

عوامل فردی مرتبط با پذیرش نوجوانان ناتوان ذهنی توسط خانواده

دکتر ترانه تقوی لاریجانی* زهرا منجمد** عباس مهران*** فریده قرهی قهی****

چکیده

زمینه و هدف: به دلیل وجود مشکلات در خانواده در پذیرش نوجوانان عقب‌مانده ذهنی به علت نقصان رشد در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و تربیتی، بررسی حاضر با هدف تعیین عوامل فردی مرتبط با پذیرش نوجوانان عقب‌مانده ذهنی توسط خانواده انجام شد.

روش بررسی: این بررسی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی است. تعداد ۴۰۶ نفر از سرپرستان نوجوانان عقب‌مانده ذهنی (۱۹۹ نفر که نوجوانان خود را در خانواده پذیرفته بودند «گروه روزانه» و ۲۰۷ نفر از کسانی که فرزند عقب‌مانده خود را به مراکز نگهداری سپرده بودند «گروه شبانه روزی») به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری نظیر مجذور کای و t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد مشخصات فردی مددجویان نظیر سن، سطح تحصیلات، علل و میزان عقب‌ماندگی ذهنی در پذیرش نوجوان عقب‌مانده ذهنی توسط خانواده مؤثرند ($p < 0/05$). عوامل فردی نظیر توانایی لباس پوشیدن، تغذیه، رعایت بهداشت فردی، سابقه بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، اختلال خواب به صورت بی‌خوابی، حساسیت و زود رنجی، ابتلا به بیماری روانی، مشکل برقراری ارتباط با سایرین، آسیب رساندن نوجوان به خود و دیگران، ایجاد سروصدا و مزاحمت برای دیگران و فرار از منزل بر پذیرش نوجوان عقب‌مانده ذهنی توسط خانواده تأثیرگذار می‌باشند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که عدم توانایی در لباس پوشیدن، تغذیه و رعایت بهداشت فردی، سابقه بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، اختلال خواب به صورت بی‌خوابی، حساسیت و زود رنجی، ابتلا به بیماری روانی، مشکل برقراری ارتباط با سایرین، آسیب رساندن به خود و دیگران، ایجاد سروصدا و مزاحمت برای دیگران و فرار از منزل در عدم پذیرش نوجوان عقب‌مانده ذهنی در خانواده مؤثر بود.

نویسنده مسئول: دکتر
ترانه تقوی لاریجانی؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران

e-mail:
ttaghavi@sina.ac.ir

واژه‌های کلیدی: نوجوان عقب‌مانده ذهنی، پذیرش، خانواده، عوامل فردی، روان‌پرستار

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: دی ماه ۱۳۸۴

مقدمه

از میان بیماری‌های روانی، عقب‌ماندگی ذهنی (Mental Retardation) شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود (۱). روان‌پزشکی آکسفورد به طور کلی میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی را ۱٪ جمعیت

عمومی می‌داند (۲). کشور ایران با توجه به آمار معلولان ذهنی، با رقمی معادل ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر رو به رو می‌باشد (۳). اختلالات هوش با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و تربیتی همراه است لذا می‌تواند مشکلات متعددی برای فرد بیمار و همچنین خانواده وی در زمینه مراقبت و نگهداری از بیمار به وجود آورد (۴). مهم‌ترین مشکلاتی که خانواده‌های عقب‌ماندگان

* استادیار گروه آموزش روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزش پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** مربی گروه آموزشی آمار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
**** کارشناس ارشد پرستاری

ذهنی با آن رو به رو هستند مشکلات جسمانی، تغذیه‌ای، کنترل ادرار و مدفوع، رعایت بهداشت فردی و مشکلات رفتاری (پرخاشگری، پرتحرکی، خودآزاری و...) می‌باشد (۵). اگر بیماری روانی مزمن شود خانواده ممکن است احساس خستگی بیش از حد، ناامیدی و ناتوانی کند و میزان استرس در خانواده افزایش یابد، در این موقع خانواده‌ها به منظور بهبود آسایش سایر اعضای خانواده خود تمایل بیشتری جهت بستری نمودن مددجوی خود در بیمارستان دارند (۶). نوجوانی سخت‌ترین زمان برای خانواده است، خصوصاً از نظر رفتار جنسی، نیازها، طرح‌های آتی نظیر ازدواج و توان دسترسی به استقلال (۷) که در نهایت ممکن است توانایی مراقبت بیشتر از نوجوان، در خانواده میسر نباشد (۸).

نقش اصلی خانواده در مراقبت از کودک با عقب‌ماندگی ذهنی را نمی‌توان نادیده گرفت. اصول مراقبت فامیل مدار یک امر حیاتی است. پرستاران نقش اصلی در کمک به اجتماعی شدن این گونه خانواده‌ها در دسترسی به مدل مشارکتی مراقبت دارند (۷). برنامه‌های درمان روزانه روش‌های بسیار مطلوبی برای کودکان و نوجوانانی هستند که نیازمند کنترل، نظارت و حمایت بیشتری در مقایسه با وضعیت موجود در جامعه، می‌باشند تا بدین ترتیب با استفاده از مداخلات قادر به زندگی موفقیت‌آمیز در خانواده باشند (۹). مراقبت در منزل از بیماران روانی مزمن و عقب‌ماندگان ذهنی دارای مشکلات روانی و رفتاری می‌تواند بهترین ارایه خدمات به این قبیل مددجویان باشد و مهارت و حمایت‌های لازم جهت اداره زندگی، کنترل

بیماری و عوارض جانبی را برای فرد مددجو و خانواده وی به همراه داشته باشد (۱۰). امروزه تأکید زیادی بر توانبخشی مبتنی بر جامعه (Community Based Rehabilitation (CBR)) صورت می‌گیرد تا از این طریق خدمات توانبخشی با هزینه‌ای بسیار کمتر به دورترین نقاط جامعه ارایه گردد و امکان سرویس‌دهی به بیماران مزمن در بین خانواده‌ها فراهم شود. برای اجرای این طرح ابتدا باید عواملی را که منجر به عدم پذیرش بیماران در خانواده می‌گردد شناسایی نمود (۶). تجربیات کاری یکی از پژوهشگران در سازمان بهزیستی بیانگر آن است که اکثر خانواده‌ها تمایل دارند فرزندان عقب‌مانده ذهنی خود را به مراکز بهزیستی بسپارند و سال‌هاست که در لیست انتظار این مراکز ثبت‌نام نموده‌اند و با توجه به این که عوامل فردی مؤثر در عدم پذیرش در کشور ما هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است، لذا این مطالعه به منظور بررسی عوامل فردی مرتبط با پذیرش نوجوانان عقب‌مانده ذهنی توسط خانواده انجام شد تا از این راه بتوان خدمتی هر چند ناچیز در برنامه‌ریزی و توانبخشی به این قشر از افراد نیازمند حمایت و خانواده آنها نمود و راه اجرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه در نوجوانان عقب‌مانده ذهنی و برگرداندن این بیماران به خانواده و جامعه را هموار نمود.

روش بررسی

بررسی حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۸۳ در مراکز منتخب بهزیستی استان تهران انجام گرفته است. نمونه‌ها به تعداد ۴۰۶ نفر

از سرپرستان نوجوانان عقب‌مانده ذهنی (۱۹۹ نفر که نوجوانان خود را در خانواده پذیرفته بودند «گروه روزانه» و ۲۰۷ نفر از کسانی که فرزند عقب‌مانده خود را به مراکز نگهداری سپرده بودند «گروه شبانه‌روزی») به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردید. نمونه‌ها شامل پدر یا مادر (مراقبت‌کننده اصلی) می‌شد و سایر سرپرستان مانند پدربزرگ، مادربزرگ، خواهر، برادر و ... از نمونه‌گیری حذف می‌شدند. پس از نمونه‌گیری اهداف این مطالعه برای خانواده‌ها توضیح داده شد و در رد یا قبول شرکت در تحقیق آزاد بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که شامل مشخصات فردی مددجو (۷ سؤال) و بخش مربوط به عوامل فردی (۲۳ سؤال) بود. بخش عوامل فردی شامل توانایی مددجو در مراقبت از خود در حیطه لباس پوشیدن، تغذیه و رعایت بهداشت فردی، سابقه بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، سابقه اختلالات خواب به صورت بی‌خوابی و پرخوابی، ابتلا به معلولیت، بیماری جسمی و روانی، سابقه حساسیت و زود رنجی، مشکل در برقراری ارتباط با سایرین، سابقه سروصدا و مزاحمت برای دیگران، سابقه دزدی و فرار از منزل، سابقه تکدی‌گری و استمنا، سابقه تهدید و تجاوز جنسی نسبت به دیگران و سابقه تهدید و تجاوز جنسی از طرف دیگران بود که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شد. جهت تعیین اعتبار (روایی) پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد و جهت تعیین

اعتماد (پایایی) ابزار گردآوری داده‌ها از آزمون مجدد (Test-re test) استفاده گردید و میزان پایایی ۰/۸۸ محاسبه شد. اطلاعات از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شد و سپس به وسیله نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری نظیر مجذور کای و t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، لازم به ذکر است که آزمون t برای وجود ارتباط بین پذیرش خانواده و داده‌های کمی نظیر سن و آزمون مجذور کای برای وجود ارتباط بین پذیرش و داده‌های کیفی نظیر جنس استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد بررسی، (۴۳/۵٪) در گروه شبانه‌روزی و (۵۹/۸٪) در گروه روزانه) در فاصله سنی ۲۰-۱۸ سال قرار داشتند، (۵۰/۲٪) در گروه شبانه‌روزی و (۵۰/۵٪) در گروه روزانه مذکر بودند، (۵۳/۶٪) در گروه شبانه‌روزی و (۵۰/۳٪) در گروه روزانه در رتبه تولد اول و دوم قرار داشتند، در گروه شبانه‌روزی (۸۱/۵٪) بی‌سواد و در گروه روزانه (۴۲/۴٪) در سطح راهنمایی و دبیرستان بودند، بیشترین علت عقب‌ماندگی ذهنی واحدهای مورد مطالعه (۵۰/۲٪) در گروه شبانه‌روزی و (۳۴/۷٪) در گروه روزانه) علل ژنتیکی بود، میزان عقب‌ماندگی ذهنی بیشترین درصد (۴۱/۴٪ و ۵۴/۷٪) مددجویان مورد مطالعه به ترتیب در گروه شبانه‌روزی متوسط و در گروه روزانه

خفیف بود. در حیطه لباس پوشیدن در گروه‌های شبانه‌روزی ۵۶/۸٪، روزانه ۸۹/۹٪ و در حیطه تغذیه گروه شبانه‌روزی ۶۵/۲٪، گروه روزانه ۹۳٪ توانایی انجام مراقبت از خود را داشتند. (در گروه شبانه‌روزی ۶۱/۵٪ و روزانه ۷۱/۶٪) سابقه حساسیت و زود رنجی را دارا بودند. بیشترین درصد (۵۸/۳٪) مددجویان در گروه شبانه‌روزی توانایی انجام مراقبت از خود در حیطه رعایت بهداشت فردی را دارا نبودند در حالی که بیشترین درصد (۸۷/۸٪) مددجویان در گروه روزانه توانایی انجام مراقبت از خود در این حیطه را دارا بودند. بیشترین درصد (۵۰/۲٪) مددجویان در گروه شبانه‌روزی سابقه اختلال خواب به صورت بی‌خوابی را داشتند، حال آن که بیشترین درصد (۷۷/۴٪) مددجویان گروه روزانه چنین سابقه‌ای نداشتند. به ترتیب در گروه شبانه‌روزی و روزانه بیشترین درصد، (۶۹/۰٪ و ۹۱/۵٪) مددجویان سابقه ابتلا به: بیماری روانی، (۵۳/۱٪ و ۸۲/۹٪) بی‌اختیاری ادرار، (۶۳/۸٪ و ۸۹/۹٪) بی‌اختیاری مدفوع، (۶۰/۷٪ و ۸۴/۸٪) آسیب رساندن به خود، (۶۶/۲٪ و ۹۰/۵٪) آسیب رساندن به دیگران، (۸۰/۲٪ و ۹۳/۴٪) فرار از منزل نداشتند

(جدول شماره ۱). همچنین به ترتیب در گروه شبانه‌روزی و روزانه ۷۹/۱٪ و ۷۸/۸٪ سابقه: اختلال خواب به صورت پرخوابی، ۷۴/۸٪ و ۷۵/۹٪ ابتلا به بیماری جسمی، ۷۱/۸٪ و ۷۴/۷٪ مشکل ابتلا به معلولیت جسمی را دارا نبودند، به ترتیب در گروه شبانه‌روزی و روزانه بیشترین درصد (۹۵/۲٪ و ۹۶/۵٪) سابقه: دزدی، (۹۴/۲٪ و ۹۷/۰٪) تکدی‌گری، (۹۱/۷٪ و ۸۹/۲٪) استمنا، (۹۵/۲٪ و ۹۵/۰٪) تهدید جنسی نسبت به دیگران، (۹۹/۵٪ و ۹۹/۰٪) تجاوز جنسی نسبت به دیگران، (۹۴/۲٪ و ۹۷/۵٪) تهدید جنسی از طرف دیگران، (۹۸/۶٪ و ۹۹/۵٪) تجاوز جنسی از طرف دیگران، را دارا نبودند. بیشترین درصد (۶۸/۵٪) مددجویان در گروه شبانه‌روزی مشکل برقراری ارتباط با سایرین را دارا بودند در حالی که بیشترین درصد (۶۴/۶٪) مددجویان در گروه روزانه این مشکل را نداشتند. بیشترین درصد (۵۸/۹٪) مددجویان در گروه شبانه‌روزی سابقه مزاحمت و سروصدا برای دیگران را دارا بودند در حالی که بیشترین درصد (۷۹/۸٪) مددجویان در گروه روزانه این مشکل را نداشتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی نحوه پاسخگویی سرپرست نوجوانان عقب‌مانده ذهنی به سؤالات عوامل فردی مؤثر در پذیرش مددجو به تفکیک نوع مرکز ارایه‌دهنده خدمات، شهر تهران سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	روزانه		شبانه‌روزی		نوع مرکز	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی سؤالات نحوه پاسخگویی	عوامل فردی
$p < .001$	۸۹/۹	۱۷۸	۵۶/۸	۱۱۷	بلی	توانایی لباس پوشیدن
	۱۰/۱	۲۰	۴۲/۲	۸۹	خیر	
$p < .001$	۹۳/۰	۱۸۵	۶۵/۲	۱۳۵	بلی	توانایی تغذیه
	۷	۱۴	۲۴/۸	۷۲	خیر	
$p < .001$	۸۷/۸	۱۷۲	۴۱/۷	۸۶	بلی	رعایت بهداشت فردی
	۱۲/۲	۲۴	۵۸/۳	۱۲۰	خیر	
$p = .033$	۷۱/۶	۱۴۱	۶۱/۵	۱۲۳	بلی	سابقه حساسیت و زود رنجی
	۲۸/۴	۵۶	۳۸/۵	۷۷	خیر	
$p < .001$	۱۷/۱	۳۴	۴۶/۹	۹۷	بلی	سابقه بی‌اختیاری ادرار
	۸۲/۹	۱۶۵	۵۲/۱	۱۱۰	خیر	
$p < .001$	۱۰/۱	۲۰	۲۶/۲	۷۵	بلی	سابقه بی‌اختیاری مدفوع
	۸۹/۹	۱۷۸	۶۳/۸	۱۳۲	خیر	
$p < .001$	۸/۵	۱۷	۳۱/۰	۶۳	بلی	ابتلا به بیماری روانی
	۹۱/۵	۱۸۲	۶۹/۰	۱۴۰	خیر	
$p < .001$	۱۵/۲	۳۰	۳۹/۳	۸۱	بلی	سابقه آسیب رساندن به خود
	۸۴/۸	۱۶۸	۶۰/۷	۱۲۵	خیر	
$p < .001$	۹/۵	۱۹	۳۳/۸	۷۰	بلی	سابقه آسیب رساندن به دیگران
	۹۰/۵	۱۸۰	۶۶/۲	۱۳۷	خیر	
$p < .001$	۶/۶	۱۳	۱۹/۸	۴۱	بلی	سابقه فرار از منزل
	۹۳/۴	۱۸۵	۸۰/۲	۱۶۶	خیر	
$p < .001$	۲۲/۶	۴۵	۵۰/۲	۱۰۴	بلی	سابقه اختلال خواب به صورت بی‌خوابی
	۷۷/۴	۱۵۴	۴۹/۸	۱۰۳	خیر	
$p < .001$	۳۵/۴	۷۰	۶۸/۵	۱۳۹	بلی	مشکل برقراری ارتباط با سایرین
	۶۴/۶	۱۲۸	۳۱/۵	۶۴	خیر	
$p < .001$	۲۰/۲	۴۰	۵۸/۹	۱۲۲	بلی	سابقه سروصدا و مزاحمت برای دیگران
	۷۹/۸	۱۵۸	۴۱/۱	۸۵	خیر	

بحث

استفاده از امکانات جامعه و مشارکت خانواده‌ها و خود افراد معلول در برنامه‌های توانبخشی و ارایه خدمات بهداشتی در محل زندگی، روشی است که در حال حاضر در بسیاری از کشورها در حال اجرا می‌باشد (۱۱) و روان‌پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم

توانبخشی در اجرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه نقش به‌سزایی ایفا می‌نماید. از جمله مشخصات فردی مرتبط با پذیرش نوجوانان عقب‌مانده ذهنی سن، سطح تحصیلات، علل و میزان عقب‌ماندگی ذهنی نوجوانان عقب‌مانده ذهنی می‌باشد. Kaplan معتقد است بالاترین میزان شیوع عقب‌ماندگی

ذهنی در کودکان سنین مدرسه است و اوج آن بین ۱۴-۱۰ سالگی است (۹) در حالی که در این بررسی مشاهده می‌شود بیشترین مددجویان در هر دو گروه، در گروه سنی ۲۰-۱۸ سال قرار داشتند (سن شیوع بالاتر از میزان بیان شده در منابع می‌باشد) که در گروه شبانه می‌تواند به علت سال‌ها انتظار جهت سپردن فرزند به مراکز بهزیستی و در گروه روزانه نبودن مراکز روزانه برای سنین پایین‌تر باشد. Shives و Isaacs معتقدند شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در پسران دو برابر دختران می‌باشد (۱۲) با توجه به این مطلب و همگن بودن دو جنس در دو گروه در این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت یا شیوع در دو جنس در ایران یکسان است یا پسران بیشتر در خانواده مورد پذیرش واقع می‌شوند که باید بیشتر بررسی گردد. Shives و Isaacs همچنین معتقدند که در عقب‌ماندگی خفیف تا اواخر نوجوانی فرد می‌تواند حداکثر تا کلاس ششم ابتدایی تحصیل کند و در عقب‌ماندگی متوسط تحصیلات ممکن است تا دوم ابتدایی ادامه پیدا کند (۱۲) نتایج مطالعه حاضر علاوه بر تأیید این مطلب نشان می‌دهد سطح تحصیلات این مددجویان در ایران بیشتر می‌باشد و حتی تا سطح راهنمایی و دبیرستان نیز پیش می‌روند. Wong و همکاران معتقدند کودکانی که به طور شدید یا عمیق دچار عقب‌ماندگی هستند کمتر مورد پذیرش خانواده قرار می‌گیرند (۱۳) که این مطلب تأییدکننده نتایج بررسی حاضر می‌باشد.

در مورد عوامل فردی مرتبط با پذیرش نوجوان عقب‌مانده ذهنی توسط خانواده، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌ها مبین آن بود که

از جمله عوامل فردی مرتبط با پذیرش نوجوانان عقب‌مانده ذهنی، عدم توانایی لباس پوشیدن، عدم توانایی تغذیه، عدم رعایت بهداشت فردی، سابقه وجود بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، سابقه اختلال خواب به صورت بی‌خوابی، سابقه حساسیت و زود رنجی، ابتلا به بیماری روانی، مشکل برقراری ارتباط با سایرین، سابقه آسیب رساندن به خود و دیگران، ایجاد سروصدا و مزاحمت برای دیگران و سابقه فرار از منزل می‌باشد. میرخانی، یکی از مهم‌ترین مشکلاتی را که خانواده‌های کودکان عقب‌مانده ذهنی با آن مواجه می‌باشند، مشکلات رفتاری، مشکلات دفعی، بهداشت فردی، تغذیه‌ای و مشکلات جسمانی این افراد دانسته و نیز کاهش این مشکلات برای خانواده‌ها را از اهم ضروریات می‌داند (۵) که یافته‌های این بررسی تأییدکننده این مطلب می‌باشد. Blacher پس از مصاحبه با ۶۳ نفر از والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی که خواهان سپردن بیماران خود به مراکز شبانه‌روزی بودند، به این نتیجه رسید که سطح پایین عملکرد کودک و مشکلات رفتاری کودک شدیداً در تصمیم‌گیری والدین در این خصوص مؤثر بوده است (۱۴) نتیجه بررسی حاضر نیز چنین است. Boyd معتقد است شیوع آسیب روانی با شدت عقب‌ماندگی ذهنی ارتباط دارد. هر چه شدت عقب‌ماندگی ذهنی بیشتر باشد خطر ابتلا به سایر اختلالات روانی بیشتر است (۱۵). در این مطالعه در گروه شبانه‌روزی نیز با توجه به این که شدت عقب‌ماندگی ذهنی بیشتر می‌باشد مشاهده شد اختلالات روانی بیشتر است. ماهر به نقل از Rabinson معتقد است طرد اولیه ناشی از ماهیت تغییرناپذیر کودک

مانند جنسیت و سطح توانایی مراقبت از خود است و طرد ثانوی، که معرف بیان آن دسته از نگرش‌های منفی است که بر اساس تجلیات رفتار غلط کودک شکل می‌گیرد، مثل یک کودک عقب‌مانده که صداهای عجیب و غریب در می‌آورد و یا از در و دیوار بالا می‌رود، بیشتر از طرد اولیه رخ می‌دهد و برای هر کسی پذیرش چنین رفتارهایی مشکل است (۱۶) یافته‌های حاصل از این مطالعه تأییدکننده این مطلب نیز می‌باشد. Kaplan معتقد است هر چه شدت عقب‌ماندگی ذهنی بیشتر باشد، شیوع و شدت رفتارهای خودآزاری بیشتر است (۹) همچنین نتایج حاصل مؤید این نکته می‌باشد. همچنین Kaplan معتقد است هر چه شدت عقب‌ماندگی ذهنی کمتر باشد فرد بیشتر به نقایص و کمبودهای خود آگاه است و اغلب به این گونه بیماران احساس بیگانگی از همسالان دست می‌دهد و دچار حساسیت و زود رنجی می‌شوند (۹) در مطالعه حاضر با توجه به این که گروه روزانه بیشتر مبتلا به عقب‌مانده ذهنی خفیف بودند این حساسیت در آنها بیشتر دیده شد. میرخانی معتقد است اختلالات رفتاری، مهم‌ترین عامل طرد عقب‌ماندگان ذهنی از خانواده می‌باشد. در این بررسی ملاحظه شد بعضی اختلالات مانند دزدی و تکدی در هر دو گروه یکسان است (۵) که با پژوهش‌های قبلی تناقض دارد و باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که نوجوانی با بلوغ و مشکلات ناشی از آن همراه است به نظر می‌رسید که این مشکلات مهم‌ترین عامل برای

عدم پذیرش عقب‌ماندگان ذهنی در سن نوجوانی باشد همان‌طور که Schulte معتقد است بلوغ می‌تواند باعث مشکلات بیشتری در مرحله نوجوانی برای خانواده گردد و خانواده ممکن است فکر کند که بیش از این قادر نیست به مقدار لازم از فرزندش در منزل مراقبت نماید (۸). نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد ارتباط معناداری بین مشکلات حاصل از بلوغ و پذیرش خانواده وجود ندارد که شاید علت فرهنگ جامعه ایران و دقت خانواده‌ها در این مسأله می‌باشد. علت دیگر احتمال عدم صداقت پاسخگویی خانواده‌ها در پاسخ به این گونه سؤالات بر اساس حجب و حیا و مسایل فرهنگی می‌تواند باشد. نتایج فوق می‌تواند در مدیریت، بالین، آموزش و پژوهش در پرستاری کاربرد داشته باشد.

در پایان با توجه به اهمیت پذیرش عقب‌ماندگان ذهنی توسط خانواده و تأثیر عوامل خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بر آن پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در مورد تأثیر عوامل خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بر پذیرش نوجوانان عقب‌مانده ذهنی در خانواده صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی تهران و کلیه پرسنل محترم بهزیستی و تمام خانواده‌های عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، قدردانی می‌گردد.

References

- 1 - Summers J, Boyd K. Evaluating patient with intellectual disability and comorbid mental health problem. *Psychiatric Annals*. 2004; 34: 3-10.
- ۲ - گلدنر مایکل، مایو ریچارد، گدس جان. روان‌پزشکی آکسفورد ۱۹۹۹، ترجمه صادقی مجید، سبحانیان خسرو. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۱.
- ۳ - صالحی رسول. آموزش عمومی کاربرد روش‌های غربالگری و توسعه آزمایشگاه‌های ژنتیک مولکولی با گام‌های مؤثر در جهت پیشگیری هر چه بیشتر از معلولیت ذهنی، نخستین کنگره عقب‌ماندگی ذهنی، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۶.
- ۴ - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. بررسی سطح نیازهای جامعه به خدمات بهزیستی، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۷.
- ۵ - میرخانی مجید. الگوی نظام نوین توانبخشی کشور، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۹.
- ۶ - اتول برایان جان. راهنمای خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه، ترجمه عباس میکانی. تهران: نشر دانژه، ۱۳۸۰.
- ۷ - ویلی لوسیل، ونگ دانا ال. پرستاری کودکان ویلی و ونگ، ترجمه سونیا آرزومانیانس. تهران: انتشارات بشری، ۱۳۸۰.
- 8 - Schulte EB, Price DL, Gwin JF. *Pediatric nursing an introductory text*. 8th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2001.
- 9 - Kaplan H, Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins Co; 2003.
- 10 - Freed P, Rice R. Managing mental illness at home part 2: clinical guidelines for psychiatric home health nurse. *Journal of Geriatric Nursing*. 1997; 18(4): 1-7.
- ۱۱ - پرمقیاس علی. بررسی عوامل مؤثر بر نگرش مادران دارای فرزند معلول ذهنی نسبت به شیوه‌های نگهداری فرزندان معلول ذهنی در خانواده و مؤسسه شبانه‌روزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۹.
- 12 - Shives LR, Isaacs A. *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2002.
- 13 - Wong DL, Hochenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, Kline NE. *Nursing care of infant and children*. 7th Edition. St. Louis: Mosby; 2003.
- 14 - Blacher J. Prenatal reasons of out of home placement of children with sever handicaps. *Journal of Mental Retard*. 1999; 25(4): 270-280.
- 15 - Boyd MA. *Psychiatric nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2002.
- ۱۶ - رابینسون نانسی ام، رابینسون هالبرت بی. کودک عقب‌مانده ذهنی، ترجمه ماهر فرهاد. چاپ پنجم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۷.