

# تأثیر آموزش گروهی بر دانش و نگرش مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی

شیرین برزنجه‌عطری<sup>۱</sup>، حسین عبداللہی\*<sup>۲</sup>، محمد ارشدی‌بستان‌آباد<sup>۳</sup>

محمد اصغری جعفرآبادی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** داشتن کودک کم‌توان ذهنی مشکلات جسمی، روحی، روانی و اجتماعی زیادی را بر واحد خانواده تحمیل می‌کند و آن‌ها را دچار آسیب‌پذیری می‌نماید. انجام مداخلات مناسب برای بهبود دانش و ایجاد نگرش مطلوب می‌تواند تا حد زیادی حامی این خانواده‌ها بوده و کیفیت زندگی بهتری را به آن‌ها هدیه نماید. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی بر دانش و نگرش مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مداخله‌ای تصادفی کنترل‌دار می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ در مرکز توانبخشی نرگس میانه انجام گرفت. ۶۴ مراقب دارای کودک کم‌توان ذهنی ۶-۱۸ ساله به‌طور 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 دانش و نگرش جمع‌آوری گردید. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های آماری تی زوجی، تی مستقل و کای اسکوتر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بین میانگین دانش، نگرش و رفتار مراقبین در هر دو گروه، قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری به‌دست نیامد. نتایج نشان داد ۱/۵ ماه بعد از اجرای مداخله، افزایش میزان دانش و نگرش مراقبین در گروه مداخله قبل (۲/۸۰ ± ۸/۵۴، ۶/۵۱ ± ۶۲/۲۹) و بعد از مداخله (۱/۸۶ ± ۱۴/۵۰، ۳/۷۶ ± ۷۲/۵۷) معنی‌دار بود ( $P > ۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش گروهی به مراقبین از کودکان کم‌توان ذهنی، باعث افزایش دانش و نگرش آن‌ها می‌گردد. توجه به افزایش آگاهی، درک و نگرش مراقبت‌کننده، می‌تواند وی را در امر مراقبت تخصصی و کارآمد یاری دهد.

**کلیدواژه‌ها:** دانش، نگرش، کم‌توان ذهنی، مراقب

**ارجاع:** برزنجه‌عطری شیرین، عبداللہی حسین، ارشدی بستان‌آباد محمد، اصغری جعفرآبادی محمد. تأثیر آموزش گروهی بر دانش و

نگرش مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۳؛ ۱۰ (۶): ۷۸۶-۸۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۱۹

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی به شماره ۹۲۵۰ است و منابع مالی و اعتباری آن به‌وسیله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین شده است. \* دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤل).

Email: hosseinabdollahims@gmail.com

۱. مربی، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. مربی، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. استادیار مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

کم‌توانی 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). شیوع کم‌توانی ذهنی ۱۰/۳۷ در ۱۰۰۰ نفر برآورد شده است (۲). افراد کم‌توان 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). تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی می‌شود و به‌همراه خود تنیدگی، احساس غم و نومیدی را به‌دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای مشکلات ذهنی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (۵-۶). مادران علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی، باید با مشکلات مربوط به هزینه‌های بالای اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، احساس گناه از به‌دنیا آوردن فرزندی مشکل‌دار و نگرش‌های منفی اطرافیان نیز کنار بیاورند که این موارد می‌توانند منجر به افسردگی آنان گردد (۷).

مدیریت یک کودک با کم‌توانی ذهنی و تکاملی هم‌چون سایر وضعیت‌های مزمن، نباید تنها متمرکز بر کودک و مشکلاتش باشد، بلکه باید خانواده وی نیز در نظر گرفته شود. خانواده برای کودک بهترین منبع حمایتی است (۸). وجود نقص در پیوستگی خانواده، سازگاری خانواده، تعامل کودک و خانواده، تضاد در خانواده و مهارت‌های حل مسأله می‌تواند در خانواده‌های دارای کودک با بیماری مزمن مشکل‌ساز باشد (۹). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بیند (۱۰)، اما مادران به‌علت داشتن نقش سنتی مراقب، مسؤولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند کم‌توان خود به‌عهده می‌گیرند که در نتیجه آن با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (۱۱).

با پیشرفت‌های به‌دست آمده در زمینه رفع مشکلات بهداشتی، مراقبین خانوادگی جایگزین مؤسسات مراقبتی شده‌اند (۱۲) و رویکرد خانواده محور کیفیت زندگی خانواده را به‌واسطه توانمندسازی کل اعضای خانواده بهبود می‌بخشد (۱۳). مراقبت خانواده-محور، رویکردی در مراقبت سلامت است که مشارکت بیماران، خانواده‌ها و کارکنان مراقبت بهداشتی را برای ارایه مراقبت با کیفیت ضروری می‌داند، و یک جز اساسی در ارایه خدمات پزشکی برای کودکان با نیازهای مراقبتی ویژه در منزل بوده (۱۴)، منجر به حس خودکارآمدی، رضایت‌مندی بیشتر از خدمات، درک بهتر کودک و حس لیاقت و شایستگی در والد یا مراقب می‌شود (۱۵-۱۶). مراقبین خانوادگی اغلب احساس می‌کنند که برای مراقبت آمادگی ندارند، از دانش کافی برخوردار نیستند و از طرف ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی حمایت چندانی نمی‌شوند. به‌دلیل دانش و مهارت ناکافی، مراقبین خانوادگی با نوع و مقدار مراقبتی که باید انجام دهند ناآشنا هستند (۱۷-۱۸). شواهد نشان می‌دهد، فقدان عملکرد مناسب و نگرش مطلوب به کودکان کم‌توان، به‌خاطر دانش و آگاهی پایین والدین می‌باشد و تلاش‌ها باید در جهت افزایش دانش و نگرش افراد باشد (۱۹). بنابراین پرستار بهداشت جامعه سعی دارد با بهبود نگرش‌ها، باورها و رفتارهای بهداشتی سلامت عمومی افراد را تأمین نماید. هم‌چنین به جوامع، خانواده‌ها و افراد کمک می‌کند تا مسؤولیت حفظ و بهبود سلامت خود را از طریق افزایش دانش و توانایی به‌عهده بگیرند (۲۰-۲۱). آموزش به والدین در مورد وضعیت کودک، دخالت آنان را در برنامه‌ریزی و ارزیابی برنامه مراقبتی تضمین می‌نماید (۲۲). پس 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 (۲۳).

مطالعات انجام شده در ایران بیشتر به مقایسه کیفیت زندگی و مشکلات والدین دارای کودک کم‌توان و والدین کودکان عادی پرداخته‌اند و مطالعات گروهی یافت شده بیشتر

شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی از میان مراقبین تحت پوشش سازمان بهزیستی میانه انتخاب شدند، به طوری که شماره ورود افراد به عنوان شماره شناسایی نمونه‌گیری آن‌ها در نظر گرفته شده و با استفاده از نرم‌افزار Excel اعداد تصادفی تولید و به عنوان مبنای نمونه‌گیری قرار گرفت. در گام بعدی برای اختصاص افراد به گروه‌های شاهد و مداخله از روش بلوک‌های تصادفی با حجم ۴ و ۶ که توسط مشاور آماری طرح تولید شده بود، استفاده شد. بعد از نمونه‌گیری در مرحله اجرا ۴ مراقب از گروه آزمون کنار گذاشته شدند، ۳ مراقب به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و یک مراقب به خاطر عدم دسترسی به تکمیل پرسش‌نامه پس‌آزمون، 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 سه پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش استفاده شد که عبارتند از:

- ۱- پرسش‌نامه دموگرافیک که شامل مشخصات فردی اجتماعی واحدهای مورد پژوهش می‌باشد.
  - ۲- پرسش‌نامه سنجش دانش مراقبین که یک پرسش‌نامه محقق‌ساخته بوده و شامل ۲۰ سؤال چند گزینه‌ای بود که به هر جواب درست یک نمره و هر جواب غلط صفر نمره داده شد (حداکثر نمره ۲۰ و حداقل صفر می‌باشد).
  - ۳- پرسش‌نامه سنجش نگرش مراقبین که یک پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی محقق‌ساخته بود و به روش لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱) نمره‌گذاری گردید (حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره ۲۰).
- روایی محتوی ابزار به روش کیفی و توسط پانل متخصصین انجام پذیرفت و تغییرات لازم طبق نظر ایشان در پرسش‌نامه‌ها اعمال گردید. تغییرات انجام شده بیشتر در مورد اصلاح محتوای عبارات و افعال مناسب جهت پوشش دادن به افعال مطالعه در پرسش‌نامه نگرش بودند. پایایی ابزار به دو روش آزمون-بازآزمون و پایایی درونی مورد بررسی قرار گرفت. میزان همبستگی درون رده‌ای (Intraclaas

به جنبه‌های روانی و مشکلات رفتاری چنین کودکانی پرداخته‌اند، بنابراین با علم به این که در ایران این نوع آموزش گروهی که براساس مراقبت خانواده-محور طراحی شده است به اندازه کافی مورد تأکید قرار نگرفته و مراقبین این کودکان نیز فاقد دانش و مهارت لازم در امر مراقبت هستند، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی بر دانش و نگرش مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی، طراحی و اجرا گردید.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش تجربی شاهددار تصادفی شده می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ اجرا گردید. جامعه آماری این مطالعه مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی ۶-۱۸ ساله می‌باشند که تحت پوشش سازمان بهزیستی میانه بودند. منظور از مراقب در مطالعه حاضر مادر، پدر و یا فردی از اعضای خانواده، فامیل و یا آشنایان می‌باشد که مسؤولیت اصلی مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی را برعهده گرفته‌اند. قابل ذکر است به جز یک خانم که عمه کودک محسوب می‌شد بقیه مراقبین مادر کودکان بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی شامل: داشتن مسؤولیت مراقبت روزانه از کودک و نداشتن بیماری خاص یا اختلال روانی مراقب بنا به اظهار خود و برای کودکان کم‌توان ذهنی داشتن بهره هوشی خفیف یا متوسط بر اساس پرونده موجود در بهزیستی و داشتن دامنه سنی ۶-۱۸ سال بودند.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به همکاری در طول مطالعه و غیبت حداقل ۲ جلسه از ۶ جلسه کلاس‌های آموزشی بود. برای تعیین حجم نمونه اطلاعات اولیه شامل میانگین و انحراف معیار متغیر دانش بر اساس مطالعه Banach و همکاران تعیین گردید (۲۴)، با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول پوکاک برای مقایسه میانگین در مطالعات دو گروهی حجم نمونه در هر گروه برابر ۲۶ مراقب برای هر گروه برآورد گردید که با محاسبه میزان ریزش به ۳۲ مراقب برای هر دو گروه افزایش یافت.

آزمون به گروه‌های کوچک ۵-۳ 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 موارد مرتبط با کم‌توانی 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 سؤالی 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 و تنها از ابزارهای سنجش دانش و نگرش قبل و بعد از مداخله استفاده شد. پس از ۱/۵ ماه از آخرین جلسه آموزشی پرسش‌نامه‌ها دوباره برای هر دو گروه تکمیل گردید. به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی، پس از تصویب طرح در دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، پژوهشگر به سازمان بهزیستی معرفی و مجوز انجام تحقیق در مراکز توانبخشی آن سازمان، اخذ گردید. کلیه شرکت‌کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد و بیان گردید در هر زمانی قادر به عدم همکاری در پژوهش هستند. در ضمن بعد از اتمام مطالعه، کتابچه آموزشی به مراقبین خانوادگی در گروه شاهد نیز داده شد.

داده‌ها، 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 تی مستقل انجام

(correlation coefficient) بین نتایج دو بار آزمون بر روی ۳۰ نفر از مراقبین به فاصله دو هفته برای دانش ۰/۹۹ و برای نگرش ۰/۹۸ برآورد شد. پایایی درونی پرسش‌نامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای دانش  $\alpha = 0/806$  و نگرش  $\alpha = 0/77$  محاسبه گردید.

روایی سازه‌ای این پرسش‌نامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تأیید شد. در این مورد مقدار شاخص KMO برابر ۰/۷۲۳ (در حد مطلوب)، آزمون بارتلت نتیجه معنی‌دار و هم‌چنین درصد واریانس بیان شده آن برابر ۶۲/۵٪ بود. نتایج نیز سازه‌های تعریف شده در این پرسش‌نامه را به طور قابل قبولی و با انتخاب نقطه برش ۳۵ برای آیتم‌ها تأیید کرد.

این مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله انجام گرفت، در مرحله اول برای هر دو گروه آزمون و شاهد فرم رضایت‌نامه آگاهانه و 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 کم‌توانی، 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 کم‌توان ذهنی طراحی شده بود، در جمع‌آوری این مطالب از منابع و کتاب‌های معتبر کمک گرفته شد (۴، ۲۵-۲۷) و سعی گردید مطالب به گونه‌ای ساده بیان شود تا درک آن برای خانواده‌ها راحت‌تر باشد. برای اجرای مداخله مورد نظر گروه

و نگرش مراقبین گروه آزمون را نسبت به گروه شاهد پس از مداخله نشان داده است ( $P < 0/001$ ). ضمن این‌که آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را در داخل گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در تمام ابعاد نشان داده است ( $P < 0/001$ ).

در مورد متغیرهای دموگرافیک مشخص گردید که سطح تحصیلات مراقب (حدود ۸۲٪ در گروه آزمون و حدود ۷۷٪ در گروه شاهد زیر دیپلم بودند)، سن مراقب (حدود ۷۱٪ در سن داشتند) و سن کودک (حدود ۶۱٪ کودکان در گروه آزمون و ۱۶٪ در گروه شاهد دامنه سنی ۱۰-۶ سال داشتند)، مداخلات مراقبتی را تحت تأثیر قرار داده‌اند، لذا برای تعیین تأثیر آن‌ها از آزمون آماری کای اسکوتر استفاده شد و نتیجه حاصل نشان داد که با تعدیل مقادیر پایه، سطح تحصیلات، سن مراقب و سن کودک بین دانش و نگرش دو گروه آزمون و شاهد بعد از انجام مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید.

شد. مقایسه درون گروهی بین قبل و بعد از مداخله در هر گروه با استفاده از آزمون تی زوجی انجام شد. برای بررسی تأثیر 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 به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (ساخت شرکت IBM کشور امریکا) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۵۹ نفر از مراقبین دارای کودک کم‌توان ذهنی که همگی خانم بودند، با میانگین (انحراف معیار) سنی ۳۹/۶۹ (۱۰/۰۵) سال شرکت کرده بودند؛ ۹۳/۳۷٪ مراقبین خانه‌دار (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 ۱ اطلاعات دموگرافیک مراقبین در دو گروه را نشان می‌دهد. آزمون آماری اختلاف معنی‌داری در نمره دانش

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک مراقبین از کودکان کم‌توان ذهنی

P*	گروه آزمون n = ۲۸		مقیاس	متغیر
	شاهد n = ۳۱	تعداد (درصد)		
۰/۵۱۹	۱۴ (۴۵/۱۶٪)	۱۵ (۵۳/۵۷٪)	دختر	جنسیت کودک
	۱۷ (۵۴/۸۳٪)	۱۳ (۴۶/۴۲٪)	پسر	
۰/۰۳۴	۱۳ (۴۱/۹۳٪)	۶ (۲۱/۴۲٪)	کمتر ۳۰ سال	سن مراقب
	۱۳ (۴۱/۹۳٪)	۲۰ (۷۱/۴۲٪)	۳۰-۵۰ سال	
	۵ (۱۶/۱۲٪)	۲ (۷/۱۴٪)	بالای ۵۰ سال	
۰/۰۰۱	۲۴ (۷۷/۴۱٪)	۲۳ (۸۲/۱۴٪)	زیر دیپلم	سطح تحصیلات مراقب
	۱ (۳/۲۲٪)	۳ (۱۰/۷۱٪)	دیپلم	
	۲ (۶/۴۵٪)	۲ (۷/۱۴٪)	بالای دیپلم	
۰/۵۴۸	۲۸ (۹۰/۳۲٪)	۲۷ (۹۶/۴۲٪)	خانه‌دار	شغل مراقب
	۲ (۶/۴۵٪)	۱ (۳/۵۷٪)	کارمند	
۰/۰۰۱	۵ (۱۶/۱۲٪)	۱۷ (۶۰/۷۱٪)	۱۰-۶ سال	سن کودک
	۲۶ (۸۳/۸۷٪)	۱۱ (۳۹/۲۸٪)	۱۱-۱۸ سال	
۰/۸۸۰	۱۶ (۵۱/۶۱٪)	۱۵ (۵۳/۵۷٪)	خفیف	نوع کم‌توانی کودک
	۱۵ (۴۸/۳۸٪)	۱۳ (۴۶/۴۲٪)	متوسط	

\*نتیجه آزمون آماری کای اسکوتر

جدول ۲ میانگین دانش و نگرش، قبل و بعد از مداخله را در دو گروه آزمون و شاهد معنی دار بود. هم‌چنین اختلاف میانگین در گروه‌های آزمون و کنترل معنی دار بود.

جدول ۲. میانگین دانش، نگرش و رفتار درون گروهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

انواع متغیر	نمره	گروه آزمون		گروه کنترل		اختلاف میانگین	P**	P-ANCOVA
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین			
دانش	ابتدای مطالعه	۸/۵۴ ± ۲/۸۰	۷/۷۷ ± ۳/۴۵	۰/۷۶ (-۰/۸۸-۲/۴۱)	۰/۳۶	۰/۰۰۱		
	انتهای مطالعه	۱۴/۵۰ ± ۱/۸۶	۸/۱۳ ± ۳/۱۱	۴/۸۱ (۳/۷۵-۵/۸۷)				
مقایسه قبل و بعد از مداخله	اختلاف میانگین	۵/۹۶ (۵/۲۹-۶/۶۴)	۰/۳۵ (-۰/۴۳-۱/۱۳)					
	*** (/۹۵CI) P*	۰/۰۰۰	۰/۳۶					
نگرش	ابتدای مطالعه	۶۲/۲۹ ± ۶/۵۱	۶۲/۲۶ ± ۷/۸۰	۰/۰۲ (-۳/۷۴-۳/۷۹)	۰/۹۹	۰/۰۰۱		
	انتهای مطالعه	۷۲/۵۷ ± ۳/۷۶	۶۵/۳۵ ± ۴/۶۴	۸/۳۲ (۶-۱۰/۶۳)				
مقایسه قبل و بعد از مطالعه	اختلاف میانگین***	۱۰/۲۸ (۸/۰۳-۱۲/۵۳)	۳/۰۹ (۱/۲۸-۴/۹۰)					
	*** (/۹۵CI) P*	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲					

\*نتیجه آزمون آماری تی زوجی

\*\*نتیجه آزمون آماری تی مستقل

\*\*\*معنی داری در سطح ۰/۰۵

## بحث

طبق این مطالعه و براساس آزمون‌های آماری نشان داده شد که متغیرهای دانش و نگرش در گروه آزمون پس از مداخله در مقایسه با گروه شاهد اختلاف معناداری داشت. هم‌چنین آزمون آماری تی زوج اختلاف معناداری را در داخل گروه آزمون قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد.

مطالعه‌ای که توسط ربیعی در مورد اثربخشی آموزش گروهی والدین کودکان اوتیستیک انجام شده است نشان داد که برگزاری کلاس‌های آموزش گروهی باعث افزایش دانش والدین در مورد مراقبت‌های بهداشتی از کودکان‌شان می‌گردد (P < ۰/۰۰۱) (۲۸)، که با یافته‌های مطالعه اخیر هم‌خوان است. ربیعی در مطالعه خود از حجم نمونه کمتر (۱۲ نفر)

استفاده کرده بود که تعمیم‌پذیری را دچار مشکل می‌سازد. درحالی‌که کفایت حجم نمونه در مطالعه حاضر لحاظ گردیده بود. Banach یک مطالعه مداخله‌ای با برگزاری ۶ جلسه کلاس گروه‌درمانی برای خانواده‌های دارای کودک اوتیسمی انجام داد و برای سنجش تأثیر این مداخله از پرسش‌نامه توانمندسازی خانواده استفاده نمود. بعد از مداخله معلوم گردید که برنامه حمایت خانواده در تمامی موارد مورد سنجش (سیستم خدماتی، دانش، خودکارآمدی و احساس شایستگی والدین) تغییر معنی‌داری را داشته است و باعث افزایش توان‌مندی کلی خانواده‌ها شده بود (P < ۰/۰۲۴) (۲۴). هرچند Banach در مطالعه خود به نتایج مثبت دست‌یافته است اما ابزار مورد استفاده ایشان از نظر متغیرهای فرهنگی و

این مطالعه می‌توان به نبود گروه کنترل، تعداد کم نمونه‌ها (۲۵مراقب) و ارایه آموزش به صورت انفرادی برای مراقبین ذکر کرد درحالی‌که از نقاط قوت مطالعه حاضر رعایت این موارد بوده است.

Mann و همکارانش، تأثیر آموزش بر دانش و نگرش والدین را مورد سنجش قرار دادند و برای ۴۲ والد کلاس‌های آموزشی برگزار کردند. نتیجه گویای آن بود که آموزش والدین در مورد مسایل رشد و تکاملی کودک باعث ایجاد تغییرات معنی‌دار در سطح دانش و نگرش والدین شده است ( $P < 0/05$ ) (۳۲).

تنگال در مطالعه خود نشان داد که نگرش والدین و اعضای خانواده نسبت به کودک کم‌توان ذهنی در حالت کلی مثبت می‌باشد. در این مطالعه نقش جنسیت والدین و اعضای خانواده نیز مورد بررسی قرار گرفته است که بیانگر معنی‌دار نبودن جنسیت والدین و در مقابل معنی‌دار بودن نقش جنسیت اعضای خانواده در داشتن نوع نگرش نسبت به کودک کم‌توان ذهنی است (۳۳). در این مطالعه به سطح سواد والدین و اعضای خانواده توجه نشده و نمونه‌ها که از تعداد کافی برخوردار نیستند از دو مرکز شهر بدون تصادف‌سازی انتخاب شده‌اند هم‌چنین نوع کم‌توانی ذهنی کودک در نظر گرفته نشده است بنابراین تعمیم‌پذیری را دچار مشکل می‌سازد.

مطالعه حاضر نشان داد که با بهره‌گیری از دو عنصر مهم توانمندسازی؛ دانش و نگرش، و با استفاده از روش مناسب آموزشی (آموزش گروهی)، می‌توان به نتایج مثبتی در حمایت از این گروه از مراقبین دست یافت و موجب افزایش دانش و نگرش آن‌ها گردید چرا که یکی از مهم‌ترین فواید تشکیل جلسات گروهی آموزش والدین نیز همین تغییر نگرش می‌باشد. به این ترتیب که مادران در خلال جلسات آموزش گروهی از طریق به بحث گذاشتن مشکلات رفتاری فرزندان‌شان در می‌یافتند که بسیاری از این مشکلات رفتاری در بین تمامی خانواده‌های حاضر مشترک و مشابه می‌باشد، در نتیجه از میزان احساس عدم صلاحیت و عدم کفایت در نقش والدگری آن‌ها کاسته شده و با اعتماد به نفس بیشتری

امکانات اجتماعی جامعه ایران کاملاً متفاوت است و نمی‌توان یافته حاصل از این مطالعه را به آن تعمیم داد.

ایروانی و همکاران در مطالعه خود دریافتند 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 دانش و مهارت آنان در شیوه جدید می‌شود ( $P < 0/001$ ) که با یافته مطالعه حاضر کاملاً هم‌خوان است. اما نمره حاصل از نگرش در این مطالعه برای دو گروه تفاوت معناداری نداشت ( $P = 0/16$ ) (۲۹). این یافته با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. علت آن شاید مربوط به شیوه آموزش باشد، چون مطالعه ایروانی در طی مقطع زمانی دو روزه برگزار گردیده و بلافاصله بعد از اتمام دوره، پس‌آزمون گرفته شده است درحالی‌که در مطالعه حاضر با توجه به روش مداخله زمان لازم در اختیار مراقبین قرار داده شد که می‌تواند در تغییر نگرش مراقبین مؤثر باشد.

Friend و همکاران با بررسی ۲۶ مطالعه در زمینه برنامه‌های آموزشی برای والدین و مدل‌های مراقبت خانواده محور برای خانواده‌ها و کودکان کم‌توان به نتایج زیر دست یافتند؛ مطالعات مداخله‌ای ثابت می‌کنند که برنامه‌های آموزشی برای والدین رضایت‌مندی و مهارت‌های آن‌ها را بهبود می‌بخشد و از استرس‌شان می‌کاهد؛ به‌علاوه این‌که رویکردهای خانواده-محور وضعیت عاطفی والدین را بهبود بخشیده و موجب بهتر شدن ارتباطات خانوادگی می‌شود. طبق این مطالعه این برنامه‌ها باعث بهبود نگرش والدین نسبت به کم‌توانی شده و در حالت کلی نتایج مثبتی برای خانواده‌ها داشته و کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقای می‌بخشد (۳۰).

این یافته‌ها با مطالعه خانجانی و همکاران که تأثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی را بررسی کردند، هم‌سو می‌باشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، کیفیت زندگی مراقبین ۳ ماه پس از پایان آموزش نسبت به قبل از دریافت آموزش در تمامی ۸ قلمرو (سلامت روانی، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی) به میزان معنی‌داری ارتقای یافته است (۳۱). از معایب

مطالعه می‌باشد. با توجه به این که برای انجام روایی سازه‌ای با روش تحلیل عاملی نیاز به حجم نمونه حداقل ۲۰۰ تایی است و این بخش از مطالعه که در مقاله حاضر ارائه شده است برای یک مطالعه مداخله‌ای تعداد کمتری نمونه وجود دارد در نتیجه در این مقاله گزارشی از آن ارائه نشده است ولی ارزیابی روایی سازه‌ای ابزار به‌عنوان بخشی از مطالعه انجام شده است.

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود 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 گروه‌های مراقبین از کودکان کم توان ذهنی ارائه نمود. پیشنهاد می‌گردد ارتباط بین شدت کم توانی ذهنی با دانش، نگرش و 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.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله کارشناسی ارشد مصوب دانشکده پرستاری و مامایی تبریز می‌باشد. محققین از همکاری مدیریت و پرسنل مراکز توانبخشی نرگس و زینب سازمان بهزیستی میانه و والدین شرکت کننده در پژوهش کمال تقدیر را دارند.

مسئولیت‌های نقش والدی خود را در قبال فرزندان‌شان از سر می‌گرفتند.

### نتیجه‌گیری

آموزش گروهی به مراقبین از کودکان کم توان ذهنی، باعث افزایش دانش و نگرش آن‌ها می‌گردد. توجه به افزایش آگاهی، درک و نگرش مراقبت‌کننده، وی را در امر مراقبت تخصصی و کارآمد یاری داده و منجر به بهبود کیفیت مراقبت می‌شود. بنابراین با توجه به افزایش تعداد افراد کم توان ذهنی به دلایل مختلف، مثل بهبود کیفیت مراقبت‌ها، و این که اکثریت این افراد در خانواده مراقبت و نگهداری می‌شوند، افزایش دانش و نگرش مراقبین می‌تواند گامی مثبت جهت کمک به توان‌مندسازی مراقبین جهت مدیریت مشکلات کودک و مراقبت اصولی‌تر از آنان با هزینه کمتر و همچنین مکملی بر سایر برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی باشد که در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در کودکان کم توان ذهنی گردد.

### محدودیت‌ها

این پژوهش فقط بر روی مراقبین از کودکان کم توان ذهنی خفیف و متوسط انجام گرفته است بنابراین تعمیم‌پذیری آن به همه گروه‌های کم توان ذهنی باید با احتیاط صورت گیرد. زن بودن تمام مراقبین نیز می‌تواند محدودیت دیگر این مطالعه در تعامل دوطرفه به حساب آید. نبود ابزار استاندارد در این زمینه و محقق ساخته بودن ابزار یکی دیگر از محدودیت‌های این

### References

1. Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA, Borthwick-Duffy S, Bradley V, Buntinx WH. The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 2007; 45(2): 116-124.
2. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil* 2011; 32(2): 419-36.
3. Mitchell F, Melville C, Stalker K, Matthews L, McConnachie A, Murray H, Walker A, Mutrie N. Walk well: a randomised controlled trial of a walking intervention for adults with intellectual disabilities: study protocol. *BMC public health* 2013; 13(1): 620.
4. World Health Organization. World report on disability 2011. Geneva: WHO Press; 2011.
5. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Soc Sci Med* 2007; 64(4): 850-7.



6. Samuel P, Rillotta F, Brown I. Review: The development of family quality of life concepts and measures. *J Intellect Disabil Res* 2012; 56(1): 1-16.
7. Singer GH. Meta-Analysis of Comparative Studies of Depression in Mothers of Children With and Without Developmental Disabilities. *Am J Ment Retard* 2006;111(3): 155-69.
8. Maroufou JA, Blaise A, Didier L. Management of children with intellectual and developmental disability in an African setting. In: Tan U. latest findings in intellectual and developmental disabilities research. Croatia: InTech; 2012. pp. 45-76.
9. Thornton N, Hamiwka L, Sherman E, Tse E, Blackman M, Wirrell E. Family function in cognitively normal children with epilepsy: Impact on competence and problem behaviors. *Epilepsy Behav* 2008; 12(1): 90-5.
10. Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50(12): 874-82.
11. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang M-Y, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(1): 65-74.
12. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2008; 40(1): 25-31.
13. 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.
14. Coker TR, Rodriguez MA, Flores G. Family-centered care for US children with special health care needs: who gets it and why?. *Pediatrics* 2010; 125(6): 1159-67.
15. Dempsey I, Keen D. A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *A J Hammill Institute on Disabilities* 2008; 28(1): 42-52
16. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012; 16(2): 297-305.
17. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. In: Hughes RG. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. pp. 1-16
18. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar 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(1-2): 251-61.
19. Lakhan R, Sharma M. A study of knowledge, attitudes and practices (KAP) survey of families toward their children with intellectual disability in Barwani, India. *Asia Pac Dis Rehabil J* 2010; 21: 101-17.
20. Edelman CL, Mandle CL. Health promotion throughout the lifespan. Philadelphia: Mosby; 2010
21. Canadian Public Health Association. Public health-community health nursing practice in Canada: roles and activities. 4<sup>th</sup> ed. Ontario: Canadian Public Health Association; 2010.
22. Rosner C, Kiehne AM, James SR, Ashwill J. Study guide to accompany nursing care of children: principles and practice. Philadelphia: WB Saunders Company; 2002. p. 53
23. Salamati P, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M. Family education: Main strategy for community based rehabilitation. *J Rehabil* 2007; 7(3): 20-5.
24. 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.
25. Harris JC. Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
26. Lubkin IM, Larsen PD. Chronic Illness: Impact and Intervention. 8th ed. Jones & Bartlett: Learning; 2011.
27. Lindsay P. Care of the Adult with Intellectual Disability in Primary Care. 1st ed. Radcliffe: Publishing; 2011.
28. Rabiee A, Shahrivar Z. A pilot study on efficacy of group educational training on knowledge level, stress, anxiety and depression in parents of children with autistic disorder. *J Res Rehabil Sci* 2010; 7(1):1-8.
29. Irvani 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. *J Rehabil* 2011; 12(3): 44-52.

30. Friend AC, Summers JA, Turnbull AP. Impacts of Family Support in Early Childhood Intervention Research. *Educ Train Dev Disabil* 2009; 44(4): 453-70.
31. 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. *Q J Rehabil* 2009;10(3): 38-42.
32. Mann MB, Pearl PT, Behle PD. Effects of parent education on knowledge and attitudes. *Adolescence* 2004; 39(154): 355-60
33. Thengal N. Attitude of parents and family members towards their Mentally Retarded Children in Assam. *Int J Behav Soc Mov sci* 2013; 2(1): 196-210.

## The effect of group training on the knowledge and attitudes of caregivers of children with intellectual disability

Shirin Barzanjhe Atri<sup>1</sup>, Hossein Abdollahi<sup>\*</sup>, Mohammad Arshadi Bostanabad<sup>2</sup>, Mohammad AsghariJafarabadi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Having an intellectually disabled child imposes many physical, mental, and social problems on family and involves them in vulnerability. Carrying out appropriate interventions for improving the knowledge and creating favorable attitude can greatly support these families and arguably will give them a better life quality. This study aimed to determine the effect of group training on the knowledge and attitudes of caregivers of intellectually disabled children.

**Materials and methods:** This is a randomized controlled intervention which was conducted in Narges rehabilitation center of Miyaneh in 2013. 64 caregivers of 6-18 year-old children with intellectual disability were randomly divided into either intervention or control groups. 6 sessions of training were held for intervention group, but the control group didn't receive any intervention. Data were collected based on researcher-made questionnaires of knowledge and attitude at the beginning and at the end of study. Data were analyzed using such statistical tests as paired t-test, independent t-test and chi-square through the software SPSS version 21.

**Results:** No significant statistical difference was found between the average scores of two groups in caregiver's knowledge, attitude and behavior questionnaires at the first point before receiving intervention. However, 1.5 months after conducting the training sessions, the intervention group status improved notably and a significant difference was found between the rate of caregiver's knowledge and attitude before (8.54 2.80, 62.29 6.51) and after receiving intervention (72.57 3.76, 14.50 1.86) ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Group training for the caregivers of intellectually disabled children can lead to an increase in their knowledge and attitude which in turn might improve their function in caring tasks.

**Key Words:** Knowledge, Attitude, Intellectually disabled, Caregiver

**Citation:** Barzanjhe Atri SH, Abdollahi H, Arshadi Bostanabad M, AsghariJafarabadi M. **The effect of group training on the knowledge and attitudes of caregivers of children with intellectual disability.** J Res Rehabil Sci 2015; 10 (6): 786-800

Received date: 8/4/2014

Accept date: 4/12/2014

\* MSc Student of Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: hosseinabdollahims@gmail.com

1. Lecturer, Academic Member, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2. Lecturer, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Assistant Professor of Biostatistics, Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

## پرسش نامه تحقیق

## مشخصات کلی مراقب

۱. جنسیت: زن  مرد
  ۲. سن ..... سال
  ۳. سطح تحصیلات: بی سواد  ابتدایی  راهنمایی  دیپلم  دانشگاهی
  ۴. شغل: بیکار  کارمند  دانشگاهی  کارگر  نظامی  کشاورز  خانهدار  دانشجو
  ۵. آیا در خانواده فرزند کم توان دیگری نیز دارید؟ بلی  خیر
  ۶. نوع نسبت با کودک کم توان ذهنی: مادر  پدر  خواهر  برادر  سایر
- در صورتی که مادر کودک هستید لطفاً به سوال زیر جواب دهید:
۷. نوع نسبت با شوهر: سببی  نسبی (خویشاوندی)

## مشخصات کودک

۱. نوع کم توانی ذهنی؟ خفیف  متوسط
۲. سن: سال
۳. آیا کودک به مدرسه می رود؟ بلی  خیر
۴. اگر جواب بلی است چه نوع مدرسه‌ای؟ عادی  استثنایی  خصوصی
۵. سطح تحصیلات؟ ابتدایی  راهنمایی  دبیرستان

## پرسشنامه سنجش دانش

۱	کدامیک از گزینه های زیر در مورد عوامل موثر در ایجاد معلولیت ذهنی صحیح می باشد. الف) عوامل ارثی ب) عوامل قبل از زایمان ج) عوامل حین زایمان د) همه موارد
۲	آیا بیماری کم توانی ذهنی قابل درمان است. الف) بلی ب) خیر ج) نمی دانم
۳	کدامیک از گزینه های زیر در مورد مشکلات شایع افراد کم توان ذهنی صحیح می باشد. الف) صرع ب) یبوست ج) اختلال خوردن د) همه موارد
۴	کدام عبارت در مورد بیماری کم توانی ذهنی صحیح می باشد. الف) بیماری کم توانی ذهنی به معنای داشتن اختلال در مغز است. ب) بیماری کم توانی ذهنی یک بیماری عفونی است. ج) بیماری کم توانی ذهنی یک بیماری واگیر است. د) بیماری کم توانی ذهنی قابل درمان است.
۵	مهم ترین راه های پیشگیری از معلولیت را کدام مورد می دانید؟ الف) مشاوره قبل از ازدواج (مشاوره بعد از ازدواج)

	(ج) مشاوره حین زایمان (د) مشاوره بعد از تولد
۶	به نظر شما وقتی کودک دچار تشنج می شود چه اقدامی باید انجام داد. الف) خونسردی خود را حفظ کرد (ب) اطراف فردی را که در حال تشنج هست خلوت کرد (ج) به فرد تشنجی دارو خوراند (د) گزینه الف و ب صحیح می باشد
۷	برای پیشگیری از شروع تشنج ( در کودکی که سابقه تشنج دارد ) چه اقدامی مناسب می باشد. الف) دادن داروهای مصرفی در زمان مقرر (ب) معاینات منظم توسط پزشک (ج) داشتن فعالیت زیاد (د) مورد الف و ب درست می باشد
۸	جهت رفع بیبوست کودک کدام مورد را درست نمی دانید. الف) نوشیدن مایعات کافی (ب) کم کردن فعالیت فیزیکی (ج) تشویق به بازی کردن (د) خوردن میوه و سبزیجات
۹	از عوارض تغذیه ی نامناسب می باشد. الف) بیماریهای قلبی (ب) بیماری دیابت (ج) چاقی (د) همه موارد
۱۰	جهت جلوگیری از خشکی دهان در اثر مصرف داروهای تجویزی ، کدام اقدام صحیح است. الف) نوشیدن آب در طول روز (ب) خوردن نوشابه و آب میوه (ج) خوردن غذا در حجم زیاد (د) همه موارد درست می باشد
۱۱	از علایم بیبوست می باشد. الف) نفخ و ناراحتی شکم (ب) صرف زمان زیاد در توالی (ج) مورد الف و ب درست است (د) زیاد خوردن غذا
۱۲	چه عواملی باعث کم شدن آب بدن می شود. الف) اسهال (ب) سرازیر شدن آب دهان (ج) زیاد عرق کردن (د) همه موارد درست می باشد
۱۳	از علایم دیابت می باشد. الف) داشتن پرادراری (ب) پر خور بودن (ج) نوشیدن زیاد مایعات (د) همه موارد
۱۴	در مورد داروی انسولین چه می دانید. الف) این دارو باعث کاهش قند خون می شود (ب) این دارو باعث افزایش قند خون می شود (ج) این دارودر فردی که دچار دیابت می باشد استفاده می شود (د) مورد الف و ج درست است
۱۵	کدام یک از مواد زیربرای بهداشت دهان و دندان مناسبتر می باشد. الف) مسواک (ب) دهانشویه (ج) فلوراید (د) همه موارد
۱۶	عادات غذایی غلط کدامند.

	الف) استفاده کم از چربی ج) استفاده زیاد از تنقلات و شیرینی ب) استفاده زیاد از میوه و سبزیجات د) همه موارد درست می باشد
۱۷	برای جلوگیری از فرورفتن غذا به ریه ها چه اقدامی مناسب می باشد. الف) غذا خوردن در حالت نشسته ب) نوشیدن مایعات قبل از خواب ج) آرام غذا خوردن د) موارد الف و ج درست است
۱۸	بنظر شما بازی کردن چه اثراتی روی کودک شما دارد. الف) باعث بهتر شدن وضعیت کلی کودک می شود ب) باعث رشد کودک می شود ج) مورد الف و ب درست است د) باعث بدتر شدن وضعیت کودک می شود
۱۹	برای بالا بردن قدرت یادگیری فرزندتان کدام مورد صحیح می باشد. الف) مطالب و کارها را با تکرار آموزش داد ب) با زور و تنبیه او را وادار به یادگیری کرد ج) کار خاصی نمی توان انجام داد د) هیچ کدام درست نیست
۲۰	در مورد علایم کاهش قند خون کدام نادرست می باشد. الف) داشتن ضعف و خستگی ب) داشتن اختلال بینایی ج) کاهش ضربان قلب د) داشتن سردرد

## پرسشنامه سنجش نگرش

ردیف	سؤال	کاملاً موافق	موافق	تأخیری موافق	مخالف	کاملاً مخالف
۱	باور دارم معلولیت فرزندم یک امتحان الهی است.					
۲	احساس می کنم مراقبت از فرزندم مرا فرسوده کرده است.					
۳	داشتن فرزند معلول موجب کاهش ارتباط اعضای خانواده با خویشاوندان شده است.					
۴	معتقدم فرزندم می تواند در کارهای خانه به من کمک نماید.					
۵	من ، خودم را در ایجاد معلولیت فرزندم مقصر می دانم.					
۶	در رابطه با آینده فرزندم ، احساس نگرانی و اضطراب زیادی دارم.					
۷	شرکت در جمع گروه های همسال برای بهبود وضعیت فرزندم موثر می باشد.					
۸	باور دارم فرد معلول اگر بخواهد، می تواند در آینده ازدواج نماید.					
۹	بنظرم استفاده از مکان های ویژه ( مثل مدارس استثنایی، موسسه های مراقبت از افراد کم توان) برای تعلیم و تربیت فرزندم مفید می باشد.					
۱۰	باور دارم بخاطر داشتن فرزند معلول در برخورد با دیگران دچار اضطراب هستم.					
۱۱	احساس می کنم سازمان بهزیستی کمک های موثری را در برآورده کردن نیازهای فرزندم انجام می دهد.					
۱۲	به نظر من، مراقبت ها و حمایت های انجام شده از طرف سازمان های مسؤو ل کافی					

						نیست.	
						داشتن توکل در زندگی، تحمل مشکلات را راحت تر می کند.	۱۳
						داشتن فرزند معلول موجب کاهش فعالیت‌های اجتماعی من شده است.	۱۴
						قبل از تصمیم گیری برای حل مشکلات فرزندم، راه حل های مختلف را بررسی می‌کنم.	۱۵
						احساس می‌کنم دوستان و اطرافیان به دیده ترحم به من نگاه می‌کنند.	۱۶
						اطمینان دارم فرزندم می تواند از خود مراقبت نماید.	۱۷
						نسبت به داشتن فرزند معلول احساس گناه می‌کنم.	۱۸
						باور دارم اطلاعات لازم برای مراقبت از فرزندم را دارا هستم.	۱۹
						اعتقاد دارم با افزایش شدت معلولیت فرزندم ، از میزان توجه و علاقه ام نسبت به او کاسته می‌شود .	۲۰