



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/09/03

Accepted:2024/01/02

The Effectiveness of Education for Children with Intellectual Disabilities on reducing the burden of parental care

Elahe Dolatabadi(MA.)¹, Maedeh bagheri (Ph.D.)²

1.MA of clinical psychology, Semnan branch, Islamic Azad University of Semnan, Semnan, Iran.

2. Corresponding Author :Assistant Professor of Health psychology, Department of psychiatry and psychosomatic research center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Tel: +98-9113546225, Email: bagheri.ma@mazums.ac.ir

Abstract

Introduction: Although the pressure of care has an adverse effect on mental health of parents with children with intellectual disabilities, educational training for these children can be helpful by creating independence for these children. Accordingly, the present study is conducted by determining the effectiveness of educational training for children with intellectual disabilities on reducing the burden of care for their parents.

Methods: The current research was conducted as a semi-experimental study with pre-test and post-test and a control group. The statistical population consisted of all the children under 14 with intellectual disabilities in Pakdasht city in 2021; 30 of them were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group underwent 20 training sessions, -two sessions a week for 5 hours, but the control group did not receive any training. Zarit Burden Interview was completed by their parents. Then, the obtained data was analyzed by SPSS 18 software and univariate covariance.

Results: Data illustrated the significant difference of the parental burden mean scores between the experimental and control groups ($F=107/535$, $P<0/01$); so, it can be concluded that educational training for children with educable intellectual disabilities significantly impacts caregiving-induced burden.

Conclusion: Educational training for children with educable intellectual disabilities in centers related with welfare organization (private and governmental), can reduce the caregiving-induced burden and its possible devastating consequences.

Keywords: Education, Caregiving Burden, Disabled Children, Intellectual Disabilities, Parents.

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Elahe Dolatabadi, Maedeh bagheri. The Effectiveness of Education for Children with Intellectual Disabilities on reducing theTolooebhdasht Journal. 2024;22(6)1-14.[Persian]



اثر بخشی آموزش تحصیلی به کودکان مبتلا به کم توان هوشی بر کاهش فشار بار

مراقبتی والدین

الهه دولت آبادی^۱، مانده باقری^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار روان شناسی سلامت، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی

مازندران، ساری، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۳۵۴۶۲۲۵ Email: bagheri.ma@mazums.ac.ir

طلوع بهداشت

چکیده

مقدمه: گرچه فشار بار مراقبتی بر سلامت روان والدین دارای کودکان مبتلا به کم توان هوشی تأثیر نامطلوب بر جای می گذارد اما آموزش تحصیلی به این کودکان می تواند از طریق ایجاد استقلال برای این کودکان کمک کننده باشد. بر همین مبنا پژوهش حاضر با تعیین اثربخشی آموزش تحصیلی به کودکان مبتلا به کم توان هوشی بر کاهش فشار بار مراقبتی والدین آنان انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر به عنوان یک مطالعه شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان زیر ۱۴ سال مبتلا به کم توان هوشی در مدارس کودکان استثنایی شهرستان پاکدشت در سال ۱۴۰۱ بود که از میان آنان تعداد ۳۰ کودک به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای دهی شدند (در هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش تحت ۲۰ جلسه آموزش، هفته ای دو جلسه و به مدت ۵ ساعت قرار گرفتند اما گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پرسشنامه فشار مراقبتی زاریت توسط والدین آن ها پر شد و سپس داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و کوواریانس تک متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت معنادار بین میانگین نمرات فشار مراقبتی والدین در گروه های آزمایشی و کنترل وجود دارد ($F=107/535, P<0/01$)، طوری که می توان بیان داشت که آموزش تحصیلی به کودکان کم توان هوشی آموزش پذیر به طور معناداری بر فشار مراقبتی مؤثر است.

نتیجه گیری: برنامه های آموزش تحصیلی به کودکان کم توان هوشی آموزش پذیر در مراکز مرتبط با بهزیستی (خصوصی و دولتی)، می تواند فشار مراقبتی و پیامدهای ناتوان کننده احتمالی آن را کاهش دهد.

واژه های کلیدی: آموزش، فشار مراقبتی، کودکان کم توان، ناتوانی های هوشی، والدین

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره ششم

بهمن و اسفند

شماره مسلسل: ۱۰۲

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲





مقدمه

بر اساس پنجمین طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی امریکا، کم توانی هوشی (اختلال هوشی-رشدی یا Intellectual Disability)، زیرمجموعه ای از اختلالات عصب-رشدی (Intellectual Developmental Disorder) است که شروع آن حین دوران رشد است و شامل نقص در کارکردهای هوشی (از قبیل استدلال، حل مسئله، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری آکادمیک و یادگیری به واسطه تجربه) و سازشی (از قبیل برآورده کردن استانداردهای فرهنگی-اجتماعی و رشدی در جهت استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی) در جنبه های عملی، اجتماعی و مفهومی می شود (۱).
نقص شناختی افراد مبتلا به کم توان هوشی دائمی است؛ در نتیجه پیش آگهی این بیماری بستگی به شدت آسیب شناختی و میزان حمایت های محیطی دارد. به عبارتی دیگر، اگر حمایت کافی فراهم شود، افراد مبتلا به کم توانی هوشی خفیف ممکن است به توانمندی زبانی و اجتماعی موثر در جهت زندگی مستقل دست یابند. افراد مبتلا به کم توانی هوشی متوسط به احتمال زیاد به سطوح علمی بالاتر از کلاس دوم دست پیدا نمی کنند. با این حال، آن ها ممکن است صحبت کردن یاد بگیرند و نیازهای خود را بیان کنند. آنها ممکن است بتوانند تحت نظار شاغل شوند. این در حالی است که افراد دارای کم توانی هوشی شدید معمولاً به دلیل کم توانی در یادگیری تکلم صرفاً کلماتی را تشخیص دهند که برای عملکرد زندگی روزمره حیاتی هستند. علل ابتلا به کم توانی هوشی، هنوز به طور دقیق شناسایی نشده است اما علت شناسی آن عمدتاً به ناهنجاری های ژنتیکی (از قبیل جهش یک ژن خاص، تغییر پذیری در تعداد کپی یا

ناهنجاری های کروزومی) و عوامل محیطی (مواجهه مادر با عوامل عفونی یا سمی و وضعیت های طبی غیرقابل کنترل، مشکلات حین زایمان، و...) تقسیم بندی می شود. به طور کلی شایع ترین علت محیطی قابل پیشگیری، سندرم الکل جنینی (Fetal alcohol syndrome) و شایع ترین علت کروموزومال، سندروم داون و شایع ترین علت ژنتیکی، سندروم X شکننده است (۲).

میزان شیوع ابتلا به کم توانی هوشی به طور کل ۱ درصد و میزان شیوع کم توانی هوشی شدید ۶ در هزار نفر تخمین زده شد (۱). در صورتی که این رقم در کشورهای در حال توسعه بین ۱۰ تا ۱۵ در هر هزار کودک گزارش شده است که از این رقم، ۸۵ درصد به کم توانی هوشی خفیف مبتلا بوده اند (۲). نکته نگران کننده این است که این روند طی سال ها در حال افزایش است (۳). در مورد میزان شیوع کم توانی هوشی در ایران اطلاعات دقیقی در دسترس نیست و در یک مطالعه ۴/۴ درصد گزارش شده است (۴). در هر صورت این بیماری حتی با شیوع ۱ درصدی در کل جمعیت، بار زیادی بر دوش جامعه و خانواده های افراد مبتلا به این اختلال خواهد گذاشت (۵)؛ چرا که فرایند مراقبت از این بیماران، فرایندی مداوم، چالش برانگیز، استرس زا و طولانی مدت است و در نتیجه منجر به پیامدهایی منفی برای سلامت روانی و جسمانی مراقبین می شود (۵).

به عبارتی دیگر یکی از مشکلات والدین دارای کودکان کم توان هوشی، فشار مراقبتی (Burden) ادراک شده است که تاثیر قابل ملاحظه ای در کیفیت زندگی بالاخص مراقبین آنان دارد (۶،۷). فشار بار مراقبتی به معنای تجربه مجموعه ای از فشارهای هیجانی، اجتماعی، جسمانی و محدودیت های مالی



چنین آمادگی جسمانی و هوشی می‌شود (۱۶، ۱۷).

با توجه به تجربه فشار بار مراقبتی ادراک شده در والدین دارای کودکان کم‌توان هوشی و اثربخشی آموزش تحصیلی به این کودکان در جهت بهبود رفتار سازشی و افزایش استقلال آن‌ها در این مطالعه به این موضوع پرداخته می‌شود که آیا آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی در کاهش فشار بار مراقبتی والدین آن‌ها مؤثر هست یا خیر؟

روش بررسی

مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع پژوهش‌های کمی-مداخله‌ای است و یک کارآزمایی بالینی شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه آماری این پژوهش تمامی کودکان کم‌توان هوشی آموزش‌پذیر زیر ۱۴ سال و والدین آن‌ها در شهرستان پاکدشت (استان تهران) در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۱۲۰۰ بود. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر بود که به روش در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه جای‌دهی شدند. افراد دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر)، گروه آزمایش تحت ۲۰ جلسه آموزش توسط روانشناس بالینی آموزش دیده به صورت هفته‌ای دو جلسه و به مدت ۵ ساعت قرار گرفتند. لازم به ذکر است که فرایند مداخله در یک مرکز روزانه‌ی آموزشی مرتبط با کودکان استثنایی در شهر پاکدشت انجام شد. افراد گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش و همچنین در جهت حفظ حقوق شرکت‌کنندگان در زمینه اهداف پژوهش و نحوه اجرای آن توضیحات لازم به تمام شرکت‌کنندگان ارائه شد. حق شرکت و یا قطع همکاری و عدم اجبار مشارکت در

سال بیست و دوم، شماره ششم، بهمن و اسفند ۱۴۰۲

است (۸). فشار بار مراقبتی احتمالاً به این علت در مراقبین این کودکان تجربه می‌شود که آن‌ها فکر می‌کنند که باید از فرزندان بیمارشان مراقبت‌های همه‌جانبه، طولانی‌مدت و بدون وقفه و بالاخص بدون درخواست حمایت اجتماعی به‌عمل‌آورند در غیراین‌صورت احساس‌گناه می‌کنند. از طرفی دیگر مسئولیت والدین دارای فرزند مبتلا به کم‌توانی هوشی نسبت به سایر والدین بیشتر است و این فرآیند مراقبت باعث شود که از اهداف شخصی خود و از تعاملات اجتماعی دور بمانند (۹).

در مداخلات صورت گرفته در گذشته برای کاهش فشار بار مراقبتی ادراک شده والدین، مستقیماً والدین مورد هدف قرار گرفتند (۱۰-۱۳). اما فرض می‌شود که یکی از راهکارهای کاهش فشار بار مراقبتی ادراک شده، آموزش تحصیلی به این کودکان باشد که تا حدودی میزان مسئولیت والدین را کاهش می‌دهد؛ چراکه این آموزش‌ها که با هدف افزایش مهارت‌های بالاخص شناختی صورت می‌گیرد و باعث بهبود سطح رفتارهای سازشی می‌شود (۱۴). البته برخی از صاحب‌نظران معتقدند این آموزش‌ها تاثیری در توانبخشی حرفه‌ای و خودکفایی فردی کودکان مبتلا به کم‌توانی هوشی نداشته‌است (۱۵). آموزش‌های تحصیلی مختص کودکان کم‌توان هوشی شامل آموزش اولیه و مقدماتی (از قبیل آشنایی با محیط پیرامون، مربی و همکلاسی‌ها)، آموزش مهارت‌های دست‌ورزی، آموزش مهارت‌های فردی یا خودیاری، آموزش مهارت‌های آداب اجتماعی، آموزش افزایش دقت و توجه و تمرکز و هماهنگی چشم و دست، آموزش رنگ، آموزش خط و نقاشی، تقویت حافظه شنیداری و حافظه دیداری، آموزش ریاضی و هم

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



پژوهش برای همه آزمودنی‌ها تصریح شد.

به تمام آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی مانده و داده‌های منتشر شده بدون ذکر نام و شناسه شخصی می‌باشد و تمامی اطلاعات به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات شخصی تحلیل می‌شوند.

پس از کسب موافقت به تمام شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه داده شد.

لازم به ذکر است که با توجه به ماهیت مداخله، امکان پنهان نمودن فرایند مداخله از آزمودنی‌ها امکان‌پذیر نبود و بر همین مبنا این مطالعه دوسوکور اجرا نشد اما فرد ارزیابی‌کننده و فرد آموزش‌دهنده متفاوت انتخاب شدند.

والدین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل، یک بار پیش از انجام مداخله و یک بار پس از انجام مداخله، پرسشنامه فشار بار مراقبتی زاریت (۱۹۸۶) را تکمیل کردند و سپس نتایج به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره مورد تحلیل قرار گرفته شد.

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1/96 \text{ ضریب اطمینان}$$

$$S = 11 \text{ میزان پراکندگی آزمون در پژوهش‌های مشابه (گذشته)}$$

$$\alpha = 0/05 \text{ احتمال اشتباه}$$

$$n = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 S^2}{D^2} = (1/96)^2 \times (11)^2 \div (4)^2 = (3/84) \times (121) \div 16 =$$

$$464 \div 16 = 29/04$$

با توجه به فرمول مذکور، حداقل حجم نمونه ۲۹ نفر برای دو گروه است که در این مطالعه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود: پرکردن فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی پژوهش، کودکان دختر و پسر زیر ۱۴ سال مبتلا به کم‌توانی هوشی، کودکان با سطح عملکرد آموزش‌پذیر، عدم ابتلا به مشکلات بینایی و شنوایی، عدم ابتلا به اختلال اوتیسم و بیش‌فعالی، عدم ابتلا به مشکلات روان‌پزشکی والدین شرکت‌کننده در جلسات درمانی پژوهش (از طریق پرسشنامه SCL-90R)، عدم سابقه روان‌درمانی در والدین شرکت‌کننده طی ۶ ماه اخیر و یا حین درمان.

ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی پژوهش، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی به هر دلیل و والدینی که بیش از یک فرزند کم‌توان هوشی داشتند.

برنامه آموزش تحصیلی به کودکان مبتلا به کم‌توانی هوشی به صورت منظم در مراکز وابسته به بهزیستی انجام می‌شود و محتوای آموزشی، از کتابچه‌های رسمی راهنمای آموزش کودکان کم‌توان ذهنی اخذ شد که سازمان بهزیستی کشور آن را منتشر کرد و در اختیار مراکز قرار داده است.

این کتابچه‌ها شامل ۶ جلد است که هر جلد دربرگیرنده‌ی یک گروه از مهارت‌ها است؛ طوری که جلد یک تا شش به ترتیب مهارت‌های شناختی پایه، مهارت‌های خودیاری، مهارت‌های ترسیم، مهارت‌های ریاضی، علوم و اطلاعات عمومی و مهارت‌های اجتماعی را آموزش می‌دهند. بخشی از برنامه‌های آموزشی مذکور در جدول ۱ ذکر شده است.



جدول ۱: بخشی از شرح جلسات آموزش تحصیلی رسمی به کودکان با کم‌توانی هوشی آموزش‌پذیر در مراکز بهزیستی

شماره جلسات	شرح محتوای آموزشی
۱	آماده کردن کلاس برای شروع آموزش اولیه و مقدماتی آشنایی با محیط پیرامون و معلم و قوانین کلاس آموزش مهارت‌های فردی یا خودیاری (نحوی شستن دست و صورت و خشک کردن با حوله) آموزش ریاضی (شناخت اعداد و مفاهیم اعداد، نوشتن اعداد): تمرین و تکرار اعداد آموزش افزایش دقت و توجه و تمرکز با استفاده از نخ و مهره آموزش حافظه دیداری (۶ مرحله ای) آموزش رنگ و نقاشی و رنگ آمیزی آموزش حافظه شنیداری (۶ مرحله ای) آموزش آمادگی جسمانی و ذهنی مثل راه رفتن روی یک خط صاف آموزش مهارت‌های اجتماعی مثل بیان اسم خود تکلیف: کودک با کمک خانواده اسم هایشان را بگویند و تکرار کنند.
۲	بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته آموزش اولیه و مقدماتی آشنایی با محیط پیرامون و معلم و قوانین کلاس و آشنا کردن کودک با همکلاسی‌هایش آموزش مهارت‌های فردی یا خودیاری (تکرار و تمرین جلسه‌ی قبل) آموزش ریاضی (شناخت مفاهیم اعداد، نوشتن اعداد): تکرار اعداد جلسه‌ی قبل جهت تثبیت و معرفی عدد جدید آموزش افزایش دقت و توجه و تمرکز با استفاده از نخ و مهره: تمرین و تکرار مجدد جلسه‌ی قبل جهت تثبیت آموزش حافظه دیداری (۶ مرحله ای): تکرار و تمرین مرحله قبل و تمرین مرحله جدید. آموزش رنگ و نقاشی و رنگ آمیزی: تکرار و تمرین خط عمود از جلسه‌ی قبل و معرفی رنگ جدید آموزش حافظه شنیداری (۶ مرحله ای): یک کلمه به کودک گفته می‌شود که بعد از شمردن ۲۰ عدد تکرار کند. آموزش آمادگی جسمانی و ذهنی مثل راه رفتن روی یک خط صاف (تکرار و تمرین جلسه‌ی قبل) آموزش مهارت‌های اجتماعی مثل بیان سلام و خداحافظ تکلیف: کودک با کمک خانواده سلام و خداحافظی را بگویند و تکرار کنند.
۳	بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته آموزش اولیه و مقدماتی آشنایی با محیط پیرامون و معلم و قوانین کلاس و آشنا کردن کودک با همکلاسی‌هایش آموزش مهارت‌های فردی یا خودیاری (آموزش استفاده از خمیردندان و مسواک) آموزش ریاضی (شناخت مفاهیم اعداد، نوشتن اعداد): تکرار اعداد جلسه‌ی قبل جهت تثبیت و معرفی عدد جدید آموزش افزایش دقت و توجه و تمرکز با استفاده از تمرین و تکرار پرتاپ توپ داخل سبد آموزش حافظه دیداری (۶ مرحله ای): تکرار و تمرین مرحله قبل و تمرین مرحله جدید. آموزش رنگ و نقاشی و رنگ آمیزی: تکرار و تمرین خط عمود به صورت نقطه چین و معرفی رنگ جدید آموزش حافظه شنیداری (۶ مرحله ای): یک کلمه به کودک گفته می‌شود که بعد از شمردن ۲۰ عدد تکرار کند. آموزش آمادگی جسمانی و ذهنی مثل راه رفتن روی یک خط صاف (تکرار و تمرین جلسه‌ی قبل) آموزش مهارت‌های اجتماعی تکرار مهارت‌های قبلی جهت تثبیت تکلیف: رنگ کردن خط عمومی از روی نقطه چین‌ها
۴	بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته آموزش اولیه و مقدماتی آشنایی با محیط پیرامون و معلم و قوانین کلاس و آشنا کردن کودک با همکلاسی‌هایش (تکرار آموزش‌های قبلی جهت یادآوری و تثبیت در ذهن کودکان و آشنایی با وسایل آموزشی جدید) آموزش مهارت‌های فردی یا خودیاری (تکرار و تمرین آموزش‌های قبلی و از کودک خواسته شد که بدون کمک مربی از



خمیردندان و مسواک استفاده کند)

آموزش ریاضی (شناخت مفاهیم اعداد، نوشتن اعداد): تکرار اعداد جلسه‌ی قبل جهت تثبیت و معرفی عدد جدید
آموزش افزایش دقت و توجه و تمرکز با استفاده از تمرین و تکرار جلسات قبلی
آموزش حافظه دیداری (۶ مرحله‌ای): تکرار و تمرین مرحله قبل و تمرین مرحله جدید.
آموزش رنگ و نقاشی و رنگ آمیزی: تکرار و تمرین خط عمود بدون کمک مربی و بدون نقطه چین بکشد، و معرفی رنگ جدید
آموزش حافظه شنیداری (۶ مرحله‌ای): یک کلمه به کودک گفته می‌شود که بعد از شمردن ۲۰ عدد تکرار کند.
آموزش آمادگی جسمانی و ذهنی: تکرار و تمرین جلسه‌ی قبل و آموزش بالا و پایین رفتن از پله‌ها
آموزش مهارت‌های اجتماعی: آموزش دست دادن به افراد مجاز هنگام ورود به مکانی، جهت برقراری ارتباط و احترام به طرف مقابل
تکلیف: نوشتن عدد ۱ و تمرین شمارش تا عدد ۲.

در این مطالعه از ۳ ابزار استفاده شد:

۳- برای غربالگری و عدم ورود افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی به عنوان بخشی از معیارهای عدم ورود، از پرسشنامه SCL-90-R استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط درگاتیس و همکاران تدوین شد و برای غربالگری افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از افراد سالم مفید است. ۹۰ گویه دارد که در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ) تا ۵ (خیلی زیاد) ۹ جنبه‌ی آسیب از قبیل اضطراب، افسردگی، افکار وسواس و اعمال اجباری، پرخاشگری، ترس مرضی، حساسیت در روابط بین فردی، شکایات جسمانی، روان‌پریشی و افکار پارانوئیدی را بررسی می‌کند. اخذ نمره بالا در این آزمون و یا خرده‌مقیاس‌های آن به معنای ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و یا آسیب‌پذیری به آن است. روایی و پایایی در فرم اصلی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۰). در نمونه ایرانی، پایایی خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و روایی ۰/۵۰ تا ۰/۹۶ گزارش شد (۲۱). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

یافته‌ها

بررسی توصیفی داده‌های به دست آمده نشان داد که بیشترین فراوانی گروه سنی در والدین گروه آزمایش مربوط به سنین

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی جهت ارزیابی ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد نمونه از قبیل سن، جنس و ... و هم چنین جهت بررسی برخی معیارهای ورود از قبیل مشکلات بینایی و شنوایی و ... مورد استفاده قرار گرفت.

۲- پرسشنامه فشار بار مراقبتی: زاریت و همکاران پرسشنامه مذکور را در سال ۱۹۸۶ با هدف ارزیابی فشار بار ناشی از مراقبت معرفی کردند. شامل ۲۲ گویه برای سنجش میزان فشار ادراک شده ناشی از مراقبت از بیماران مزمن است که به شیوه‌ی پاسخ‌دهی لیکرت از ۰ (اصلاً) تا ۴ (همیشه) تدوین شده است. حداکثر نمره اکتسابی ۸۸ می‌باشد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد به معنای ادراک بیشتر فشار بار مراقبتی است؛ به عبارتی دیگر کسب نمره کم‌تر از ۲۰ به معنای فشار بار مراقبتی کم یا هیچ، نمره ۲۱ تا ۴۰ به معنای فشار بار مراقبتی خفیف تا متوسط، نمره ۴۱ تا ۶۰ به معنای فشار بار مراقبتی متوسط تا شدید و ۶۱ تا ۸۸ به معنای فشار بار مراقبتی شدید در نظر گرفته شد. روایی نسخه ترجمه نشده ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ گزارش شد (۱۸). در نمونه ایرانی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد (۱۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.



نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است. بر اساس سطح معنی‌داری برای داده‌ها هم‌چنین قرار گرفتن آماره Z با سطح اطمینان ۰/۹۵ و خطای ۰/۰۵ بین ۱/۹۶+ تا ۱/۹۶- می‌توان بیان نمود که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار هست.

جدول ۴ نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس خطاهای متغیرهای پژوهش در بین گروه‌های مختلف (کنترل و آزمایش) را نشان می‌دهد. از آن‌جا که سطح معنی‌داری آماره F بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین می‌توان بیان داشت که واریانس خطای دو گروه با هم‌دیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است.

برای بررسی تأثیر برنامه آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی آموزش‌پذیر در کاهش فشار بار مراقبتی والدین آن‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شده است. نتایج یافته‌های تحلیل در جدول ۵ گزارش شده است. آماره F نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی اختلاف معناداری مشاهده می‌شود ($F=107/535, P<0/01$) و می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی آموزش‌پذیر بر کاهش فشار بار مراقبتی والدین آن‌ها تأثیر معنادار داشت.

۴۰-۵۰ سال مشاهده شد که در گروه کنترل نیز به همین صورت بوده است. چگونگی توزیع جنسیت در گروه آزمایش بیانگر تعداد ۷ نفر مرد (۴۶/۷ درصد) و تعداد ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) زن و در گروه کنترل تعداد ۹ نفر مرد (۶۰ درصد) و تعداد ۶ نفر (۴۰ درصد) زن بود. ۷۹/۹۲ درصد از افراد گروه آزمایش متاهل بودند که این رقم برای گروه کنترل ۸۶/۵۸ درصد مشاهده شد. هم‌چنین اکثر افراد در گروه آزمایش (۵۹/۹۴ درصد) و کنترل (۵۳/۳ درصد) ۸ تا ۱۲ سال سواد داشتند (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار فشار بار مراقبتی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۳ گزارش شده است. در متغیر فشار بار مراقبتی، بین گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود اما در گروه آزمایشی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی سبب کاهش میانگین نمرات در متغیر فشار بار مراقبتی در والدین آن‌ها شده است. هم‌چنین پس از تایید نرمال بودن چولگی و کشیدگی، از آزمون نیکوئی برازش کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده گردید که

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه (n=۳۰)

متغیر	کنترل		آزمایش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۸	۶	۴۰
	مرد	۷	۹	۶۰
سن	۲۰-۳۰	۱	۱	۶/۶۶
	۳۰-۴۰	۲	۲	۱۳/۳۲
	۴۰-۵۰	۹	۱۰	۶۶/۶۰
وضعیت تاهل	مطلقه یا بیوه	۲	۳	۱۹/۹۸
	متاهل	۱۳	۱۲	۷۹/۹۲
سطح تحصیلات	۸-۱۰ سال	۴	۳	۱۹/۹۸
	۸-۱۲ سال	۸	۹	۵۹/۹۴
	۱۲ سال به بالا	۳	۲	۱۳/۳۲



جدول ۳: میانگین و انحراف معیار فشار بار مراقبتی به تفکیک گروه (n=۳۰)

مؤلفه‌ها	آزمون	کنترل		آزمایش		معنی داری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
فشار بار مراقبتی	پیش آزمون	۶/۵۶	۷۴/۴۰	۵/۹۰	۰/۶۵۷	۰/۸۶۶
	پس آزمون	۴/۵۳	۷۳/۸۰	۶/۰۰	۰/۷۸۱	۰/۸۵۶

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت سنجش همگنی واریانس خطاهای فشار بار مراقبتی (n=۳۰)

متغیر	F	Df1	Df2	سطح معناداری
فشار بار مراقبتی	۰/۳۸۱	۱	۲۸	۰/۵۴۲

جدول ۵: آزمون بین گروهی در مورد اثربخشی آموزش تحصیلی بر فشار بار مراقبتی (n=۳۰)

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
فشار بار مراقبتی	۱۶۶۹/۹۷۷	۱	۱۶۶۹/۹۷۷	۱۰۷/۵۳۵	۰/۰۰	۰/۴۷۰
خطا	۴۱۹/۳۰۰	۲۷	۱۵/۵۳۰			

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تحصیلی به کودکان مبتلا به کم‌توانی هوشی بر کاهش فشار بار مراقبتی والدین آن‌ها در یک مرکز روزانه آموزشی کودکان استثنایی در شهر پاکدشت انجام شد. داده‌های به‌دست‌آمده نشان داد که برنامه آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی آموزش‌پذیر بر کاهش فشار بار مراقبتی والدین آن‌ها تأثیر معنادار داشت. گرچه در برخی از پژوهش‌ها گزارش شده است که مراقبت از فرزند مبتلا به کم‌توان هوشی، باعث کاهش سلامت روانی والدین (۲۳،۲۴) و افزایش فشار بار مراقبتی ادراک شده‌ی آن‌ها شده است و همگی بیان داشته‌اند که حضور کودک کم‌توان هوشی در خانواده می‌تواند بر سلامت روانی والدین اثرات مخربی داشته باشد و فشار بار مراقبتی قابل ملاحظه‌ای را بر آن‌ها تحمیل کند (۲۵،۲۶)، در ادبیات پژوهشی پژوهشی یافت نشد که

به بررسی تأثیر برنامه آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی بر کاهش فشار بار روانی والدین پرداخته باشد اما برخی از صاحب‌نظران معتقدند این آموزش‌ها تأثیری در توانبخشی حرفه‌ای و خودکفایی فردی کودکان مبتلا به کم‌توانی هوشی نداشته‌است (۱۵).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به رویکردهای آموزشی که به مسائل این کودکان پرداخته است، اشاره کرد. یکی از این رویکردها، رویکرد خودگردانی (خودمدیریتی) می‌باشد. رویکرد خودمدیریتی بر این باور است که با آموزش این مهارت‌ها به دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی در طول زمان، آن‌ها به افرادی مستقل، خودراهر، مقتدر، با اعتمادبه‌نفس و متکی به‌خود با توانایی خودنظارتی، خودکنترلی تبدیل خواهند شد و مدیریت رفتار و امور زندگی خود را خواهند داشت. تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به کم‌توان هوشی که



ذهنی سبب می‌شود برخی از فعالیت‌های شخصی مانند مسواک زدن، لباس پوشیدن را خودشان انجام دهند و متکی به والدین نباشند و افزایش آمادگی جسمی و ذهنی در این کودکان سبب می‌شود آن‌ها فعالیت‌های روزانه خود را تا حدودی انجام دهند و در برخی فعالیت‌ها بر خود متکی باشند، همین امر سبب کاهش فشار بار مراقبتی والدین آن‌ها می‌شود. از طرفی دیگر، مفاهیم ریاضی برای کودکان کم‌توان ذهنی سنگین و غیر قابل درک می‌باشد، از این رو آموزش‌های تحصیلی با بهبود و یادگیری مفاهیم ریاضی در این کودکان سبب کاهش فشار مراقبتی بر والدین خواهد شد؛ چراکه دیگر زمانی برای آموزش مفاهیم پایه ریاضی برای فرزندانشان نخواهند گذاشت. به طور کلی نتیجه‌گیری می‌شود که برنامه‌های آموزش تحصیلی به کودکان کم‌توان هوشی آموزش‌پذیر در مراکز مرتبط با بهزیستی (خصوصی و دولتی)، می‌تواند فشار بار مراقبتی و پیامدهای ناتوان‌کننده احتمالی آن را کاهش دهد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم همکاری کامل والدین بود و همچنین عدم باورپذیری مبنی بر کم‌توان بودن فرزندشان به لحاظ هوشی، که منجر به افزایش میزان مقاومت آن‌ها در پاسخگویی به سوالات محقق شده بود، پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌هایی جهت آموزش به والدین در مورد بیماری فرزندانشان و میزان توانمندی آنان تدارک دیده شود. یکی دیگر از محدودیت‌های عمده این پژوهش وابسته بودن جلسات آموزشی به شرایط زندگی و کاری والدین پژوهش بود. مسائل اختصاصی هر کدام از آزمودنی‌ها که حضور مستمر آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کرد و تا حدودی ایجاد بی‌نظمی می‌کرد که خارج از کنترل پژوهشگران مطالعه بود. هم‌چنین این مطالعه

سال بیست و دوم، شماره ششم، بهمن و اسفند ۱۴۰۲

مهارت‌های اساسی خودمدیریتی را توسعه داده‌اند، کیفیت زندگی بهتری دارند و پیامدهای زندگی اجتماعی و شغلی آن‌ها نیز بهتر است (۲۷). خودمدیریتی دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توان هوشی در مدرسه و بزرگسالی مستلزم یادگیری مهارت‌های اساسی خودمدیریتی از قبیل بیان نیازها، علایق و ترجیحات، تعیین هدف و نظارت بر اهداف، برنامه‌ریزی و مدیریت زمان، شناسایی و حل مشکلات است و از این رو دانش‌آموزان با ناتوانی‌های هوشی باید این مهارت‌ها را در مدرسه کسب کنند (۲۸). توسعه مهارت‌های فوق و افزایش سطح خودمدیریتی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی هوشی به آن‌ها کمک می‌کند تا بر زندگی خود کنترل و تأثیر بسزایی داشته باشند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردار شوند و کم‌تر به دیگران وابسته شوند (۲۹). با توجه به این رویکرد و دیدگاه مدنظر آن می‌توان استنباط کرد که این رویکرد و مهارت خودمدیریتی برای کودکان مبتلا به کم‌توان هوشی می‌تواند از فشار بار روانی والدین بکاهد.

زمانی که کودکان مبتلا به کم‌توان ذهنی با محیط پیرامون و مربی آشنا می‌شوند، سعی در برقراری ارتباط با دیگران می‌کنند، عزت نفس آنان افزایش یافته و در کارهای مربوط به خود عملکرد بهتری نشان می‌دهند؛ هم‌چنین، رعایت آداب اجتماعی و انجام رفتارهای اجتماعی مناسب توسط این کودکان تا حدودی از شرم حضور کودکان در جمع توسط والدین می‌کاهد و سبب می‌شود والدین بیشتر راغب به حضور آنان در بین افراد شوند که به نوبه خود سبب یادگیری بیشتر آداب اجتماعی خواهد شد. به علاوه، افزایش دقت دانش‌آموزان و هم‌چنین هماهنگی چشم و دست در کودکان مبتلا به کم‌توان

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



دانشگاه علوم پزشکی سمنان و کارآزمایی بالینی با کد IRCT20220708055417N1 اخذ شد. شرکت در این پژوهش به صورت داوطلبانه و بر اساس اصول رازداری حرفه ای مبنی بر کد گذاری پرسشنامه ها و دو پنهان بودن آن بود. تمامی والدین فرم رضایت آگاهانه را قبل از اجرای آموزش تکمیل کرده اند.

سهم نویسندگان

الهه دولت آبادی در طراحی پژوهش و جمع آوری داده ها و مانده باقری علاوه بر طراحی پژوهش در تحلیل داده ها، نگارش و اصلاح مقاله مشارکت داشته اند.

حمایت مالی

این پایان نامه حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

از کلیه افرادی که به هر نحوی در انجام این مطالعه به تیم پژوهشی یاری رساندند بالخصوص مرکز بهزیستی شهرستان پاکدشت بابت همکاری صمیمانه در جمع آوری داده ها تشکر و قدردانی به عمل می آید. این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان در سال ۱۴۰۱ می باشد.

فقط تاثیر آموزش تحصیلی را در یک مرکز وابسته به بهزیستی در شهر پاکدشت مورد بررسی قرار داد، بر همین مبنا، پیشنهاد می گردد جهت افزایش تعمیم پذیری نتایج، مراکز متعدد در شهرهای مختلف و با خرده فرهنگ های مختلف نمونه گیری و بررسی شوند. لازم به ذکر است که در این مطالعه صرفاً تاثیر آموزش تحصیلی و مولفه های آن بر فشار بار والدین کودکان مبتلا به کم توان هوشی بررسی شد، پیشنهاد می شود تاثیر برنامه های تحصیلی به کودکان مبتلا به کم توان هوشی بر سایر مولفه های سلامت روان والدین نیز سنجیده شود. در پژوهش حاضر صرفاً به کودکان مبتلا به کم توان هوشی آموزش داده شد، پیشنهاد می گردد در پژوهش های بعدی از نمونه های دیگری (کودکان مبتلا به طیف اوتیسم) استفاده شود تا اثربخشی آموزش تحصیلی را بتوان به جامعه آماری دیگر نیز تعمیم داد. عدم ارزیابی پیگیرانه طولانی مدت از دیگر محدودیت های مطالعه فعلی بود که توصیه می گردد ارزیابی پیگیرانه از فشار بار مراقبتی والدین بعد از چندماه یا حتی چند سال انجام شود تا تاثیرات تغییرات برنامه های مداخلاتی در طول زمان نیز ارزیابی گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی از دانشگاه آزاد سمنان انجام شد. برای انجام این مطالعه کد IR.IAU.SEMNAN.REC.1401.018 از کمیته اخلاق

References

- 1-American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
- 2-Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual disability. 2019.



- 3-Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ & et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics*. 2019;144(4).
- 4-Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. Prevalence of intellectual disability in Iran: Toward a new conceptual framework in data collection. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2015;20(7): 715-6.
- 5-Olusanya BO, Wright SM, Nair M & et al. Global burden of childhood epilepsy, intellectual disability, and sensory impairments. *Pediatrics*. 2020;146(1).
- 6-Arasu S, Shanbhag D. Quality of life and burden of caregiving among the primary caregivers of children with disability in rural Karnataka. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021;10(8):2804.
- 7-Ramasubramanian V, Chellamuthu R, Selvikumari R & et al. Caregiver burden in children with intellectual disability: Does special school education help? *Industrial Psychiatry Journal*. 2019;28(2):176.
- 8-Javalkar K, Rak E, Phillips A & et al. Predictors of caregiver burden among mothers of children with chronic conditions. *Children*. 2017;4(5):39.
- 9-Barros ALO, de Gutierrez GM, Barros AO & et al. Quality of life and burden of caregivers of children and adolescents with disabilities. *Special Care in Dentistry*. 2019;39(4):380-8.
- 10-Ede MO, Okeke CI, Obiweluzo PE. Intervention for treating depression in parents of children with intellectual disability of Down's Syndrome: a sample of Nigerian parents. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2022:1-25.
- 11-Holmberg Bergman T, Renhorn E, Berg B & et al. Acceptance and Commitment Therapy Group intervention for parents of children with disabilities (navigator ACT): An open feasibility trial. *Journal of autism and developmental disorders*. 2023;53(5):1834-49.
- 12-Lobato D, Montesinos F, Polín E & et al. Acceptance and Commitment Training Focused on Psychological Flexibility for Family Members of Children with Intellectual Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(21):13943.
- 13-Ugwuanyi LT, Ede MO, Agbigwe IB & et al. Effect of rational emotive behaviour therapy on depressive symptoms in a sample of parents of children with intellectual disability. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2023;41(1):128-43.



- 14-Malekpour M, Nesai Moghadam B. Effect of sandplay therapy on cognitive development of educable mentally retarded. *Research in cognitive and behavioral sciences*. 2014;4(1):141-54.
- 15-Hashemi SA, Naderi E, Shariatmadari A & et al. Science production in Iranian educational system by the use of critical thinking. *International Journal of Instruction*. 2010 Jan 1;3(1).
- 16-azzahra s, nadipa sp, andika r & et al. the role of islamic religious education learning in increasing cognitive development for children mentally disabled. *journal of islamic psychology and behavioral sciences*. 2023 jan 29;1(1):23-35.
- 17-Alnahdi GH. Special Education Programs for Students with Intellectual Disability in Saudi Arabia: Issues and Recommendations. *Journal of the International Association of Special Education*. 2014;15(1).
- 18-Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
- 19-Ramzani A, Zarghami M, Charati JY & et al. Relationship between self-efficacy and perceived burden among schizophrenic patients' caregivers. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2019;6(2):91.
- 20-Derogatis LR, Lipman R, Covi L. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. 1977.
- 21-Akhavan Abiri F, Shairi MR. Validity and reliability of symptom checklist-90-revised (SCL-90-R) and brief symptom inventory-53 (BSI-53). *Clinical Psychology and Personality*. 2020;17(2):169-95.
- 22-Riemersma I, Van Santvoort F, Van Doesum K & et al. 'You are Okay': Effects of a support and educational program for children with mild intellectual disability and their parents with mental health concerns. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2022;26(1):70-89.
- 23-Wade C, Llewellyn G, Matthews J. Parent mental health as a mediator of contextual effects on parents with intellectual disabilities and their children. *Clinical Psychologist*. 2015;19(1):28-38.
- 24-Baker K, Devine RT, Ng-Cordell E & et al. Childhood intellectual disability and parents' mental health: integrating social, psychological and genetic influences. *The British Journal of Psychiatry*. 2021;218(6):315-22.



- 25-Jyoti A, gupta P, awasthi k & et al. Caregiver burden among primary caregivers of children with intellectual development disorder and its association with perceived stress. *Neuroquantology*. 2023;21(6):96.
- 26-Jeong KE, Suk MH. The relation among uncertainty, social support, care burden of mothers having children with developmental disabilities. *Research in Community and Public Health Nursing*. 2023;34(2):117-26.
- 27-Thoma CA, Getzel EE. " Self-determination is what it's all about": What post-secondary students with disabilities tell us are important considerations for success. *Education and Training in Developmental Disabilities*. 2005:234-42.
- 28-Wehmeyer ML. *Promoting Self-Determination in Students with Developmental Disabilities. What Works for Special-Needs Learners*. Guilford Publications. 2007.
- 29-Martin DB. *A look at grit: Teachers who teach students with severe disabilities*: Brandman University; 2016.