Original Article

Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory

Aliakbarzadeh-Arani Z[1*], Taghavi T[2], Sharifi N[2], Noghani F[2], Faghihzade S[3], Khari-Arani M[4]

1- Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I. R. Iran.
3- Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, University of Tarbiat Modares, Tehran, I. R. Iran.
4- Ministry of Education, Kashan, I. R. Iran.

Received April 30, 2011; Accepted December 22, 2011

Abstract:

Background: Mentally retarded children impose an extra stress on their parents especially on mothers. Coping skills can be used by parents to relieve stress and to improve adaptation. Therefore, the aim of this study was to assess the effect of teaching on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was carried out on 40 mothers of educable mentally retarded children referred to the exceptional school in Aran and Bidgol during 2010-11. Intervention was consisted of four two-hour sessions, supplemented by a 30-minute conversation between the interviewer and the candidate occurred within 2 weeks. Coping skills program was based on the dimensions of Roy theory. Questionnaire on adaptation was completed before and 6 weeks after the completion of intervention by the participants.

Results: The mean scores for social adaptation in mothers of mentally retarded children in physiological, self-concept, dependence/independence, role-playing dimensions and total social adaptation before and after the training showed a significant difference (P<0.001).

Conclusion: According to the results of the study, teaching based on the Roy theory has a positive effect on social adaptation in mothers of mentally retarded children.

Keywords: Mental retardation, Mothers, Social adaptation, Roy adaptation theory

* **Corresponding Author.**
Email: aliakbarzade_z@kaums.ac.ir
Tel: 0098 913 729 5893
Fax: 0098 361 555 6633

IRCT Registration No: IRCT201107287139N1 Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences May, 2012; Vol. 16, No 2, Pages 128-134

Please cite this article as*:** Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghihzade S, Khari-Arani M. Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory. ***Feyz 2012; 16(2): 128-34.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

تأثیر آموزش بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر بر اساس تئوری سازگاری روی

زهرا علی اکبرزاده آرانی [1*]، ترانه تقوی [2]، ناهیددخت شریفی [3]، فاطمه نوغانی [3]، سقراط فقیه زاده [4]، مجید خاری آرانی [5]

خلاصه:

سابقه و هدف: فرزندانی که از نظر ذهنی ناتوان هستند، فشارهای روانی خاصی را بر کل خانواده و به‌ویژه مادران تحمیل می‌کنند. جهت ایجاد سازگاری باید از شیوه‌های مقابله‌ای استفاده شود. این تحقیق با هدف بررسی تأثیر آموزش بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر بر اساس تئوری سازگاری روی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی نیمه تجربی حاضر بر روی ٤٠ نفر از مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مراجعه‌کننده به مدرسه استثنایی شهرستان آران و بیدگل طی سال‌های ٨٩-١٣٨٨ صورت پذیرفت. مداخله به‌شیوه حضوری و در ٤ جلسه آموزشی ٢ ساعته به‌همراه ٣٠ دقیقه پرسش و پاسخ در طی ٢ هفته انجام گرفت. محتوای آموزش شامل آموزش شیوه‌های سازگاری بر اساس ابعاد تئوری سازگاری روی بود. پرسشنامه سازگاری، قبل و ٦ هفته بعد از پایان مداخله، مجددا توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید.

نتایج: میانگین نمرات سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر در بعد فیزیولوژیک، درک از خود، وابستگی و استقلال، ایفای نقش و سازگاری اجتماعی کل، قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بر اساس تئوری روی بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی مؤثر است.

واژگان کلیدی: عقب ماندگی ذهنی، مادران، سازگاری اجتماعی، تئوری سازگاری روی

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره شانزدهم، شماره ٢، خرداد و تیر ١٣٩١، صفحات ١٣٤-١٢٨

مقدمه

عقب ماندگی ذهنی یکی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است [١] و به کنش هوش عمومی که به‌طور معنی‌دار یا قابل ملاحظه‌ای کمتر از حد متوسط عمل کرده و با نقایصی در رفتار سازشی توأم بوده و در دوران رشد پدیدار شده است، گفته می‌شود [٢]. اصطلاح آموزش پذیر به حداقل آموزش پذیری در زمینه‌های درسی، مهارت‌های اجتماعی و شغلی اطلاق می‌گردد. این افراد در هر سنی که باشند از لحاظ هوش و سایر قوای ذهنی، در حد کودکان ٨ تا ١٠ ساله باقی می‌مانند.

[1] کارشناس ارشد پرستاری، گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[2] استادیار، گروه بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[3] کارشناس ارشد پرستاری، گروه بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[4] استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[5] کارشناس ارشد علوم تربیتی، آموزش و پرورش کاشان

* **نشانی نویسنده مسئول:** کاشان کیلومتر ٥ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تلفن: ٠٩١٣ ٧٢٩٥٨٩٣ **دورنویس:** ٠٣٦١ ٥٥٥٦٦٣٣

پست الکترونیک: aliakbarzade_z@kaums.ac.ir

تاریخ دریافت: ٩٠/٢/١٠ **تاریخ پذیرش نهایی:** ٩٠/١٠/١

این افراد دارای بهره هوشی ٧٠-٥٥ بوده و حدود ٧٠ تا ٨٠ درصد جمعیت کم توان ذهنی را تشکیل داده و فراوانی آن یک در هر پانصد نفر فرد سالم می باشد [٣]. مطالعات آماری در آمریکا نشان می‌دهد افرادی که هوش آنها دو یا بیشتر از دو انحراف معیار زیر میانگین است، تقریبا ٣ درصد از جمعیت این کشور را تشکیل می‌دهند [٤]. باتوجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی ایران در سال ١٣٨٥، در کشور حدود ٢ میلیون و هشت هزار معلول وجود داشته که از این تعداد ٢٨٧٩٥ نفر معلول ذهنی هستند [٥]. مطابق با آمار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در ایران سالانه حدود ٢٤ هزار کودک با ناتوانی هوشی و عقب ماندگی ذهنی به جمعیت کشور افزوده می‌شود [١]. علی‌رغم پیشرفت فن آوری و تلاش‌های اصولی در جهت کاهش میزان تولد این قبیل کودکان، متأسفانه با تعداد قابل توجهی از آنان مواجه هستیم. این کودکان از بدو تولد و در خلال رشد و تحول تا زمان مرگ نیازمند مراقبت‌های ویژه از جانب خانواده و نهادهای ذی‌ربط در جامعه هستند [٦]. اگر تعداد اعضای خانواده را به طور میانگین ٥ نفر فرض کنیم و درجه شیوع و گستردگی عقب ماندگی ذهنی را بر اساس استانداردهای بین المللی حدود ٣ درصد در نظر بگیریم، حدود ١٨٠٠٠ نفر از جمعیت تقریبا ٧٠ میلیونی ایران به نوعی تحت تأثیر پدیده عقب ماندگی ذهنی کودکان قرار می‌گیرند [٧].

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه‌ی ایرانی، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک معلول، هم‌چنین از بار مراقبتی بسیار زیاد و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج می‌برند که این عوامل می‌توانند تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده داشته و باعث شود که پدر و مادر تحت تنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار گیرند تا حدی که روند طبیعی زندگی خود را از دست داده و منجر به فروپاشی خانواده شود [۸]. در این بین بیشترین فشار روانی گریبانگیر مادران است [۹]. مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند که این موضوع باعث کسب اطلاعات بیشتر در زمینه ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می‌شود. از طرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط داشته و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند و بیشتر بر حسب مسایل هیجانی، روابط خانوادگی و خارج از خانواده واکنش نشان می‌دهند [٦]. فشار روانی وارد بر این مادران به‌دلیل استمرار، علاوه بر سلامت جسمی و روحی آنها، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوان‌شان و در سطحی وسیع‌تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر خواهد کرد [۱۰]. نیازهای مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی برخاسته از مشکلاتی است که از لحظه تولد کودک و یا تشخیص عقب ماندگی ذهنی با آنها روبه‌رو می‌شوند. آنها ممکن است حالات مختلفی چون افسردگی، اضطراب، و استرس را تجربه کرده باشند و به‌دنبال آن واکنش‌های نامطلوبی از خود نشان دهند. اگر چه بروز این حالات دلایل متعددی دارد، لکن بسیاری از محققین بر این عقیده‌اند که کمبود دانش و اطلاعات کافی راجع به عقب ماندگی ذهنی یکی از عوامل مهم در بروز واکنش‌های نامطلوب است [۱۱]. مطالعه Ays و همکاران که به بررسی الگوهای سازگاری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی پرداخته است، نشان می‌دهد که سازگاری مؤثر در این خانواده‌ها مختل بوده و دادن اطلاعات به خانواده‌ها و آموزش والدین به‌خصوص مادران با سطح تحصیلات پایین‌تر به‌شدت مورد نیاز است [۱۲]. در مطالعه سالاری و همکاران نیز دیده شد که آموزش باعث می‌شود تا مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی از شیوه‌های مقابله‌ای مشکل مدار بیشتر استفاده کنند [۹]. از دیگر اثرات آموزش به این مادران در سایر مطالعات کاستن از میزان فشار روانی آنان [۱۰]، اثرات مثبت بر روی سلامت روان و افزایش خودکارآمدی [۱۳] می‌باشد. سازگاری اجتماعی به‌معنی سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری ممکن است به‌وسیله وفق دادن خود با محیط یا تغییر محیط اطراف جهت ارضای نیازها و انگیزش‌هایش ایجاد شود [١٤]. هنگامی که والدین با عقب ماندگی فرزند خود روبرو می‌شوند، درصدد به‌دست آوردن منابعی هستند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این پدیده راهنمایی نمایند. کمک به والدین در جهت سازگاری با شرایط و از طرفی کمک در جهت یافتن علت به‌منظور رهایی از احساس گناه و هم‌چنین رفع اختلالات ارتباط خانوادگی و غیره از وظایف مهم مراکز آموزشی، پژوهشی، درمانی و توانبخشی و نهادهای اجتماعی است [۱۵]. پرستاران به‌عنوان افراد حرفه‌ای در تیم درمان نقش مهمی جهت بیماریابی، مراقبت، توانبخشی و ایجاد قبول سازگاری با موقعیت جدید و کاهش فشارهای روحی افراد دارند [١٦]. روی – یکی از نظریه پردازان پرستاری- معتقد است وقتی سیستم انسانی بیمار است یا قابلیت بیمار شدن را دارد و یا وقتی استرسورهای غیر معمول وجود داشته و مکانیزم های تطابقی ضعیف شده و تلاش‌های معمول شخص برای سازگاری غیر مؤثر است، پرستاری مورد نیاز است [۱۷]. از آنجا که مدل روی یک تئوری عملی و قابل آزمون است که تمرکز آن بر شخص و سازگاری فرد است و شخص را به‌عنوان شریک فعال و پرستار را راهنما فرض می‌کند، پرستار می‌تواند از طریق کنترل محیط به سازگاری فرد کمک کند [۱۸]. مدل سازگاری روی یک مدل مفهومی با طراحی ویژه می‌باشد که به‌صورت گسترده برای راهنمایی در عمل، تحقیق و آموزش در بسیاری از کشورها از قبیل کانادا، کلمبیا، انگلیس، ژاپن، اسکاتلند، سوئیس و امریکا استفاده می‌شود [۱۹]. به عقیده روی، نقش پرستار عبارت است از ارتقای سلامت در کلیه فرآیند‌های زندگی به‌منظور دست‌یابی به سطوح بالاتری از خوب بودن. بر طبق این مدل، دانش پرستاری باعث ایجاد تعادل در درک انسان در مورد وجود فیزیولوژیکی، فکری و احساسی خود، می‌گردد [۲۰]. بدین جهت هدف بخش عمده‌ای از اقدامات پرستاری را ارتقای پاسخ‌های سازگاری در هر یک از مدهای چهارگانه سازگاری روی (بعد فیزیولوژیک، بعد درک از خود، بعد استقلال و وابستگی و بعد ایفای نقش) تشکیل می‌دهد [۲۱]. مطالعه Ays و همکاران در بررسی الگوهای سازگاری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی بر اساس مدل سازگاری روی انجام گرفت و اختلال در ابعاد سازگاری در این والدین را نشان داد [۱۲]. Moore و همکاران نیز به بررسی کیفی تجارب زندگی مادران کودکان دچار فلج مغزی شدید بر اساس مدل پرستاری سازگاری روی پرداختند. از طرفی با توجه به این که استفاده از نظریه پرستاری به‌عنوان یک چارچوب سازمان یافته برای ارزیابی ثمربخشی اقدامات پرستاری

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

از جمله آموزش می‌تواند بسیار مفید و مؤثر باشد و از سویی دیگر آمار فزاینده کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی در ایران و تأثیر عمیق آنها بر خانواده، به‌ویژه مادران این کودکان و وجود مطالعات بسیار اندک در این گروه هدف بر اساس ابعاد تئوری سازگاری روی، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش بر سازگاری مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر طبق تئوری سازگاری روی انجام گرفت.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی با طراحی پیش آزمون- پس آزمون و تک گروهی است. جامعه پژوهش آن شامل کلیه مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مراجعه کننده به تنها مدرسه استثنایی ابتدایی شهرستان آران و بیدگل در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ است. از جمع ۱۵۰۰۰ نفر دانش آموز در این شهرستان ٦٢ نفر آنها کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر بوده و ٤٥ نفر آنها دانش آموز مقطع ابتدایی می‌باشند که به‌علت فراوانی نمونه‌ها و در دسترس بودن آنها این مدرسه انتخاب شد. پس از اخذ مجوزهای لازم، نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی و بر اساس مدل پواسون صورت گرفت. این مدل یک روش تصادفی است که در آن کلیه نمونه‌هایی که در یک مقطع زمانی خاص در محیط پژوهش حضور دارند به‌عنوان واحدهای مورد پژوهش انتخاب می‌شوند [۲۲]. از کل ٤٥ نفر واحدهای مورد مطالعه، ٤٠ نفر از آنها بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: ۱) داشتن حداقل یک کودک عقب مانده ذهنی در مقطع ابتدایی (۱۷-٦ ساله)؛ ۲) عدم ابتلاء به بیماری روانی؛ و ۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن می‌باشد. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. پس از بیان اهداف پژوهش در یک جلسه توجیهی و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سازگاری در مرحله اول توسط مادران تکمیل گردید. مداخله به‌شیوه حضوری و در ٤ جلسه آموزشی ۲ ساعته به‌همراه ۳۰ دقیقه پرسش و پاسخ در طی ۲ هفته انجام گرفت [۹]. در پایان جلسات نیز یک پمفلت آموزشی حاوی چکیده‌ای از آموزش‌های داده شده در اختیار واحدهای مورد مطالعه قرار گرفت. محتوای آموزش شامل آموزش شیوه‌های سازگاری بر اساس ابعاد تئوری سازگاری روی بود که در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی و استقلال به واحدهای مورد پژوهش ارائه شد. در بعد فیزیولوژیک مواردی مانند ورزش و تفریحات، خواب و استراحت کافی و رژیم غذایی مناسب در نظر گرفته شد. بعد درک از خود در مورد شناخت خود از نظر ظاهری و باطنی و تمام موضوعاتی که به خود (Ago) شخص مربوط می‌شود و نظر او در مورد کار، ارتباطات، احساسات، افکار و عقایدش می‌باشد. بعد استقلال و وابستگی به ارتباط مادران از نظر حمایتی، با همسر، خانواده، دوستان، مراکز و هر نوع منبع حمایتی مربوط می‌گردد و بعد ایفای نقش به تمام مسایل در مورد هر آنچه نقشی که مادران بر عهده دارند و تغییراتی که در این زمینه ایجاد شده و مشکلاتی که در این زمینه رخ می‌دهد، می‌پردازد. محتوای آموزشی از نظر اعتبار مورد تأیید ۱۰ نفر از متخصصین مربوطه قرار گرفت. هم‌چنین، پیگیری تلفنی به‌منظور رفع ابهامات، اشکالات و پاسخ به سؤالات مادران در طول ٤ هفته و در هر هفته به‌مدت ۱۵-۱۰ دقیقه صورت گرفت. پرسشنامه سازگاری، ٦ هفته بعد از پایان مداخله آموزشی، مجددا توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. در پایان تأثیر برنامه آموزشی، از طریق مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سنجیده شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعاتی در مورد خصوصیات مادران از جمله سن، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، درآمد خانواده، شغل همسر، زمان آگاه شدن از تشخیص کودک و نیز اطلاعاتی در مورد خصوصیات کودکان عقب مانده ذهنی مانند سن، جنس، رتبه تولد کودک، شدت ناتوانی ذهنی می‌باشد. به‌دلیل انجام نشدن مطالعات مشابه و در دسترس نبودن پرسشنامه استاندارد از سازگاری اجتماعی بر اساس تئوری روی، پرسشنامه سازگاری یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل ۵۰ سؤال بر اساس چهار بعد تئوری روی است که بعد فیزیولوژیک شامل ۱۷ سؤال، بعد درک از خود ۱۸ سؤال، بعد استقلال و وابستگی ٦ سؤال و بعد ایفای نقش حاوی ۹ سؤال می‌باشد. امتیاز بندی در هر کدام از ابعاد بر اساس درجه بندی لیکرت ۳-۰ صورت گرفت. سازگاری کل بر اساس مجموع نمرات در چهار بعد محاسبه شده و سپس به سه سطح نامطلوب، نسبتا مطلوب و مطلوب طبقه‌بندی شد. این پرسشنامه در ابتدا با استفاده از مطالعات مختلف، نظر متخصصین و چند پرسشنامه استاندارد دیگر به این منظور ساخته شده و سپس اعتبار علمی آن با روش اعتبار محتوا مورد تأیید قرار گرفت. به‌منظور تعیین پایایی ابزار به‌روش آزمون مجدد از یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ واحد استفاده شد که ضرایب همبستگی پیرسون به‌دست آمده عبارتند از: در بعد فیزیولوزیک ۸٤ درصد، بعد درک از خود ۸٤ درصد، بعد استقلال و وابستگی ۷۲ درصد، بعد ایفای نقش ۹۷ درصد و سازگاری کلی ۹۱ درصد. در پایان نتایج داده‌ها با به‌کارگیری نرم افزار SPSS

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

ویرایش ۱۶ و استفاده از آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و تحلیلی (تست t زوجی) محاسبه گردید.

نتایج

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۷/۹۵±۳۸/۲۸ و همسران آنها ۸/۷۲±۴۲/۱۰ سال بود. ۶۷/۵ درصد این مادران ۳-۱ فرزند داشتند. ۷۷/۵ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی و ۹۲/۵ درصد آنها خانه‌دار بودند. میزان درآمد خانواده در ۵۵ درصد واحدهای مورد پژوهش، به‌نسبت متناسب با مخارج زندگی بود. ۵۵ درصد واحدهای مورد پژوهش ۱۵-۱ ماه بعد از تولد فرزند خود متوجه مشکل عقب ماندگی ذهنی وی شده بودند. سازگاری اجتماعی کلی مادران قبل از آموزش ۱۶/۴۲±۸۰/۳۰ و بعد از آموزش ۱۵/۱۷±۹۲/۵۰ بود. میانگین ابعاد سازگاری واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین ابعاد سازگاری در واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله

ابعاد سازگاری	پیش آزمون	پس آزمون	P
	$\overline{X} \pm SD$	$\overline{X} \pm SD$	
فیزیولوژیک	۵/۷۱±۲۵/۴	۴/۹۵±۲۸/۸	۰/۰۰۱
درک از خود	۷/۶±۲۹/۹۵	۷/۱۸±۳۳/۲۲	۰/۰۰۱
استقلال/وابستگی	۲/۶۳±۱۰/۰۸	۳/۲۹±۱۱/۶۵	۰/۰۰۱
ایفای نقش	۵/۲۸±۱۴/۸۸	۵/۴۴±۱۸/۹۰	۰/۰۰۱
سازگاری کلی	۱۶/۴۲±۸۰/۳۰	۱۵/۱۷±۹۲/۵۰	۰/۰۰۱

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش در تغییر سازگاری واحدها در بعد فیزیولوژیک مؤثر بود. از دیدگاه روی این بعد به افراد اجازه می‌دهد که به‌صورت فیزیولوژیکی به محیط‌شان پاسخ دهند. پنج نیاز اساسی فیزیولوژیکی و چهار فرآیند تنظیم کننده در این بعد وجود دارد. نیازهای فیزیولوژیکی عبارتند از: فعالیت و استراحت، تغذیه، دفع، اکسیژناسیون و حفاظت. فرآیندهای تنظیم کننده نیز به‌صورت حواس، مایعات و الکترولیت‌ها، عملکردهای عصبی و عملکردهای آندوکرینی توصیف می‌شوند [۱۷]. وجود کودکی با مشکل ناتوانی ذهنی باعث ایجاد تغییراتی در بعد فیزیولوژیک مادری می‌شود که از او مراقبت می‌کند. این تغییرات از طریق نیازهای ویژه‌ای که یک کودک عقب مانده ذهنی دارد و بار مسئولیتی که به مادر تحمیل می‌شود، در او ایجاد می‌گردد. نتایج آموزش در بعد درک از خود نیز مثبت به‌دست آمد. در بعد درک از خود روی سه مورد خودعینی، خودشخصی و خود در رابطه با دیگران را مطرح می‌کند [۲۳]. در این تحقیق مشخصات روحی و روانی مادران و اهداف زندگی آنها بعد درک از خود محسوب شده‌اند. آموزش باعث می‌شود که افراد از جمله مادران کودکان عقب مانده ذهنی، شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و بدین ترتیب به‌حدی از خودشناسی نائل شوند که در جهت اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط مثبت خود اقدام کنند. در نتیجه‌ی این امر، فرد واقعیت‌ها را بهتر می‌پذیرد و با آنها به‌طور صحیح‌تر سازش می‌یابد که این امر به‌نوبه‌ی خود باعث کاهش فشار روانی می شود. هم‌چنین، مشاوره و آموزش حمایتی می‌تواند به والدین کمک کند تا احساسات منفی خود را در مسیر صحیح قرار داده، تا موجب تعاملات سازنده شوند. بدین ترتیب آنان قادر می‌شوند بیاموزند که چگونه منابعی را که برای کمک به کودک ناتوان خود نیاز دارند به‌دست آورده و نیز به راه‌های ابراز احساسات خود به‌شیوه مؤثرتری دست یابند [۱۰]. یافته‌های این مطالعه در بعد درک از خود با نتایج پژوهش سالاری و همکاران [۹] و Barlow و همکاران [۱۳] هم‌خوانی داشته و با نتایج مطالعه هیودی و همکاران [۱۱] متفاوت می‌باشد. سالاری و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که کسب دانش و آگاهی در فرد ایجاد حس کنترل می‌نماید و باعث می‌شود که فرد از شیوه-های مقابله‌ای مؤثر و سازگار کمک بگیرد [۹]. مطالعه Barlow و همکاران نیز نشان داد که آموزش و برنامه‌های حمایتی می‌تواند روشی مؤثر برای پیشرفت سلامت روانی والدین و افزایش خودکارآمدی آنها در مراقبت از کودکان‌شان گردد [۱۳]. مطالعه هیودی و همکاران که به بررسی دو گروه مادران کودکان عادی و عقب مانده ذهنی در چهار باور توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، بی مسئولیتی عاطفی و درماندگی برای تغییر پرداخت، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد [۱۱]. هم‌چنین، آموزش در تغییر سازگاری اجتماعی در بعد استقلال و وابستگی نیز مؤثر بود و سازگاری اجتماعی مادران در این بعد نسبت به مرحله قبل از آموزش پیشرفت را نشان داد. بعد استقلال و وابستگی بر نحوه ارتباطات افراد، هدف‌ها، ساختار و گسترش این ارتباطات تمرکز دارد [۲۴]. روی در مورد بعد استقلال و وابستگی معتقد است: میزان وابستگی عبارت است از قدرت برقراری تعادل بین استقلال و وابستگی. مشکلات مربوط به این بعد ممکن است به‌صورت دو مورد زیر به‌وجود آید: ۱) اختلال در وابسته بودن و ۲) اختلال در مستقل بودن. اشکالات در این دو مورد ممکن است به‌صورت رد کردن، تهاجم، خشونت، رقابت،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

عدم همکاری و میل به‌تنهایی بروز کند [۲۳]. در بعد استقلال و وابستگی در این تحقیق، ارتباطات و سیستم حمایتی مادران بررسی شد. هم‌سو با این نتیجه، یافته‌های پژوهش Moore نشان داد که والدین کودکان عقب مانده ذهنی به حمایت‌های محیطی پاسخ می‌دهند و با کمک گرفتن از دیگران و منابع حمایتی، در نقش مادری خود تغییراتی ایجاد می‌کنند [۲۵]. بیان شده است که رضایت مادر از شبکه‌ی حمایت اجتماعی، ارتباط مثبتی با مسایل عاطفی و جسمانی وی دارد. حمایت همسر نیز عامل تعیین کننده‌ای در تأثیر استرس بر روی مادران است [۲۶]. هم‌چنین، نتایج مطالعه Hastings و همکاران که به‌صورت آینده‌نگر انجام شده است، نشان می‌دهد که تنش‌های روانی مادران و افسردگی یک رابطه دوطرفه دارند. از طرف دیگر، حمایت نشدن‌های مادر از طرف اقوام و دوستان می‌تواند مادر را در ادامه زندگی دچار مشکل کند؛ به‌صورتی‌که منجر به ایزوله شدن مادر از نظر اجتماعی شده و از او موجودی منزوی بسازد [۲۷]. بعد ایفای نقش مادران نیز با آموزش، تغییرات مثبتی را نشان داد. روی می‌نویسد؛ مشکلاتی که در این بعد بروز می‌کند به دو صورت است: ۱) نارسایی در نقش که فرد نمی‌تواند رفتارهای قبلی را در مورد نقش خود ایفا کند و ۲) تضاد در نقش، زمانی که انتظارات دیگران از فرد با انتظارات خودش فرق می‌کند [۲۳]. از زمانی که ناتوانی ذهنی کودک تشخیص داده می‌شود، تضاد نقش شروع شده و برای یک دوره نامعین، یعنی تا هنگامی‌که مادر «مراقبت از کودک»، و «نقش مادری تغییر یافته» که به‌دنبال تشخیص مشکل کودک و درمان‌اش ایجاد شده است را به‌عهده می‌گیرد، ادامه می‌یابد. تحقیق کیفی Moore در مورد تجربیات مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی شدید که بر اساس تئوری سازگاری روی انجام گرفته است نشان داد که مادران از زمان تولد کودک مبتلا، دچار تغییر در روابط با همسر خود شده‌اند، هم‌چنین زمان کم‌تری برای مراقبت و تربیت دیگر فرزندان دارند [۲۵]. به‌طور کلی مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بر سازگاری کلی واحدها تأثیر مثبت داشته است. مطالعه سالاری و همکاران نیز نشان داد که آموزش به والدین منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار در آگاهی گروه مورد شده است [۹]. مطالعه ملک پور و همکاران نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی، می‌تواند روشی مؤثر برای کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی محسوب شود و در کنترل این مشکل مورد استفاده قرار گیرد [۱۰]. می‌توان گفت اکثر مشکلات اساسا ماهیت اجتماعی و میان فردی دارند. هنگامی‌که افراد در جلسه مشاوره گروهی قرار می‌گیرند، قادر می‌شوند با ویژگی‌های سازنده سایر افراد در گروه همانندسازی کنند و از طریق مشاهده رفتار دیگران، درکی صحیح از مشکلات خود به‌دست آورند. گروه فرصتی را فراهم می‌کند تا فرد راه‌های جدید و رضایت بخش تری را برای ارتباط با دیگران و حل مشکلات خود به‌دست آورد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی برنامه آموزشی بر اساس ابعاد تئوری روی می‌تواند تأثیر مثبتی بر سازگاری مادران دارای کودکان عقب مانده ذهنی داشته باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، یک گروهی بودن آن است. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی شبیه به پژوهش حاضر با توجه به این‌که از یک تئوری پرستاری استفاده کرده است که ارزش یافته‌ها را ارتقاء می‌دهد و چارچوبی مفید برای کاربرد آنها فراهم می‌آورد، به‌صورت تجربی و دو گروهی با درگیر کردن سایر اعضاء خانواده نیز انجام گیرد. از جمله محدودیت‌های غیرقابل کنترل این پژوهش حالات عاطفی مادران در هنگام پاسخ‌گویی به پرسشنامه است که می‌توان با توضیحات مفید در مورد مداخله و ایجاد اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حفظ حریم شخصی آنان تا حد امکان آن را کنترل کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به‌شماره ۲۵۰/۲۵/د/۸۹ مورخ ۱۳۸۹/۱/۱۷ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مسؤلان محترم دانشکده پرستاری و مامایی آن دانشگاه، تمام پرسنل محترم مدرسه استثنایی شهرستان آران و بیدگل و کلیه مادران شرکت‌کننده تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

[1] Luckasson R, Reeve A. Defining, and classifying in mental retardation. ***Ment Retard*** 2001; 39(1):47-52.

[2] Judith A, Schilling Mc. Psychiatric Nursing. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2003. p. 93-5.

[3] Seyfe naraghi M, Naderi A. Mentally retarded children psychology. 4th ed. Tehran: samt; 2007. p. 45-115. [in Persian]

[4] Kratochwill TR, Morris RJ. The practice of child therapy. 4th ed. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2007. p. 463-470.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

[5] Country official statistics in 2006.
Available at: www.behzisti.ir.85/6/20.
[6] Hosseini SH, Rezazadeh H. Comparative study on psychosocial needs of mental retarted, Thalassemic and normal primary boy students' parents in Sari Township. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2003; 12(37): 33-28. [in Persian]
[7] Jenaabadi H. Comparison Psycho-social interaction in parents of mental retardation and normal children. ***J Educ Sci Psychol Sistan Baluchestan Univ*** 2007; 4(18): 55-64. [in Persian]
[8] Emerson E. Mothers of children and adolescents with intelectuall disability: social and economic situation mental health status and the self-assessed social and psychological impact of the Childs difficulties. ***J Intellect Disabil Res*** 2003; 47(Pt 4-5): 385-99.
[9] Salari M, Kashani Nia Z, Davachi A, Zoladl M, Babaei Gh.R. Effect of education on coping strategies of mothers who have educable mentally retarded children. ***Armaghane-danesh*** 2001; 6(23): 1. [in Persian]
[10] Malekpoor M, Farahani H, Aghaei A, Bahrami A. Effect life skill education on decrease stress in mothers of mental retardation and usual childeren. ***Res Except Child*** 2006; 20(2): 661-76.
[11] Heevady B, Mirzamani SM, Bahrami H, Salehi M. Comparison of irrational believes between mothers of severe or profound mentally handicapped children with healthy children mothers. ***J Rehabilitation*** 2008; 8(4): 75-80.
[12] Ays H. Child-family characteristics and coping patterns of Indonesian families with a mentally retarded child [Dissertation]. Catholic University of American, D.N.SC. 1993.
[13] Barlow JH, Powell LA, Gilchrist M, Fotiadou M. The effectiveness of the Training and Support Program for parents of children with disabilities: a randomized controlled trial. ***J Psychosom Res*** 2008; 64(1): 55-62.
[14] Campbell R. Psychiatric dictionary. Oxford University Press. 9th ed. 2009. p. 790.
[15] Nasershariati T, Davarmanesh A. Effect mental disability child on family. Tehran. Country welfare organization. University of social welfare & rehabilitation. 2005.
[16] Ilali E, Esmaeili R. Analysis of stress factors and adjustment mechanisms towards these factors in parents of mentally retarded children in their special school in Sari in 1997. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2001; 10(29): 40-35. [in Persian]
[17] Dehghan nayeri N, Jalalinia F. Theorems and nursing theories. 1st ed. Tehran: Boshra; 2004.
[18] Parker M, Smith M. Nursing theories and nursing practice. 3th ed. Philadelphia: Davis company; 2010.
[19] Desanto-Madeya S, Fawcett J. Toward understanding and measuring adaptation level in the context of the Roy adaptation model. ***Nurs Sci Q*** 2009; 22(4): 355-9.
[20] Rogers C, Keller C. Roy's Adaptation Model Promote Physical Activity among Sedentary Older Adult. ***Geriatr Nurs*** 2009; 30(2 Suppl): 21-6.
[21] MacEwen M, Wills E.Teoretical basis for nursing. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
[22] Agresti A. An Introduction to categorical data analysis (wiley series in probability and statistics). 2th ed. Wiley; 2007. p. 5.
[23] Memarian R. Application of nursing concepts and theories. 1st ed. Tehran: Tarbiat Modarres University; 1999. p. 55-6.
[24] Tomey AM, Alligood MR. Nursing Theorists and their work. 6th ed. USA: International Mosby; 2006. p. 355-63.
[25] Moore LA. The lived experience of being a mother of a child with severe cerebral palsy [dissertation]. Ohio medical college. 2005.
[26] Trivette CM, Dunst CJ, Hamby BW. Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development. ***J Hammill Institute Disabil*** 2010; 30(1): 3-19.
[27] Hastings RP, Daley D, Burns C, Beck A. Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. ***Am J Ment Retard*** 2006; 111(1): 48-61.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]