

تأثیر آموزش گروهی بر رفتار مراقبین از کودک کم توان ذهنی

شیرین برزنجه عطری^۱، * حسین عبداللهی^۲، محمد ارشدی بستان آباد^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴

چکیده

مقدمه: وجود فرد کم توان ذهنی در خانواده چالش‌هایی را برای هر یک از اعضای خانواده در پی دارد، و خانواده‌ها قادر نیستند همیشه با این چالش‌ها به صورت مناسب برخورد کنند. ارائه اطلاعات پایه‌ای توسط سیستم‌های حمایتی برای این خانواده‌ها، به ویژه برای مراقبین از این کودکان می‌تواند گامی موثر در حمایت از آنها محسوب گردد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بر رفتار مراقبتی مراقبین از کودک کم توان ذهنی انجام گردید.

روش: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ در مرکز توانبخشی نرگس میانه انجام گرفت. در این تحقیق ۶۴ مراقب دارای کودک کم توان ذهنی ۱۸-۶ ساله بطور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گروه مداخله ۶ جلسه کلاس آموزشی برگزار گردید ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. در هر دو گروه در ابتدا و انتهای مطالعه، داده‌ها براساس پرسش‌نامه‌های محقق ساخته رفتار جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: بین میانگین رفتار مراقبین در هر دو گروه، قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بدست نیامد. نتایج نشان داد ۱/۵ ماه بعد از اجرای مداخله، افزایش میزان نمره رفتار مراقبین در گروه مداخله قبل ($48/64 \pm 5/63$) و بعد از مداخله ($58/46 \pm 2/77$) معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی به مراقبین از کودکان کم توان ذهنی باعث ارتقاء رفتار مراقبتی آنان شده و نیز با دادن آگاهی‌های لازم به چنین خانواده‌هایی می‌توان آنان را ترغیب نمود تا در ارتقاء کیفیت زندگی خود و فرزندشان مشارکت داشته باشند.

واژگان کلیدی: آموزش گروهی، کودک کم توان ذهنی، رفتار مراقبتی مراقبین.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۷/۲۲

۱- مربی، هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: hosseinabdollahims@gmail.com

۳- هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، ایران.

۴- استادیار مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

کم توانی ذهنی محدودیت در عملکرد ذهنی و رفتار سازشی است که قبل از ۱۸ سالگی بروز کرده و موجب می‌شود فرد در مهارت‌های سازگاری عملی، اجتماعی و مفهومی دچار مشکل شود (۱). آمارهای ارائه شده در رابطه با میزان شیوع کم توانی ذهنی متفاوت است اما بر اساس مطالعه متاآنالیز شیوع کم توانی ذهنی ۱۰/۳۷ در ۱۰۰۰ نفر برآورد شده است (۲). طبق مطالعات، افراد کم توان ذهنی از کمبودهای بهداشتی قابل توجهی رنج می‌برند. تحقیقات نشان می‌دهد در آنها میزان مرگ و میر بالا بوده، امید به زندگی پایین‌تری داشته و نیازهای جسمی و روانی بیشتری دارند (۳،۴). از جمله شایع‌ترین مشکلات بهداشتی این کودکان صرع، مشکلات بهداشت دهان و دندان، مشکلات تغذیه‌ای، چاقی و مشکلات روده‌ای می‌باشد (۵). بنابراین، این افراد نیازمند توجهات زیادی در این زمینه‌ها هستند تا جایی که در پیمان‌نامه حقوق افراد کم توان نیز به توانمند ساختن آنان در دستیابی به مراقبت و حمایت دقیقاً تاکید شده است (۶). وجود فرد کم توان ذهنی در خانواده چالش‌هایی را برای هر یک از اعضای خانواده در پی دارد (۷)، (۸)، و این خانواده‌ها قادر نیستند همیشه با این چالش‌ها به صورت مناسب برخورد کنند (۷). خانواده‌هایی که صاحب چنین کودکانی هستند نیازمند صبر و حوصله زیاد بوده و برنامه‌های مداخله‌ای باید هر چه زودتر برای آنها شروع شود. (۹،۱۰) چون اگر محیط خانواده حمایت عاطفی، مراقبتی و محیطی را برای کودک کم توان ذهنی فراهم نماید، رشد تکاملی آنان را در پی خواهد داشت (۱۰). مدیریت یک کودک با کم توانی ذهنی و تکاملی هم‌چون سایر وضعیت‌های مزمن، نباید تنها متمرکز بر کودک و مشکلاتش باشد، بلکه باید خانواده وی نیز در نظر گرفته شود (۱۱). خانواده‌ها معمولاً اولین ارائه دهنده مراقبت به مددجویان با بیماری مزمن هستند و منبع اصلی حمایت عاطفی و اجتماعی محسوب می‌شوند (۱۲). وقتی سیستم‌های خدماتی از این خانواده‌ها حمایت می‌کنند، سعی دارند جنبه‌های مختلف زندگی آنها را تحکیم بخشند (۷). یافته‌ها در مورد درمان و بازتوانی کودکان با کم توانی تکاملی تاکید بر اهمیت نقش

حیاتی والدین به عنوان مراقب در حمایت از این کودکان دارد (۱۳،۱۴) یکی از مهم‌ترین وظایف والدین حفظ سلامت کودکان و مراقبت از آنها در زمان بیماری است. در حالی که آموزش کافی در این زمینه انجام نشده است. رفتار والدینی با توانایی والدین در دانستن دانش روز در ارتباط است (۱۵). از این رو مداخلاتی که برای مراقبین طراحی می‌شوند چندین هدف را دنبال می‌کنند: از سوءرفتار و غفلت پیشگیری می‌کنند، دانش و مهارت مراقبین را بالا می‌برند، مهارت‌های آنها را در استفاده درست از تجهیزات و امکانات افزایش می‌دهند و توانایی سازگاری با ناخوشی و ناامیدی را در آنها تقویت می‌کنند (۱۶). طبق مطالعات، افراد با کم توانی ذهنی ۱۷-۱۲ درصد مشکلات رفتاری دارند که بر سلامت و کیفیت زندگی آنها تاثیرگذار است (۱۷). از این رو مادران با کودکان خاص با نیازهای ویژه و حتی مادران دارای کودکان در معرض خطر، نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه کودک کنار بیایند. برنامه‌های مداخله‌ای، توانایی این مادران را افزایش داده و موجب کاهش استرس آنان شده و سلامت خانواده را تضمین می‌نماید (۱۸).

با پیشرفت‌های بدست آمده در زمینه رفع مشکلات بهداشتی، مراقبین خانوادگی جایگزین موسسات مراقبتی شده‌اند (۱۹). و رویکرد خانواده-محور کیفیت زندگی خانواده را بواسطه توانمندسازی کل اعضاء خانواده بهبود می‌دهد (۲۰). و رضایت مندی والدین را افزایش می‌دهد (۲۱). در این فرایند پرستار بهداشت جامع سعی دارد با بهبود نگرشها، باورها و رفتارهای بهداشتی، سلامت عمومی افراد را تامین نماید. و در این راستا به جوامع، خانواده‌ها و افراد کمک می‌کند تا مسوولیت حفظ و بهبود سلامت خود را از طریق افزایش دانش و توانایی‌های خود بر عهده بگیرند (۲۲). پرستاران می‌توانند به مددجویان رفتارهای سالم بهداشتی را از طریق آموزش و برنامه مراقبتی یاد بدهند (۲۳). بنابراین اجرای برنامه‌های آموزش در خانواده، اطلاع‌رسانی مناسب به خانواده‌ها و تدوین کتابچه‌های آموزشی از راهکارهای مناسب برای تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد معلولین و خانواده‌های آنها محسوب می‌گردد (۲۴).

مطالعات انجام شده در ایران بیشتر به مقایسه کیفیت زندگی و مشکلات والدین دارای کودک کم توان و والدین کودکان عادی پرداخته‌اند و مطالعات گروهی یافت شده بیشتر به جنبه های روانی چنین کودکانی پرداخته‌اند، بنابراین با علم به اینکه در ایران این نوع آموزش گروهی که براساس مراقبت خانواده-محور طراحی شده است به اندازه کافی مورد تاکید قرار نگرفته و مراقبین این کودکان نیز فاقد دانش و مهارت لازم در امر مراقبت هستند، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش گروهی بر رفتار مراقبتی مراقبین از کودکان کم توان ذهنی، طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک پژوهش کارآزمایی بالینی دو گروهی از نوع قبل و بعد می باشد که در سال ۱۳۹۲ اجرا گردید. جامعه آماری این مطالعه مراقبین از کودک کم توان ذهنی ۶-۱۸ ساله می باشند که تحت پوشش سازمان بهزیستی میانه بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای مراقبین عبارت بودند از:

- ۱- مراقبینی که دارای کودک کم توان ذهنی ۶ تا ۱۸ سال از نوع کم توانی خفیف و متوسط می باشند.
- ۲- داشتن تمایل به شرکت در تحقیق
- ۳- داشتن مسئولیت مراقبت روزانه از بیمار
- ۴- نداشتن بیماری خاص یا اختلال روانی مراقب بنا به اظهار خود

معیارهای حذف از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در طول مطالعه و غیبت حداقل ۲ جلسه از ۶ جلسه کلاس های آموزشی بود. حجم نمونه با اعتماد ۹۵٪ و خطای ۵٪ مطابق با نتایج حاصل از مطالعه Banach و همکاران تعیین گردید (۲۵)، طبق این مطالعه ۲۶ مراقب برای هر گروه برآورد گردید که با محاسبه میزان ریزش به ۳۲ مراقب برای هر دو گروه افزایش یافت.

شرکت کنندگان به صورت تصادفی از میان مراقبین تحت پوشش سازمان بهزیستی میانه انتخاب شدند، به طوری که شماره ورود افراد به عنوان شماره شناسایی نمونه گیری آنها در

نظر گرفته شده و با استفاده از نرم افزار Excel اعداد تصادفی تولید و به عنوان مبنای نمونه گیری قرار گرفت. در گام بعدی برای اختصاص افراد به گروه های شاهد و مداخله از روش بلوک های تصادفی با حجم ۴ و ۶ که توسط مشاور آماری طرح، تولید شده بود، استفاده شد. بعد از نمونه گیری در مرحله اجرا ۴ مراقب از گروه آزمون (۳ مراقب بدلیل غیبت بیش از دو جلسه و یک مراقب بخاطر عدم دسترسی به تکمیل پرسش نامه پس آزمون) کنار گذاشته شدند، بنابراین تعداد مراقبین در گروه آزمون به ۲۸ نفر کاهش یافت. از گروه شاهد نیز یک نفر به علت عدم دسترسی از مطالعه حذف گردید و تعداد مراقبین در گروه شاهد به ۳۱ نفر رسید.

از دو پرسش نامه برای جمع آوری داده ها در این پژوهش استفاده شد که عبارتند از:

۱- پرسش نامه دموگرافیک که شامل مشخصات فردی اجتماعی واحد های مورد پژوهش می باشد.

۲- پرسش نامه محقق ساخته سنجش رفتار مراقبین. لازم به ذکر است بدلیل نیافتن پرسش نامه متناسب با فرهنگ و جامعه ایرانی پرسش نامه رفتار مراقبین توسط محققین بعد از مطالعه منابع مرتبط و ارزیابی چندین پرسش نامه در این خصوص طراحی گردید. برای انجام روایی محتوی از ده نفر از اساتید و صاحب نظران دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد موضوع نظرخواهی انجام گرفت و تغییرات لازم طبق نظر ایشان در پرسش نامه ها اعمال گردید. اعتماد علمی ابزار نیز به دو روش آزمون مجدد و پایایی درونی مورد بررسی قرار گرفت. میزان همبستگی پیرسون بین نتایج دو بار آزمون بر روی ۳۰ نفر از مراقبین به فاصله دو هفته ۰/۹۸ برآورد شد. پایایی درونی پرسش نامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ $\alpha > 0/75$ محاسبه گردید. این ابزار شامل ۱۵ آیتم بود که در خصوص رفتار مراقبتی مراقبین از کودک کم توان ذهنی در ۳ گروه شامل: مشکلات یادگیری و اجتماعی (۵ سوال)، مشکلات تغذیه ای و دیابت (۶ سوال)، مراقبت از کودک صرعی (۴ سوال) پرسش می کند. معیار سنجش پرسش نامه اخیر مقیاس ۵ درجه ای لیکرت است. در این پرسش نامه از نمونه ها خواسته شد

که با انتخاب گزینه مناسب از (هرگز=۱) تا (همیشه=۵) نظر خود را بیان نمایند.

این مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله انجام گرفت، در مرحله اول برای هر دو گروه آزمون و شاهد پرسشنامه‌ها تکمیل شد، سپس تجزیه و تحلیل آماری انجام یافت و تغییرات لازم در بسته آموزشی صورت گرفت، مرحله دوم یعنی انجام مداخله برای گروه آزمون اجرا گردید. در این مرحله برای مراقبین ۶ جلسه کلاس آموزشی برگزار گردید. موضوعات مورد بحث در جلسات آموزشی عبارت بودند از:

جلسه اول، آشنایی مراقبین با همدیگر و بحث در مورد کم توانی، علل و عوامل ایجاد کننده آن

جلسه دوم، مشکلات یادگیری و عملکرد اجتماعی

جلسه سوم، بهداشت دهان و دندان و مراقبت از آنها

جلسه چهارم، دیابت و مراقبت‌های پرستاری از آن

جلسه پنجم، صرع و مراقبت‌های پرستاری از آن

جلسه ششم، کارکرد روده‌ای و اختلالات خوردن

محتوای جلسات بر اساس بسته آموزشی مطابق با شایع‌ترین مشکلات بهداشتی و مراقبتی مراقبین دارای کودک کم توان ذهنی طراحی شده بود، در جمع‌آوری این مطالب از منابع و کتاب‌های معتبر کمک گرفته شد (۲۶-۲۹) و سعی شد مطالب به گونه‌ای ساده بیان شود تا درک آن برای خانواده‌ها راحت تر باشد. برای اجرای مداخله مورد نظر گروه آزمون به گروه‌های کوچک ۳-۵ نفره تقسیم شدند و برای هر گروه در هر هفته یک جلسه کلاس آموزشی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای در محل مرکز توانبخشی نرگس میانه برگزار گردید. مراقبین تشویق می‌شدند نقش فعالی در جلسات داشته باشند تا تجربیات خود را در اختیار هم قرار دهند و محقق سعی می‌کرد نقش هدایت‌گر را بر عهده داشته باشد. جهت مشارکت آموزشی اعضای خانواده، از مراقبین خانوادگی خواسته شد که در آموزش به کودکان و اعضای خانواده خود در زمینه مسایل مرتبط با کم توانی مشارکت نمایند. به این صورت که مطالب مطرح شده در هر جلسه گروهی را به کودکان و اعضای خانواده خود منتقل نمایند و کتابچه آموزشی ارائه شده را به اعضای خانواده خود بدهند تا

ایشان نیز آن را مطالعه نمایند و چنانچه سوالی داشته باشند در یک برگه نوشته تا در جلسه بعدی به پژوهشگر تحویل دهند. بدین ترتیب همه یادداشت‌های مراقبین و اعضای خانواده دریافت و بررسی شد. در گروه شاهد طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از ۱/۵ ماه از آخرین جلسه آموزشی پرسشنامه دوباره برای هر دو گروه تکمیل گردید.

پس از اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، برای متغیرهای کیفی و کمی به ترتیب با فراوانی (درصد) و میانگین (انحراف معیار) گزارش شدند. برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه آزمون کای دو استفاده شد. مقایسه مقادیر پایه متغیرهای مطالعه و متغیرهای کمی دموگرافیک در دو گروه با استفاده از آزمون t مستقل انجام شد. مقایسه درون گروهی قبل و بعد از مداخله در هر گروه با استفاده از آزمون t زوجی انجام شد. برای بررسی تاثیر مداخله یعنی مقایسه میانگین متغیرهای اصلی مطالعه بین دو گروه با تعدیل مقادیر پایه و مخدوشگرهای بالقوه شامل سن کودک، سن مراقب و سطح تحصیلات مراقب، تحلیل کواریانس به کار رفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۵۹ نفر از مراقبین دارای کودک کم توان ذهنی که همگی خانم بودند، با میانگین (انحراف معیار) سنی (۱۰/۰۵) ۳۹/۶۹ سال شرکت کرده بودند؛ ۹۳/۳۷٪ مراقبین که مادر یا از خانواده کودک بودند، خانه دار (۲۷ نفر گروه آزمون و ۲۸ نفر گروه کنترل) و سطح تحصیلات ۷۹/۷۷٪ آن‌ها (۲۳ نفر گروه آزمون و ۲۴ نفر گروه کنترل) زیر دیپلم بود. جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافیک مراقبین در دو گروه را نشان می‌دهد. آزمون آماری اختلاف معنی‌داری در نمره رفتار مراقبین گروه آزمون را نسبت به گروه شاهد پس از مداخله نشان داد (p<۰/۰۰۱). ضمن اینکه آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را در داخل گروه آزمون قبل و بعد از مداخله نشان داد (p<۰/۰۰۱).

که با تعدیل مقادیر پایه، سطح تحصیلات، سن مراقب و سن کودک بین نمره رفتار دو گروه آزمون و شاهد بعد از انجام مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید.

در مورد متغیرهای دموگرافیک مشخص گردید که سطح تحصیلات مراقب، سن مراقب و سن کودک، مداخلات مراقبتی را تحت تأثیر قرار داده اند، لذا برای تعیین تأثیر آنها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتیجه حاصل نشان داد

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مراقبین از کودکان کم توان ذهنی

متغیر	مقیاس	گروه آزمون n=۲۸	شاهد n=۳۱	P*
جنسیت کودک	دختر	۱۵ (۵۳/۵۷٪)	۱۴ (۴۵/۱۶٪)	۰/۵۱۹
	پسر	۱۳ (۴۶/۴۲٪)	۱۷ (۵۴/۸۳٪)	
سن مراقب	کمتر ۳۰ سال	۶ (۲۱/۴۲٪)	۱۳ (۴۱/۹۳٪)	۰/۰۳۴
	۳۰-۵۰ سال	۲۰ (۷۱/۴۲٪)	۱۳ (۴۱/۹۳٪)	
	بالای ۵۰ سال	۲ (۷/۱۴٪)	۵ (۱۶/۱۲٪)	
سطح تحصیلات مراقب	زیر دیپلم	۲۳ (۸۲/۱۴٪)	۲۴ (۷۷/۴۱٪)	۰/۰۰۰
	دیپلم	۳ (۱۰/۷۱٪)	۱ (۳/۲۲٪)	
	بالای دیپلم	۲ (۷/۱۴٪)	۲ (۶/۴۵٪)	
شغل مراقب	خانه دار	۲۷ (۹۶/۴۲٪)	۲۸ (۹۰/۳۲٪)	۰/۵۴۸
	کارمند	۱ (۳/۵۷٪)	۲ (۶/۴۵٪)	
سن کودک	۶-۱۰ سال	۱۷ (۶۰/۷۱٪)	۵ (۱۶/۱۲٪)	۰/۰۰۰
	۱۱-۱۸ سال	۱۱ (۳۹/۲۸٪)	۲۶ (۸۳/۸۷٪)	
نوع کم توانی کودک	خفیف	۱۵ (۵۳/۵۷٪)	۱۶ (۵۱/۶۱٪)	۰/۸۸۰
	متوسط	۱۳ (۴۶/۴۲٪)	۱۵ (۴۸/۳۸٪)	

*نتیجه آزمون آماری کای اسکوتر

جدول شماره ۲ میانگین نمره رفتار، قبل و بعد از مداخله را در دو گروه آزمون و شاهد نشان می‌دهد که اختلاف بین نمره رفتار در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود. همچنین اختلاف میانگین در گروه‌های آزمون و کنترل معنی‌دار بود.

جدول ۲: میانگین رفتار درون گروهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

نوع متغیر	نمره	گروه آزمون	گروه کنترل	اختلاف میانگین	P**	P-ANOVA
رفتار	ابتدای مطالعه	۴۸/۶۴±۵/۶۳	۴۳/۸۷±۶/۱۰	۴/۷۷ (۱/۶۹-۷/۸۴)	۰/۰۰۳	
	انتهای مطالعه	۵۸/۴۶±۲/۷۷	۴۳/۸۷±۵/۴۳	۱۲/۱۶ (۱۰/۱۲-۱۴/۲۰)		
مقایسه قبل و بعد از مطالعه	اختلاف میانگین (%۹۵CI)	۹/۸۲ (۷/۱۹-۱۱/۴۵)	۰/۰۰۰ (-۱/۲۷-۱/۲۷)			
	P*	۰/۰۰۰	۱/۰۰			

*نتیجه آزمون آماری تی زوج

**نتیجه آزمون آماری تی مستقل

بحث

مداخله نشان داده است. این بدان معنی است که آموزش داده شده به مراقبین موجب ارتقاء رفتار مراقبتی آنان شده و بیانگر تأثیر مثبت اجرای مداخله برای مراقبین در گروه آزمون می‌باشد.

نمره رفتار در گروه آزمون پس از مداخله در مقایسه با گروه شاهد اختلاف معنی‌داری داشت. همچنین آزمون آماری تی زوج نیز اختلاف معنی‌داری را در داخل گروه آزمون قبل و بعد از

پرسش‌نامه توانمندسازی خانواده استفاده نمود. این ابزار دارای خرده مقیاس‌های میزان حمایت انجام شده از سوی سیستم خدماتی، دانش، خودکارآمدی و احساس شایستگی والدین بود. بعد از مداخله معلوم گردید که برنامه حمایت خانواده در تمامی آیتم‌های مورد سنجش تغییر معنی‌داری را داشته است و باعث افزایش توانمندی کلی خانواده‌ها شده بود ($P < 0.024$) (۳۳). هر چند بناچار در مطالعه خود به نتایج مثبت دست یافته است اما ابزار مورد استفاده ایشان از نظر متغیرهای فرهنگی و امکانات اجتماعی جامعه ایران متفاوت می باشد.

این یافته‌ها با مطالعه خانجانی و همکاران که تاثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی را بررسی کردند، همسو می باشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، کیفیت زندگی مراقبین ۳ ماه پس از پایان آموزش نسبت به قبل از دریافت آموزش در تمامی ۸ قلمرو، ۳ حیطة کلی سلامت روانی، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی کل به میزان معنی‌داری ارتقاء یافته است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، ارایه آموزش مناسب در زمینه مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی به خانواده‌های این کودکان موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی آن‌ها می شود (۳۴).

نتیجه گیری نهایی

مطالعه حاضر نشان دهنده آن است که آموزش گروهی باعث بهبود رفتار مراقبتی مراقبین از کودکان کم توان ذهنی می گردد. نتایج این پژوهش بیانگر این نکته است که طراحی و اجرای چنین برنامه‌های مداخله‌ای با رویکرد خانواده-محور باعث تقویت دانش مراقبین و خانواده‌ها شده و نیز موجب ترویج رفتارهای سالم بهداشتی در بین اعضای خانواده‌ها می گردد. این‌گونه مداخلات با توجه به کم هزینه بودن و در عین حال تاثیرگذار بودن می تواند مراقبین خانوادگی را یاری نموده و بر کیفیت مراقبت تخصصی آنان بیفزاید. پیشنهاد می شود مطالعات دیگری در همین زمینه برای مراقبین از کودکان کم توان ذهنی شدید و خیلی شدید نیز صورت گیرد تا بتوان برنامه‌ها و راهکارهای مناسبی را برای رفع نیازهای همه

مطالعه‌ای که توسط دیویس (Davis) و همکارش انجام شد مشخص کرد که تجربیات و آگاهی والدین از حمایت‌های حرفه‌ای با رویکرد خانواده-محور با کیفیت زندگی خانوادگی آنان در ارتباط است. در واقع، حمایت کارکنان حرفه‌ای از خانواده‌های دارای کودک کم توان ذهنی قویترین عامل برای بهبود کیفیت زندگی است. این مطالعه نشان داد که با دادن اطلاعات عمومی به والدین و برطرف کردن نیازهای والدین و نیز ارائه خدمات هماهنگ و جامع به آنها می‌توان باعث بهبود برآوردهای خانوادگی شد (۳۰). این مطالعه با نتایج مطالعه اخیر هم‌خوان است و نتایج حاصله، گویای تاثیر مثبت چنین برنامه‌هایی در زندگی مراقبین و خانواده هایشان می باشد.

ایروانی و همکاران در مطالعه خود دریافته‌اند که آموزش توان یاران در دو روش رایج و جدید مطابق با کتابچه آموزشی موجود و کتابچه طراحی شده توسط محقق موجب افزایش معناداری در نمرات مهارت آنان در شیوه جدید می شود ($P < 0.001$) که با یافته مطالعه حاضر کاملاً هم‌خوان است (۳۱).

مطالعه انجام شده در استرالیا نشان داد برگزاری کارگاه آموزشی برای کارکنان بهداشت موجب افزایش تغییر رفتار آنان نمی‌شود. این مطالعه که کارگاه دو روزه با پیگیری هشت ماهه بود، نشان داد رفتار شرکت کنندگان در مورد موضوعات مطرح شده در طول هشت ماه پیگیری روند کاهشی داشته است و موجب تغییر رفتار محسوس در آنها نشده است. نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر هم‌خوان نیست، دلایل این امر را می توان به تفاوت موجود در نوع مطالعه و مدت زمان آموزش نسبت داد. در این مطالعه گروه کنترل انتخاب نشده بود و مطالعه از نوع قبل و بعد بود، تعداد شرکت کنندگان نیز در طول هشت ماه پیگیری از ۱۱۴ نفر در ابتدای مطالعه به ۴۰ نفر در پایان مطالعه کاهش یافته بود که مقایسه نتایج آماری قبل و بعد از مداخله را تحت تاثیر قرار می‌دهد و تعمیم پذیری را با مشکل مواجهه می‌سازد (۳۲).

باناج (Banach) در امریکا یک مطالعه مداخله‌ای با برگزاری ۶ جلسه کلاس گروه‌درمانی برای خانواده‌های دارای کودک اوتیسمی انجام داد و برای سنجش تاثیر این مداخله از

گروه‌های مراقبین از کودکان کم توان ذهنی ارائه نمود. پیشنهاد می‌گردد ارتباط بین شدت کم توانی ذهنی با عملکرد مراقبین نیز مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین توصیه می‌گردد تأثیر داشتن کودک کم توان ذهنی بر عملکرد خانواده مورد مطالعه قرار گیرد تا از این طریق بتوان کیفیت زندگی چنین خانواده‌هایی را مورد بررسی قرار داد.

پژوهشگر به سازمان بهزیستی میانه معرفی و مجوز انجام تحقیق در مراکز توانبخشی آن سازمان، اخذ گردید. کلیه شرکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت داده شدند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات دریافتی محرمانه خواهد ماند و در هر زمانی که اراده نمایند می‌توانند انصراف خود را اعلام نمایند.

محدودیت‌های تحقیق

زن بودن تمامی مراقبین یکی از محدودیت‌های این مطالعه بشمار می‌رود چون در برقراری تعامل دو طرفه در جلسات اول اختلال ایجاد می‌کرد. لازم به یادآوری است که شرایط روحی- روانی مراقبین در پاسخ به مداخله و تأثیر عوامل فرهنگی و محیطی نیز خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. علاوه بر این پژوهش حاضر فقط بر روی مراقبین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف و متوسط انجام شده است و یافته آن ممکن است قابل تعمیم به مراقبین از کودکان کم‌توان ذهنی شدید و خیلی شدید نباشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از طرح مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده لذا گروه محققین بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی و اعضای محترم هیات علمی، سازمان بهزیستی میانه و کارکنان زحمتکش مراکز توانبخشی نرگس و زینب این شهرستان کمال قدردانی را نماید.

ملاحظات اخلاقی

به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی، پس از تصویب طرح در دانشکده پرستاری و مامایی تبریز تأیید کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز (به شماره ۹۲۵۰ مورخه

منابع

- 1- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [database on the Internet]. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 2010. Available from: http://www.aamr.org/content_100.cfm?navID=21.
- 2- Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabi.* 2011;32(2):419-36.
- 3- Mitchell F, Melville C, Stalker K, Atthaws LM, McConnachie A, Murray H, Walker A, Mntrie N. Walk well: a randomised controlled trial of a walking intervention for adults with intellectual disabilities: study protocol. *BMC Public Health.* 2013;13(620).
- 4- World Health Organization. World Report on disability 2011, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO Press, Geneva; 2011. p. 59-64
- 5- Durvasula SK, Klause J. Health Care in People with Intellectual Disability: Guidelines for General Practitioners: Centre for Developmental Disability Studies; 2006. p. 2-7
- 6- Brehmer-Rinderer B, Zigrovic L, Naue U, Webe G. Promoting Health of Persons With Intellectual Disabilities Using the UN Convention on the Rights of Persons With Disabilities: Early Implementation Assessment in Spain and Hungary. *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2013;10(1):25-36.

- 7- Samuel PS, Rillotta F, I. Brown. The development of family quality of life concepts and measures. *J Intellect Disabil Res.* 2012;56(1):1-16.
- 8- Allender JA, Rector C, Warner KD. *COMMUNITY & PUBLIC HEALTH NURSING: Promoting the Public's Health.* 8 ed: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2014.p.861
- 9- Maroufou JA, Blaise A, Didier L. Management of Children with Intellectual and Developmental Disability in an African Setting. *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research: InTech;* 2012. p. 45-76.
- 10- Robledo P, Jesús Ra, García N, Sánchez. Interventions in Specific Learning Disabilities Through Families. *Learning Disabilities: InTech;* 2012. p. 87-104.
- 11- Maroufou J, Blaise A, Didier L. Management of Children with Intellectual and Developmental Disability in an African Setting. *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research.* 2012:45-76.
- 12- Bomar PJ. *Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice: Elsevier Science Health Science Division;* 2004. p. 125
- 13- Naeem Mohsin M, Mahmood Khan T, Hussain Doger A, Sher Awan A. Role of Parents in Training of Children with Intellectual Disability. *Int J Humanit Soc Sci* 2011;1(9):78-88.
- 14- Fulgosi-Masnjak R, Masnjak M, Lakovnik V. Perceived Subjective Wellbeing of Parents of Children with Special Needs. *J Spec Rehabil* 2012;13(1-2):61-76.
- 15- Kaakinen JR, Gedaly-Duff V, Coehlo DP. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research: F. A. Davis Company;* 2009. p. 273-306
- 16- Reinhard SC, Barbara G, Nirvana H, Ann B. *Supporting Family Caregivers in Providing Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services;* 2008. p. 1-16.
- 17- Ruth Northway, Christine Hutchinson, Kingdon A. *Shaping the future: A Vision for learning Disability Nursing: UK Learning Disability Consultant Nurse Network United Kingdom;* 2006.p. 11
- 18- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu As, ılar R, Karakurt P. Effects of a nursing intervention program on the depression and perception of family functioning of mothers with intellectually disabled children. *J Clin Nurs.* 2013;22:251-61.
- 19- Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2008;40(1):25-31.
- 20- Peralta F, Arellano A. Family and disability: A theoretical perspective on the family-centered approach for promoting self-determination. *Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag.* 2010;8(3):1339-62.
- 21- Dempsey I, Keen D. *A Review of Processes and Outcomes in Family-Centered Services for Children With a Disability. Hammill Institute on Disabilities.* 2008;28(1):42-52.

- 22- Association CPH. Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada: Roles and Activities: Canadian Public Health Association; 2010.p. 16
- 23- Gerber L. Community health nursing: A partnership of care. Nursing Career.2012;42:19-20.
- 24- Salamati P, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M. Family education: Main strategy for community based rehabilitation. J Rehabil .2007;7(3):20-5.(Persian)
- 25- Banach M, Iudice J, Conway L, Couse LJ. Family support and empowerment: Post autism diagnosis support group for parents. Soc Work Groups .2010;33(1):69-83.
- 26- Harris JC. Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals: Oxford University Press, USA; 2010.p. 1-143
- 27- Lubkin IM, Larsen PD. Chronic Illness: Impact and Intervention: Jones & Bartlett Learning; 2011.p 245-280
- 28- World Health Organization. World Report on disability 2011, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO Press, Geneva; 2011.p. 1-297
- 29- Lindsay P. Care of the Adult with Intellectual Disability in Primary Care: Radcliffe Publishing; 2011.p. 16-163
- 30- Davis K, Gavidia-Payne S. The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities. J Intellect Dev Disabil. 2009;34(2):153-62.
- 31- Iravani M, Hatamizade N, Fotouhi A, Hosseinzadeh S. Comparing Effectiveness of New Training Program of Local Trainers of Community-Based Rehabilitation Program with the Current Program: A Knowledge, Attitude and Skills Study. Quarterly Journal of Rehabilitation. [Applicable]. 2011;12(3):44-52. (Persian)
- 32- McCluskey A, Lovarini M. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. BMC Medical Education . 2005;5(1):40-6.
- 33- Banach M, Iudice J, Conway L, Couse L. Family support and empowerment: Post autism diagnosis support group for parents. Soc Work Groups. 2010;33(1):69-83.
- 34- Khanjani M, Hatamizadeh N, Hosseini M, Rahgozar M, Arjmand M. Effect of education about caring of children with Cerebral palsy on quality of life of family-caregivers. Quarterly Journal of Rehabilitation. 2009;10(3):38-42.(Persian)

The effect of group training on behaviors of caregivers with intellectually disabled children

Barzajhe Atri Sh¹, Abdollahi H², Arshadi Bostanabad M³, Asghari Jafarabadi M⁴

Abstract

Introduction: Having a family member with a disability is often challenging for each member in the family, and families always are not able to manage these challenges. Provide basic information by support system for families, especially for caregivers of these children can be considered an effective step in to support them. The study was aim to determine of The effect of group training on caring behaviors of caregivers with intellectually disabled children

Methods: The randomized clinical trial with control group was conducted in Narges rehabilitation center, Miyaneh, 2013. In this study 64 caregivers of intellectual disability children 6-18 years old were randomly divided into two groups. 6 session training classes were held for the intervention group but the control group did not receive any intervention. At both the beginning and end of the study, data were collected based on the behavior questionnaires, that developed by the researcher.

Results: In both groups, before of intervention the average behavior score, was not statistically significant. The results showed that 1.5 month after the intervention, an increase in behavior of caregivers in the intervention group before (48.64 ± 5.63) and after (58.46 ± 2.77) was significant ($P < 0.05$).

Conclusion: Group training to caregivers of intellectually disabled children due to improve their caring behaviors. Also, by giving the necessary information to such families can be encouraged them to participate in promoting the quality of their lives and their children.

Keywords: Group Training, Children with intellectual disability, Caregivers caring behavior

Received: 24 August 2014

Accepted: 25 September 2014

1- Faculty, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Ms, Nursing Graduate Student, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (**Corresponding author**)

E-mail: hosseinabdollahims@gmail.com.

3- MD, Faculty, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

4- Ph.D, Assistant Professor of Biostatistics, Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.