را نیز به همراه دارد. همچنین انطباق این پرسشنامه با فرهنگ ایرانی، می تواند گامی مؤثر در استفاده ی بهتر از این پرسشنامه در جمعیت ایران باشد.

¹Denis

²Watson

۱-۴ اهداف تحقیق:

به طور کلی در پی شناخت کیفیت زندگی کم توانان ذهنی این هدف دنبال می شود که بتوان به ارائه ی خدمات و طراحی برنامه های آموزشی هرچه بهتر و بیشتر این افراد پرداخت و در راه عادی سازی و برابری فرصت ها برای این قشر از جامعه گام برداشت. آگاهی از نگرش فرد نسبت به کیفیت زندگی اش می تواند بازخوردی برای نظام های دولتی، خط مشی های سیاسی و برنامه ریزی های آموزشی باشد تا مداخلات لازم را برای هرچه بهتر شدن کیفیت زندگی افراد و در نتیجه سلامتی جامعه به کار گیرند.

هدف کلی این پژوهش، بررسی پرسشنامه ی کیفیت زندگی رابرت. شالوک و کنت. دی. کیت و محاسبه ی شاخص های روانسنجی (روایی، پایایی) آن است، تا بدین وسیله به مناسب بودن پرسشنامه در سنجش آنچه که ادعا می کند، پرداخته شود.

۱-۵ سؤالات پژوهش

- آیا پرسشنامه ی کیفیت زندگی در جمعیت مورد نظر از روایی مناسبی برخوردار است؟

- آیا پرسشنامه ی کیفیت زندگی در جمعیت مورد نظر از پایایی مناسبی برخوردار است؟

- آیا کم توانان ذهنی بزرگسال خفیف شهر یزد، از کیفیت زندگی بالایی برخوردار هستند؟

- آیا بین نمرات مؤلفه های پرسشنامه ی کیفیت زندگی، تفاوت معنی داری وجود دارد؟

۱-۶ متغیرهای تحقیق:

الف) تعاریف نظری :

فرد کم توان ذهنی آموزش پذیر:

به فردی اطلاق می شود که مطابق آزمون های هوشی، هوشبهر بین ۷۰-۵۵ را دارا باشد، این گروه بیشترین تعداد از کم توانان ذهنی را تشکیل می دهند که ۲ درصد از کودکان سنین مدرسه رو را شامل می شوند (انجمن آمریکایی نا توانایی ذهنی^۱، ۲۰۰۸)

کیفیت زندگی^۲:

بنا به تعریف شالوک، کیفیت زندگی مفهوم سازمان یافته ای برای تمرین بهبود شرایط زندگی تمامی افراد است، این مفهوم بر هشت اصل مرکزی؛ بهزیستی فیزیکی، بهزیستی هیجانی، روابط بین فردی، بهزیستی کلی، تحول شخصی، خودتصمیمی، یکپارچگی اجتماعی و حقوق تأکید دارد (شالوک، ۲۰۰۴).

رضایت^۳:

ارضاء یک نیاز یا خواسته و شادی و رضایتی که با انجام آن همراه است که به طور اختصاصی با یک رضایت کلی در زندگی، داشتن خوشی و لذت بردن از زندگی همراه است. احساس و تجربه ی شخصی ای که یک فرد درباره ی موقعیت اجتماعی خود دارد (شالوک، ۲۰۰۴).

کفایت/سازندگی^۴:

به درآمد حاصل از یک کار، یا شغلی که فرد در خانه یا جامعه، در آن مشارکت می کند گفته می شود و وسیله ی شاخص هایی از قبیل ، مهارت ها، کارایی، موفقیت و بینش در زمینه های زندگی شغلی، اوقات فراغت و رشد شخصی مشخص می شود (همان منبع).

¹American Association of Mental Retardation

²Quality Of Life

³Satisfaction

⁴Competence/Productivity

توانمند سازی/استقلال^۱:

به فرصت برای اعمال کنترل بر محیط زندگی فرد، تصمیم گیری و دنبال کردن فرصت ها گفته می شود (همان منبع).

تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی^۲:

به مشارکت در فعالیت های اجتماع، استفاده از منابع جامعه و توسعه و تجربه ی روابط اجتماعی گفته می شود (همان منبع).

ب) تعریف عملیاتی:

کم توانی ذهنی خفیف:

در این پژوهش، فرد کم توان ذهنی خفیف فردی است که مطابق با پرونده ی ارسالی از سازمان بهزیستی در گروه خفیف قرار گرفته و سن تقویمی او ۱۸ سال به بالا(بزرگسال) است.

کیفیت زندگی:

کیفیت زندگی، نمره ای است که از "پرسشنامه ی کیفیت زندگی"^۳ رابرت.ل.شالوک و کنت.دی.کیت سنجیده می شود. نمره ی بالا در این مقیاس(حداکثر ۱۲۰نمره)کیفیت زندگی بالای فرد را منعکس می کند ، همچنین با در نظر گرفتن ۱ انحراف معیار بالا و پایین تر از میانگین، نمرات به ۳ دسته ی بالا ، متوسط و پایین تقسیم بندی می شوند.

رضایت:

نمره ای که فرد از خرده مقیاس رضایت(سؤالات ۱ الی ۱۰) دریافت می کند؛ که حداکثر نمره در آن، ۳۰ است.

¹Empowerment/ Independence

²Social Belonging/ Community Integration

³Quality Of Life Questionnaire(QOLQ)

کفایت/سازندگی:

نمره ای که فرد از خرده مقیاس کفایت/سازندگی(سؤالات ۱۱ الی ۲۰) دریافت می کند؛ که حداکثر نمره در آن، ۳۰ است.

توانمند سازی/استقلال:

نمره ای که فرد از خرده مقیاس توانمند سازی/استقلال(سؤالات ۲۱ الی ۳۰) دریافت می کند؛ که حداکثر نمره در آن، ۳۰ است.

تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی:

نمره ای که فرد از خرده مقیاس تعلق اجتماعی/اشتراک اجتماعی(سؤالات ۳۱ الی ۴۰) دریافت می کند؛ که حداکثر نمره در آن، ۳۰ است.

فصل دوم: پیشینه ی پژوهش

۱-۲ مقدمه:

مبحث کیفیت زندگی در بیست سال گذشته موضوعی چالش انگیز و مفید بوده است، به این معنا که نه تنها از جنبه ی فکری، بلکه از لحاظ عملی نیز تحولاتی ایجاد کرده و این عقیده را بین اکثر افراد رواج داد که کیفیت زندگی یک هدف واقعی و قابل دستیابی برای تمام افراد و در عین حال برای کم توانان ذهنی است. غلبه ی این تفکر باعث تغییرات و ابتکارات سودمندی در ارائه ی خدمات، تحقیقات و تکنیک های ارزشیابی در ارتباط با کم توانان شده است، این مفهوم همچنین مرکزی برای کاربرد و پژوهش در رشته ی تعلیم و تربیت و آموزش های خاص، مراقبت های بهداشتی (فیزیکی و رفتاری)، خدمات اجتماعی (ناتوانی و پیری) و خانواده شده است (شالوک و همکاران، ۲۰۰۲).

علاقه در مورد کیفیت زندگی از منابع مختلف مشتق شده است، براون و شالوک (۲۰۰۹) توضیح دادند که چگونه تحقیق و سپس کاربرد در این زمینه می تواند کیفیت زندگی هم افراد و هم خانواده های کم توان ذهنی را بهبود بخشد. تأثیر گروهها و سازمان ها و والدین در طول سالها به دلیل توجه به کیفیت زندگی، باعث شده که مفهوم کیفیت زندگی با مفهوم بهبود شرایط زندگی و بهزیستی مرتبط شود (مانند آموزش و پرورش فراگیر) علاوه بر این جنبش هایی مانند انجمن زندگی در کانادا^۱ و به طور کلی جنبش های قانونی و توانمند سازی، اثری فزاینده بر تحول خدمات و حمایت ها در بهزیستی و کیفیت زندگی افراد کم توان گذاشته اند.

پژوهش در مورد کیفیت زندگی عامل مؤثری در طول چند دهه ی گذشته بوده که تغییر در سیاست های عمومی و شیوه های تخصصی شده است (شیپرز و تابن^۲، ۲۰۰۸ و لیونز^۳، ۲۰۱۰). لیونز (۲۰۱۰) کیفیت زندگی را معیار نهایی برای ایجاد یک تغییر در زندگی افراد می داند و اعتقاد دارد که حرکت کردن از مطالعات نسبتاً جدا در رشته ی کم توانی به سمت یک بدنه ی یکپارچه از دانش، هم لازم وهم ممکن است.

¹Community Living in Canada

²Schippers & Tubben

³Lyons