

اسکن شد

تاریخ:

ایران:

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

بناام خدا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

پایان نامه

جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد پرستاری
(گرایش کودکان)

عنوان:

بررسی مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده
ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان
سال ۸۸-۱۳۸۷

استاد راهنما:

سرکار خانم کلثوم فداکارسوقه

استاد مشاور:

سرکار خانم طاهره خالقدوست محمدی

استاد مشاور آمار:

سرکار خانم زهرا عطرکار روشن

پژوهش و نگارش:

سهیلا عباسی

مرداد ۱۳۸۸

۱۳۸۸/۹/۳

اطلاعات در آن عملی بود
تسبیح در آن

۱۲۷۴۰۴

عباسی، سهیلا

بررسی مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز
بهبودی استان گیلان سال ۸۸-۱۳۸۷/نگارش: سهیلا عباسی ؛ استاد راهنما: کلثوم فداکار.
۱۷۸ص: مصور، جدول، .

کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان: دانشکده پرستاری و مامایی
شهید بهشتی، ۱۳۸۸

۱. پرستاری کودکان. ۲. کودکان ناتوان . الف. فداکار، کلثوم، استادراهنما.
ب.عنوان.

WY / RT

Keywords:

Disable Children

Family

Mental Retardation

Social Problems

Stress, Psychological

کلیدواژه ها:

خانواده

عقب ماندگی ذهنی

فشار روانی

کودکان ناتوان

مسائل اجتماعی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

صور تجلسه دفاع

با تاییدات خداوند متعال جلسه دفاع از پایان نامه خانم سهیلا عباسی در رشته آموزش پرستاری (گرایش اطفال) مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته، تحت عنوان "بررسی مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان سال ۸۸-۸۷"، شماره ثبت
 باحضور استاد راهنما، مشاوران و هیات داوران در دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت در تاریخ ۸۸/۵/۱۰ تشکیل گردید، در این جلسه پایان نامه با موفقیت مورد دفاع قرار گرفت.
 نامبرده نمره.....۱.۸.۴.۷. با امتیاز عالی دریافت نمود.

استاد راهنما:

۱- خانم کلثوم فداکار

محل امضاء

استاد مشاور:

۱- خانم طاهره خالقدوست

محل امضاء

استاد آمار:

۱- خانم زهرا عطرکار روشن

محل امضاء

هیات داوران:

۱- خانم دکتر عاطفه قنبری (استاد ناظر)

محل امضاء

۲- خانم مینو میترا چهارزاد (استاد ناظر)

محل امضاء

۳- خانم عزت پاریاد (مسئول آموزش کارشناسی ارشد)

محل امضاء

با تشکر

سیده نوشاز میرحقی جو

معاون آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

تقدیم بہ:

پیشگاہ مضرت حق کہ نیاز ماست
ہمہ آموزگارانی کہ تا بہ امروز ، خالصانہ بہ من آموختند

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم

آنان که نیاسودند تا من بیاسایم

و موی سپید کردند ، تا

رو سپید بمانم

خواهران و برادران عزیزم

گرما بخش هستی و فروغ دیدگانم

و به همسرم

که بسیار بیشتر از آن که می توانم بگویم، می شنود

و به جایی می رود که واژه هایم

نمی توانند او را ببرند

اینک که به لطف پروردگار خویش این پژوهش به پایان رسیده جای دارد تشکر و قدردانی خود را به حضور کلیه اساتید و همکارانی که در مراحل مختلف پژوهش و نگارش این پایان نامه اینجانب را مورد لطف و عنایت قرار دادند ابراز نمایم.

مراتب سپاس و قدردانی خویش را از سرکار خانم فداکار استاد محترم راهنما که با هدایتها و حمایتهای خود اینجانب را در کلیه مراحل این پژوهش یاری نموده و در این مسیر از هیچ کمکی دریغ نمودند ابراز می نمایم و سلامتی و توفیق روز افزون ایشان را آرزومندم.

از سرکار خانم خالقدوست و سرکار خانم صدیقی اساتید محترم مشاور که با حوصله پذیرای بنده بوده و مرا از راهنمایی های علمی و بسیار ارزنده خود پر نصیب نمودند تشکر می نمایم.

از سرکار خانم عطر کار روشن استاد محترم آمار که مرا از راهنمایی های ارزنده خود بهره مند نمودند تشکر می نمایم.

از راهنمایی های اساتید محترم ناظر سرکار خانم دکتر قنبری و سرکار خانم چهارزاد تشکر و قدردانی می نمایم.

سپاس و تشکر صمیمانه خود را از ریاست محترم دانشکده جناب آقای مقدم نیا، معاونت محترم آموزشی سرکار خانم میر حق جو و مسئول کارشناسی ارشد سرکار خانم پاریاد که در مسیر اجرای این پژوهش از هیچ کمکی دریغ نوزیدند ابراز می نمایم و از خداوند متعال توفیق روز افزون و سلامتی برای همه ایشان آرزومندم.

همچنین از کلیه اساتید و پرسنل محترم دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و کلیه پرسنل زحمتکش و تلاشگر مراکز روزانه کم توانان ذهنی وابسته به بهزیستی استان گیلان که مرا در اجرای این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی می نمایم.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

عنوان: بررسی مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی استان گیلان سال ۸۸-۱۳۸۷

استاد راهنما: سرکار خانم کلثوم فداکار سوجه

استاد مشاور: سرکار خانم طاهره خالقدوست محمدی

نویسنده: سهیلا عباسی

چکیده:-

مقدمه: عقب ماندگی ذهنی یکی از عمده ترین، پیچیده ترین و دشوارترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان می باشد که با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است. وجود کودک عقب مانده ذهنی می تواند تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده گذاشته و باعث شود که خانواده تحت تنش های جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرد تا حدی که روند طبیعی زندگی خود را از دست داده و منجر به فروپاشی نظام خانواده شود.

هدف: هدف از انجام این مطالعه بررسی مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بوده که ۱۴۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی تحت پوشش یکی از مراکز کم توانان ذهنی وابسته به بهزیستی استان گیلان مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته مربوط به بررسی مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی می باشد. نمونه های پژوهش به روش سرشماری انتخاب و از طریق مصاحبه وارد مطالعه شدند. داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار spss با ورژن ۱۴ و با آزمونهای کای دو و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که ۵۳/۶٪ از واحد های مورد پژوهش مشکلات اجتماعی، ۵۷/۹٪ مشکلات عاطفی و ۶۵/۷٪ مشکلات اقتصادی داشتند. همچنین در بررسی ارتباط مشکلات اجتماعی با مشخصات دموگرافیک، در خانواده هایی که کودک عقب مانده آنان مونث (p<۰/۰۰۶) دارای اختلال رفتاری (p<۰/۰۰۹) مراقب اصلی کودک عقب مانده، مادر (p<۰/۰۰۳)، خانه دار (p<۰/۰۰۳)، غیرمتاهل (p<۰/۰۰۱) عدم پوشش بیمه درمانی کودک عقب مانده (p<۰/۰۰۹)، درآمد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه (p<۰/۰۰۴)، عدم دریافت کمک هزینه از بهزیستی (p<۰/۰۰۳)، در نبود مراقب اصلی، بستگان وظیفه مراقبت از کودک عقب مانده را به عهده می گرفته اند (p<۰/۰۰۴) و در مواقع بروز مشکلات، با کسانی غیر از همسر مشورت می شده (p<۰/۰۰۰۱). مشکلات اجتماعی بیشتر بوده است. در بررسی ارتباط مشکلات عاطفی با مشخصات دموگرافیک، در خانواده هایی که کودک عقب مانده آنان مونث (p<۰/۰۰۱)، با عقب ماندگی ذهنی خفیف (p<۰/۰۰۶)، وابستگی کامل به خانواده در انجام مهارت های خودیاری (p<۰/۰۰۵) دارای اختلال رفتاری (p<۰/۰۰۱)، مادر خانه دار (p<۰/۰۰۳)، پدر دارای بیماری جسمی (p<۰/۰۰۰۱)، تعداد اعضای خانواده بیش از چهار نفر (p<۰/۰۰۶)، درآمد خانواده کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه (p<۰/۰۰۱) عدم دریافت کمک هزینه از بهزیستی (p=۰/۰۰۴)، در نبود مراقب اصلی، بستگان وظیفه مراقبت از کودک عقب مانده را به عهده می گرفته اند (p<۰/۰۰۱) و در مواقع بروز مشکلات، با کسانی غیر از همسر مشورت می کردند (p<۰/۰۰۱). مشکلات عاطفی بیشتر بوده است. همچنین در بررسی ارتباط مشکلات اقتصادی با مشخصات دموگرافیک، در خانواده هایی که کودک عقب مانده آنان مونث (p<۰/۰۰۱)، فرزند اول خانواده (p<۰/۰۰۴)، کودک دارای بیماری جسمی (p<۰/۰۰۱)، دارای اختلال رفتاری (p<۰/۰۰۰۱) مادر دارای بیماری روحی (p<۰/۰۰۳)، تعداد اعضای خانواده بیش از چهار نفر (p<۰/۰۰۲)، درآمد خانواده کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه (p<۰/۰۰۱) عدم دریافت کمک هزینه از بهزیستی (p<۰/۰۰۳) و مشورت با کسانی غیر از همسر در مواقع بروز مشکلات (p<۰/۰۰۴)، مشکلات اقتصادی بیشتر بود.

نتیجه گیری: از آنجایی که یافته های پژوهش موید آن است که اکثریت واحد های مورد پژوهش دارای مشکلات اجتماعی، عاطفی و اقتصادی می باشند بنابراین به نظر می رسد جهت کاهش مشکلات خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی نیاز به حمایت های همه جانبه می باشد.

کلید واژه ها: خانواده، عقب ماندگی ذهنی، فشار روانی، کودکان ناتوان، مسائل اجتماعی

فهرست مطالب

عناوین..... صفحه

فصل اول.....	۱
زمینه پژوهش.....	۲-۷
اهداف پژوهش (هدف کلی و اهداف ویژه).....	۸
سوالات پژوهش.....	۹
تعریف واژه ها (علمی و عملی).....	۱۰-۱۲
پیش فرضهای پژوهش.....	۱۳
محدودیت های پژوهش.....	۱۳

فصل دوم.....	۱۴
چهارچوب پنداشتی.....	۱۵-۳۵
مروری بر مطالعات گذشته.....	۳۶-۵۴

فصل سوم.....	۵۵
روش پژوهش.....	۵۶
نوع پژوهش.....	۵۶
جامعه پژوهش.....	۵۶
نمونه پژوهش.....	۵۶
محیط پژوهش.....	۵۷
ابزار گردآوری داده ها.....	۵۷
تعیین اعتبار علمی ابزار.....	۵۸
تعیین اعتماد علمی ابزار.....	۵۹
روش گردآوری داده ها.....	۵۹
روش های تجزیه و تحلیل داده ها و روش های آماری.....	۶۰
ملاحظات اخلاقی.....	۶۱

فصل چهارم.....	۶۲
یافته های پژوهش.....	۶۳-۱۳۶

۱۳۷.....	فصل پنجم
۱۳۸-۱۶۷.....	تجزیه و تحلیل داده ها
۱۶۸-۱۷۰.....	نتیجه گیری نهایی
۱۷۱.....	کاربرد یافته ها در پرستاری
۱۷۲.....	پیشنهادات
۱۷۳-۱۷۸.....	منابع
۱۷۹-۱۸۵.....	ابزار گردآوری داده ها

جدول شماره ۱- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب جنس.....	۶۲
جدول شماره ۲- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب سن.....	۶۴
جدول شماره ۳- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب سن تشخیص معلولیت.....	۶۵
جدول شماره ۴- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب سن ورود به مرکز.....	۶۵
جدول شماره ۵- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب رتبه تولد.....	۶۶
جدول شماره ۶- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب میزان عقب ماندگی ذهنی.....	۶۶
جدول شماره ۷- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب وجود ناتوانی های همراه.....	۶۷
جدول شماره ۸- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب میزان استقلال کودک در مهارت های خود یاری.....	۶۷
جدول شماره ۹- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب وجود بیماری جسمی.....	۶۷
جدول شماره ۱۰- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب وجود بیماری روحی.....	۶۸
جدول شماره ۱۱- توزیع کودکان عقب مانده ذهنی بر حسب وجود اختلال رفتاری.....	۶۸
جدول شماره ۱۲- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب نسبت با کودک عقب مانده ذهنی.....	۶۸
جدول شماره ۱۳- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب سن.....	۶۹
جدول شماره ۱۴- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب وضعیت تاهل.....	۶۹
جدول شماره ۱۵- توزیع تحصیلات مادران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۰
جدول شماره ۱۶- توزیع شغل مادران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۰
جدول شماره ۱۷- توزیع وجود بیماری جسمی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۱
جدول شماره ۱۸- توزیع وجود بیماری روحی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۱
جدول شماره ۱۹- توزیع تحصیلات پدران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۲
جدول شماره ۲۰- توزیع شغل پدران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۲
جدول شماره ۲۱- توزیع اشتغال پدران کودکان عقب مانده ذهنی به شغل دوم.....	۷۳
جدول شماره ۲۲- توزیع وجود بیماری جسمی در پدران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۳
جدول شماره ۲۳- توزیع وجود بیماری روحی در پدران کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۳
جدول شماره ۲۴- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب تعداد اعضای خانواده.....	۷۴
جدول شماره ۲۵- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب تعداد فرزندان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی.....	۷۴
جدول شماره ۲۶- توزیع وجود سایر فرزندان در واحد های مورد پژوهش.....	۷۵
جدول شماره ۲۷- توزیع وجود بیماری جسمی در سایر فرزندان واحد های مورد پژوهش.....	۷۵
جدول شماره ۲۸- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب وجود بیماری روحی در سایر فرزندان.....	۷۵
جدول شماره ۲۹- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب میزان درآمد تقریبی.....	۷۶
جدول شماره ۳۰- توزیع پوشش بیمه درمانی کودکان عقب مانده ذهنی.....	۷۶
جدول شماره ۳۱- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب دریافت کمک هزینه از بهزیستی.....	۷۶
جدول شماره ۳۲- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب برخورداری از حمایت های بهزیستی.....	۷۷
جدول شماره ۳۳- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب منابع مشاوره.....	۷۷
جدول شماره ۳۴- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب منبع مراقبتی کودک در هنگام نبود مراقب اصلی.....	۷۸

- جدول شماره ۳۵- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب میزان مشکلات اجتماعی..... ۷۹
- جدول شماره ۳۶- توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب وجود مشکلات اجتماعی..... ۸۰
- جدول شماره ۳۷- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب مشکلات عاطفی..... ۸۱
- جدول شماره ۳۸- توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب وجود مشکلات عاطفی..... ۸۲
- جدول شماره ۳۹- توزیع واحد های مورد پژوهش بر حسب مشکلات اقتصادی..... ۸۳
- جدول شماره ۴۰- توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب وجود مشکلات اقتصادی..... ۸۴
- جدول شماره ۴۱- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب جنس کودک..... ۸۵
- جدول شماره ۴۲- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب سن کودک..... ۸۵
- جدول شماره ۴۳- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب سن تشخیص معلولیت کودک..... ۸۶
- جدول شماره ۴۴- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب سن ورود کودک به مرکز توانبخشی..... ۸۶
- جدول شماره ۴۵- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب رتبه تولد کودک..... ۸۷
- جدول شماره ۴۶- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب میزان عقب ماندگی کودک..... ۸۷
- جدول شماره ۴۷- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود ناتوانیهای همراه..... ۸۸
- جدول شماره ۴۸- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب میزان استقلال کودک در مهارتهای خود یاری..... ۸۸
- جدول شماره ۴۹- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری جسمی در کودک..... ۸۹
- جدول شماره ۵۰- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری روحی در کودک..... ۸۹
- جدول شماره ۵۱- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود اختلال رفتاری در کودک..... ۹۰
- جدول شماره ۵۲- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب نسبت فرد تکمیل کننده پرسشنامه با کودک..... ۹۰
- جدول شماره ۵۳- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب سن فرد تکمیل کننده پرسشنامه..... ۹۱
- جدول شماره ۵۴- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وضعیت تاهل والدین..... ۹۱
- جدول شماره ۵۵- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب تحصیلات مادر..... ۹۲
- جدول شماره ۵۶- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وضعیت شغل مادر..... ۹۲
- جدول شماره ۵۷- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری جسمی در مادر..... ۹۳
- جدول شماره ۵۸- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری روحی در مادر..... ۹۳
- جدول شماره ۵۹- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب تحصیلات پدر..... ۹۴
- جدول شماره ۶۰- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وضعیت شغل پدر..... ۹۴
- جدول شماره ۶۱- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب اشتغال پدر به شغل دوم..... ۹۵
- جدول شماره ۶۲- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری جسمی در پدر..... ۹۵
- جدول شماره ۶۳- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری روحی در..... ۹۶
- جدول شماره ۶۴- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب تعداد اعضای خانواده..... ۹۶
- جدول شماره ۶۵- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب تعداد فرزندان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در خانواده..... ۹۷
- جدول شماره ۶۶- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری جسمی در سایر فرزندان..... ۹۷
- جدول شماره ۶۷- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیماری روحی در سایر فرزندان..... ۹۸
- جدول شماره ۶۸- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب میزان درآمد خانواده..... ۹۸
- جدول شماره ۶۹- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب وجود بیمه درمانی برای کودک..... ۹۹
- جدول شماره ۷۰- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب دریافت کمک هزینه از بهزیستی..... ۹۹

- جدول شماره ۷۱- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب بر خورداری خانواده از حمایت‌های بهزیستی..... ۱۰۰
- جدول شماره ۷۲- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب منبع مشورتی خانواده در هنگام بروز مشکلات ۱۰۰
- جدول شماره ۷۳- توزیع مشکلات اجتماعی بر حسب منبع مراقبتی از کودک هنگام نبود مراقب اصلی..... ۱۰۱
- جدول شماره ۷۴- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب جنس کودک..... ۱۰۲
- جدول شماره ۷۵- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب سن کودک..... ۱۰۲
- جدول شماره ۷۶- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب سن تشخیص معلولیت کودک..... ۱۰۳
- جدول شماره ۷۷- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب سن ورود کودک به مرکز توانبخشی..... ۱۰۳
- جدول شماره ۷۸- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب رتبه تولد کودک..... ۱۰۴
- جدول شماره ۷۹- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب میزان عقب ماندگی کودک ۱۰۴
- جدول شماره ۸۰- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود ناتوانیهای همراه..... ۱۰۵
- جدول شماره ۸۱- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب میزان استقلال کودک در مهارت‌های خود یاری..... ۱۰۵
- جدول شماره ۸۲- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری جسمی در کودک..... ۱۰۶
- جدول شماره ۸۳- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری روحی در کودک..... ۱۰۶
- جدول شماره ۸۴- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود اختلال رفتاری در کودک..... ۱۰۷
- جدول شماره ۸۵- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب نسبت فرد تکمیل کننده پرسشنامه با کودک..... ۱۰۷
- جدول شماره ۸۶- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب سن فرد تکمیل کننده پرسشنامه..... ۱۰۸
- جدول شماره ۸۷- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وضعیت تاهل والدین..... ۱۰۸
- جدول شماره ۸۸- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب تحصیلات مادر..... ۱۰۹
- جدول شماره ۸۹- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وضعیت شغل مادر..... ۱۰۹
- جدول شماره ۹۰- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری جسمی در مادر..... ۱۱۰
- جدول شماره ۹۱- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری روحی در مادر..... ۱۱۰
- جدول شماره ۹۲- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب تحصیلات پدر..... ۱۱۱
- جدول شماره ۹۳- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وضعیت شغل پدر..... ۱۱۱
- جدول شماره ۹۴- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب اشتغال پدر به شغل دوم..... ۱۱۲
- جدول شماره ۹۵- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری جسمی در پدر..... ۱۱۲
- جدول شماره ۹۶- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری روحی در پدر..... ۱۱۳
- جدول شماره ۹۷- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب تعداد اعضای خانواده..... ۱۱۳
- جدول شماره ۹۸- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب تعداد فرزندان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در خانواده..... ۱۱۴
- جدول شماره ۹۹- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری جسمی در سایر فرزندان..... ۱۱۴
- جدول شماره ۱۰۰- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیماری روحی در سایر فرزندان..... ۱۱۵
- جدول شماره ۱۰۱- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب میزان درآمد خانواده..... ۱۱۵
- جدول شماره ۱۰۲- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب وجود بیمه درمانی برای کودک..... ۱۱۶
- جدول شماره ۱۰۳- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب دریافت کمک هزینه از بهزیستی..... ۱۱۶
- جدول شماره ۱۰۴- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب خورداری خانواده از حمایت‌های بهزیستی..... ۱۱۷
- جدول شماره ۱۰۵- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب منبع مراقبتی از کودک هنگام نبود مراقب اصلی..... ۱۱۷
- جدول شماره ۱۰۶- توزیع مشکلات عاطفی بر حسب منبع مشورتی خانواده در هنگام بروز مشکلات ۱۱۸

جدول شماره ۱۰۷-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب جنس کودک.....	۱۱۹
جدول شماره ۱۰۸-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب سن کودک.....	۱۱۹
جدول شماره ۱۰۹-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب سن تشخیص معلولیت کودک.....	۱۲۰
جدول شماره ۱۱۰-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب سن ورود کودک به مرکز توانبخشی.....	۱۲۰
جدول شماره ۱۱۱-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب رتبه تولد کودک.....	۱۲۱
جدول شماره ۱۱۲-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب میزان عقب ماندگی کودک.....	۱۲۱
جدول شماره ۱۱۳-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود ناتوانیهای همراه.....	۱۲۲
جدول شماره ۱۱۴-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب میزان استقلال کودک در مهارتهای خود یاری.....	۱۲۲
جدول شماره ۱۱۵-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری جسمی در کودک.....	۱۲۳
جدول شماره ۱۱۶-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری روحی در کودک.....	۱۲۳
جدول شماره ۱۱۷-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود اختلال رفتاری در کودک.....	۱۲۴
جدول شماره ۱۱۸-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب نسبت فرد تکمیل کننده پرسشنامه با کودک.....	۱۲۵
جدول شماره ۱۱۹-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب سن فرد تکمیل کننده پرسشنامه.....	۱۲۶
جدول شماره ۱۲۰-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وضعیت تاهل والدین.....	۱۲۶
جدول شماره ۱۲۱-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب تحصیلات مادر.....	۱۲۷
جدول شماره ۱۲۲-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وضعیت شغل مادر.....	۱۲۷
جدول شماره ۱۲۳-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری جسمی در مادر.....	۱۲۸
جدول شماره ۱۲۴-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری روحی در مادر.....	۱۲۸
جدول شماره ۱۲۵-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب تحصیلات پدر.....	۱۲۹
جدول شماره ۱۲۶-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وضعیت شغل پدر.....	۱۲۹
جدول شماره ۱۲۷-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب اشتغال پدر به شغل دوم.....	۱۳۰
جدول شماره ۱۲۸-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری جسمی در پدر.....	۱۳۰
جدول شماره ۱۲۹-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری روحی در پدر.....	۱۳۱
جدول شماره ۱۳۰-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب تعداد اعضای خانواده.....	۱۳۱
جدول شماره ۱۳۱-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب تعداد فرزندان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در خانواده.....	۱۳۲
جدول شماره ۱۳۲-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری جسمی در سایر فرزندان.....	۱۳۲
جدول شماره ۱۳۳-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیماری روحی در سایر فرزندان.....	۱۳۳
جدول شماره ۱۳۴-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب میزان درآمد خانواده.....	۱۳۳
جدول شماره ۱۳۵-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب وجود بیمه برای کودک.....	۱۳۴
جدول شماره ۱۳۶-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب دریافت کمک هزینه از بهزیستی.....	۱۳۴
جدول شماره ۱۳۷-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب بر خورداری خانواده از حمایتهای بهزیستی.....	۱۳۵
جدول شماره ۱۳۸-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب منبع مشورتی خانواده در هنگام بروز مشکلات.....	۱۳۵
جدول شماره ۱۳۹-توزیع مشکلات اقتصادی بر حسب منبع مراقبتی از کودک هنگام نبود مراقب اصلی.....	۱۳۶

فصل اول

زمینه پژوهش:

مسأله افرادی که دارای هوش کمتری هستند یکی از مسائلی است که از دیرباز ذهن بشر را به خود جلب کرده است و در حقیقت عقب ماندگی ذهنی همزاد با پیدایش انسانهاست و قدمتی همپای تاریخ بشر دارد (۱). امروزه علی رغم پیشرفت های وسیع در علوم پزشکی، عقب ماندگی ذهنی یکی از عمده ترین، پیچیده ترین و دشوارترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان می باشد. (۲) عقب ماندگی ذهنی یک اختلال شایع است که حدود ۳٪ جمعیت دنیا را مبتلا می کند. طبق آمارهای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سالانه در ایران رقمی حدود بیست و چهار هزار کودک با ناتوانی هوشی و عقب ماندگی ذهنی به جمعیت کشور اضافه می شود. برهمن اساس جمعیت آنان تا سال ۱۳۷۷ یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده بود که از این تعداد ۶۰۰ هزار نفر در گروه سنی زیر ۱۸ سال قرار داشتند، ۱۵٪ آنان نیز ناتوانی در سطح متوسط، شدید و عمیق داشتند (۳) هم چنین با توجه به گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ که جمعیت کل کشور حدود ۷۰ میلیون نفر و متوسط تعداد هر خانوار ۴ نفر برآورد شده، در این صورت

می توانیم بگوییم که ۲۸۰۰/۰۰۰ تا ۸۴۰۰/۰۰۰ نفر از جمعیت ایران به نوعی از مسئله معلولیت رنج می برند که در مقایسه با کل جمعیت ایران، این ارقام بسیار قابل توجه است (۴).

عقب مانده ذهنی به کسی اطلاق می شود که نسبت به افراد مشابه یا همسن خود، قدرت و توانایی کمتری در انجام امور جاری، رفع مشکلات و پذیرش رفتارهای سازگارانه با محیط دارد (۱). انجمن حمایت از عقب ماندگان ذهنی آمریکا، عقب ماندگی ذهنی را ناتوانی می داند که شروع آن از قبل از تولد (زمان انعقاد نطفه) تا ۱۸ سالگی باشد. ویژگی های آن شامل محدودیت های معنی دار در عملکرد هوش و رفتارهای سازشی (مهارت های سازشی ادراکی، اجتماعی و عملی) است (۵).

عقب ماندگی ذهنی با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است. کودکان عقب مانده ذهنی در یادگیری موارد مورد انتظار ضعیف هستند و سعی و تلاش والدین برای آموزش مهارت های جدید و مهار رفتارهای نامناسب این کودکان معمولاً به نتیجه مطلوب نمی رسد، لذا پذیرش و سازگاری با این واقعیت برای والدین تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می طلبد. (۶) همچنین کودک معلول ذهنی اغلب به مراقبتهای خاص نیاز دارد که ناشی از مواردی از این قبیل است: تأخیر یا عدم کسب عادات و آداب لباس پوشیدن، غذا خوردن، توالت رفتن و مشکلاتی چون حملات کنترل نشده صرعی، خیس کردن لباس و رختخواب برای مدت طولانی تر از سنی که از یک کودک عادی انتظار می رود. که نظارت خاصی را از سوی والدین طلب می کند. از جهتی نیازهای درمانی خاص، کاهش منابع مالی و عاطفی در اثر تلاش مستمر خانواده در دست یافتن به تشخیص و درمان، والدین را سخت درگیر کرده و وقت و انرژی آنها را برای پرداختن به دیگر فرزندان و به خودشان به عنوان زن و شوهر باقی نمی گذارد (۷). لذا کودک عقب مانده ذهنی می تواند تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده گذاشته و باعث شود که خانواده تحت تنش های جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرد تا حدی که روند طبیعی زندگی خود را از دست داده و منجر به فروپاشی نظام خانواده شود (۸).

تأثیر کودک معلول بر نظام خانواده سالهاست به عنوان یک معضل توجه متخصصان را به خود جلب کرده است. در این راستا فراز و نشیب هایی نیز مشاهده می شود. در پژوهشهای دهه ۱۶۹۰ اثرات منفی کودک معلول بر والدین برجسته تر شده است. از دهه ۱۹۷۰ به بعد به تأثیرگذاری حضور کودک عقب مانده ذهنی بر روابط برادران، خواهران و والدین توجه شده است و در سالهای اخیر دیدگاه های تعاملی جامعتری در مورد خانواده هایی که یکی از اعضای آن معلول است مطرح شده است (۶).

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضاء آن می تواند کل نظام خانواده را مختل کند. خانواده ای که کودک مبتلا به عقب ماندگی ذهنی دارد، خرده نظامهای والدینی، زناشویی، خواهر و برادری و حتی خرده نظام های برون خانوادگی مثل دوستان، همسایه ها، مدارس و موسسات خدماتی را تحت تأثیر قرار می دهد و موجب فشار بیشتری در درون نظام خانواده می شود، قوام و سازگاری درون نظام بویژه در خانواده های هسته ای را به خطر می اندازد و احتمال به وجود آمدن اختلال در نظام خانواده را بالا می برد و موجب تنش در خرده نظام های خانواده شده که خود منجر به بروز مشکلات جدید در خانواده و یا موجب تشدید عقب ماندگی و مشکلات گوناگون کودک می شود و او را از داشتن یک محیط سالم برای رشد بهینه محروم می سازد و در واقع یک چرخه معیوب را ایجاد می کند (۶ و ۹).

تأثیر اولیه کودک عقب مانده بر روی والدین ممکن است شدید و عمیق باشد. مقاومت والدین در برابر این مشکل می تواند ناموفق یا ناقص باشد، بنابراین بسیاری از والدین از مشکل سلامت روانی رنج می برند. رسیدگی به امور کودک مستلزم شکیبایی زیاد و فداکاری از جانب والدین است. بسیاری از والدین، عقب ماندگی کودک را به مثابه نشانه ای از شکست خود تصور می کنند (۹).

در حقیقت تولد یک کودک عقب مانده ذهنی، نمایش گر مرگ ایده های والدین از کودک خیالی شان است (۱۰). بسیاری از والدین هدف هایی را که خود قادر به رسیدن به آنها نبوده اند در فرزندان خود جست و جو می کنند. والدینی که در رسیدن به این اهداف ناکام می شوند به نوعی، دچار مشکل و فشار روانی می شوند. حال، مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی، نه تنها احساس میکنند که به این اهداف نمی رسند، بلکه آگاهی از عقب ماندگی کودک، آنان را با فشار روانی مضاعف روبه رو می سازد (۹).

گوپتا^۱ (۲۰۰۴) دریافت که استرس تجربه شده ناشی از حضور کودک ناتوان در خانواده، منجر به اختلافات زناشویی در رابطه با تربیت کودک می شود (۱۱)، دینی ترکی و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند که والدین کودکان عقب مانده ذهنی فشار روانی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تحمل می کنند و از رضایت زناشویی پایین تری برخوردارند (۶) نریمانی و همکاران (۱۳۸۶) نیز نشان دادند که بین سلامت روانی مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی تفاوت معنی داری وجود دارد و علائم افسردگی، اضطراب، روان پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی در مادران کودکان استثنایی بیشتر است (۱۲). همچنین نتایج تحقیقات حاکی از آن است که مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی، در مقایسه با پدران، با مشکلات بیشتری برخورد کرده و بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیر هستند، به همین دلیل استرس بیشتری را تجربه می کنند و نیاز به حمایت بیشتری دارند (۸).

وجود کودک ناتوان در خانواده روابط اجتماعی خانواده را محدود میکند. وابستگی دائم کودک به خانواده موجب تغییر در برنامه روزمره زندگی، مسائل شغلی (غیبت های متعدد شغلی، مشکلات محیط کار،...) و روابط درون و بیرون خانوادگی می شوند. خانواده این کودکان از نظر اجتماعی گوشه گیر و منزوی بوده و به دلیل رفتارهای کودک، جهت شرکت در محافل اجتماعی و روابط با فامیل و دوستان و همسایه ها با مشکل مواجه هستند (۱۳ و ۱۱ و ۶). ارتباطات درون خانواده با داشتن کودک مبتلا، به صورت رابطه ای پراسترس در می آید، خواهران و برادران سالم این کودکان خودباوری و اعتماد به نفس پایین دارند و به علت کاهش توجه از طرف دیگر و انتظارات زیاد والدین از آنها، در معرض خطر سلامت روان، هستند. احتمال ابتلا به افسردگی در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است و شیوع مشکلات هیجانی رفتاری در خواهران و برادران سالم کودکان عقب مانده ذهنی ۱/۶ تا ۲ برابر جمعیت افراد عادی است (۱۴). کونرز^۲ و همکاران (۲۰۰۳) 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 خانواده خود برخوردارند. آنها گزارش

۱Gupta

۲Connors et al

کردند که 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 (۱۵). گوپتا (۲۰۰۴) معتقد است که تأثیر داشتن کودک ناتوان تنها روی والدین نیست بلکه روابط بین فامیل را نیز در بر می گیرد و باعث تغییر در روابط با فامیل می شود (۱۱). مطالعه شریعتی و داورمنش (۱۳۸۴) مؤید این امر است که وجود یک فرزند عقب مانده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی می گردد و هر قدر شدت عقب ماندگی ذهنی بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگتر می شود (۲).

امروزه خانواده های بسیاری از داشتن فرزند کم توان ذهنی به سبب هزینه های اقتصادی سنگین رنج می برند. هزینه نگهداری کودک با نیازهای خاص طاقت فرسا بوده و درصد زیادی از درآمد خانواده را به خود اختصاص می دهد. هزینه رفت و آمد به مرکز توانبخشی یا مدرسه، هزینه مراقبت های پزشکی و یا روشهای آموزشی و توانبخشی خاص، پای بندی مادر برای مراقبت از کودک در منزل، از دست دادن شغل یا گرفتن مرخصی برای مراقبت از کودک از مسائل دیگری هستند که می توانند باعث مشکلات بیشتر اقتصادی در این خانواده ها می شوند. (۶ و ۹)

بنابراین مراقبت مداوم از چنین کودکانی برای اعضاء خانواده پراسترس بوده و تا حد زیادی به شرایط کودک (جنس، سن و میزان عقب ماندگی ذهنی) و منابع خانوادگی در دسترس بستگی دارد. همچنین وضعیت اقتصادی- اجتماعی این خانواده ها و بهره مندی از منابع حمایتی اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی ارتباط مستقیمی با عملکرد خانواده دارد (۷).

از طرفی بافت فرهنگی هر جامعه ای بر روی تفسیر عقب ماندگی ذهنی، ارزشها، واکنشهای اطرافیان و فشارهای والدین اثر می گذارد، هر خانواده با توجه به شرایط اقتصادی، فرهنگی و حمایت های اجتماعی خاص جامعه خود، نسبت به مشکلات پاسخ های متفاوتی می دهد (۷ و ۱۱) درک صحیح شیوه های مختلف پاسخ والدین به بیماری مزمن، چگونگی تعریف موقعیت، اداره زندگی روزمره و دست و پنجه نرم کردن با کشمکشهای موجود به تیم درمان کمک می کند تا با توجه به مسائل و تواناییهای خانواده، اقداماتی را بطور اختصاصی در جهت کنترل عوارض ناشی از بیماری انجام دهند (۵).