



Investigating the Challenges Facing Mentally Retarded Adolescents in Acquiring Self-Empowerment Skills

Mitra Ataekachoei, Mohamadreza Falsafinejad[✉], Anahita Khodabakhshi koolae

Abstract

Background and Aim: Disability is a global phenomenon that has been discussed in all societies throughout history, so that 10% of the world's population is physically, mentally, psychologically, and socially disabled according to the World Health Organization (WHO). So, officials and macro-policymakers in the field of the disabled should provide appropriate conditions to promote the mental health of families with children with special disabilities by taking the necessary measures. Accordingly, this study was conducted to identify the challenges facing mentally retarded adolescents in acquiring self-empowerment skills. **Methods:** This is a qualitative study based on the nature of the data and a baseline study in terms of the type of theory. The statistical population included specialists and practitioners working in centers for the education and care of mentally retarded adolescents, mothers, and caregivers who were selected by purposive sampling in Tehran in 2019. Data were collected through semi-structured 35- to 45-minute interviews to reach saturation with 15 specialists and 10 mothers and caregivers. Data were analyzed by the method developed by Strauss and Corbin. **Results:** According to the results, the challenges in acquiring self-empowerment skills in mentally retarded adolescents could be classified as parental ignorance, rejection, economic, social, and family constraints, abuse/harassment, feelings of inadequacy, inefficiency, Inadequate professional and welfare support, social inequality, lack of enforcement of laws, lack of jobs concerning disability, educational malfunctions, and lack of qualified trainers. **Conclusion:** The results showed that a lack of awareness of the abilities and potentials of mentally retarded adolescents in acquiring self-empowerment skills creates challenges for them to achieve this goal. So, special attention should be paid to mentally retarded adolescents and careful consideration of the challenges they face in acquiring self-improvement skills. This can lead to solutions to increase their social skills, life skills, and self-empowerment.

Received: 22.05.2021

Revision: 08.08.2021

Acceptance: 27.08.2021

Keywords:

Challenges, Skills, Self-Empowerment, Mentally Retarded Adolescents

How to cite this article:

Ataekachoei, M.
Falsafinejad M.R.,
Kodabaskhi koolae, A.
Investigating the Challenges
Facing Mentally Retarded
Adolescents in Acquiring
Self-Empowerment Skills.
*Bi-Quarterly Journal of
studies and psychological
news in
adolescents and youth*, 2022,
2(2): 11-31

Article type

Original research

1. Mitra Ataekachoei, Master of Rehabilitation Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, **2. Mohamadreza Falsafinejad**, Associate Professor, Measurement Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran, **3. Anahita Khodabakhshi koolae**, Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Khatam University, Tehran, Iran

[✉] Correspondence related to this article should be addressed to **Mohamadreza Falsafinejad**, Master of Psychology, Department of Exceptional Children, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Iran

Email: falsafinejad@yahoo.co.uk

مطالعه چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی

میترا عطایی کچویی، محمدرضا فلسفی نژاد[✉]، آناهیتا خدابخشی کولایی

چکیده	<p>دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۱ اصلاح مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۱۷ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۶/۰۵</p>
<p>زمینه و هدف: ناتوانی پدیده ایست جهانی که در طول تاریخ و در همه جوامع مطرح بوده و است به گونه‌ای که بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی ۱۰ درصد از جمعیت جهان را ناتوانان جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی تشکیل می‌دهند؛ بنابراین بر متولیان و سیاستگذاران کلان حیطه کم‌توانی افراد ناتوان است که با اتخاذ تدابیر لازم بسترهای مناسبی را جهت ارتقاء سلامت روحی و روانی خانواده‌های دارای فرزندان با کم‌توانایی‌های ویژه را فراهم آورند. از این رو هدف پژوهش شناسایی چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی بود. روش پژوهش: این پژوهش بر اساس ماهیت داده‌ها کیفی و از نوع نظریه مینا است. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، متخصصان و دست‌اندرکاران شاغل در مراکز آموزشی و نگهداری نوجوانان کم‌توان ذهنی، مادران و مراقبین که به‌صورت هدفمند در سال ۱۳۹۸ از شهر تهران انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات پژوهش از طریق مصاحبه ۳۵ تا ۴۵ دقیقه‌ای نیمه ساختاریافته انجام شد و با ۱۵ متخصص و کارشناس و ۱۰ مادر و مراقب به اشباع رسید. اطلاعات پژوهش با روش استرواس و کوربین تحلیل شدند. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که چالش‌های موجود در کسب مهارت‌های خودتوانمندی در نوجوانان کم‌توان ذهنی را می‌توان در قالب موضوعات ناآگاهی والدین، عدم پذیرش، محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی - سوء رفتار / آزاردیدگی، احساس بی‌کفایتی، ناخودکارآمدی، حمایت‌های ناکافی تخصصی و رفاهی، نابرابری اجتماعی، عدم ضمانت اجرایی قوانین، نبودن مشاغل مرتبط با ناتوانی، کژ کارکردی های آموزشی و کمبود مربیان خبره دسته‌بندی کرد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، عدم آگاهی و اطلاعات بسیار کم در خصوص شناخت توانایی‌ها و پتانسیل‌های بالقوه این عزیزان در کسب مهارت‌های خودتوانمندی باعث ایجاد چالش‌های موجود بر سر راه این عزیزان برای رسیدن به این هدف شده است؛ از این رو توجه ویژه به نوجوانان کم‌توان ذهنی و بررسی دقیق چالش‌های پیش رو در جهت توانمند شدن و کسب مهارت، حائز اهمیت است که می‌تواند منجر به راهکارهایی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی و در کل خودتوانمندی آنان شود.</p>	<p>واژه‌های کلیدی: چالش‌ها، مهارت‌ها، خودتوانمندی، کم‌توان ذهنی</p>
نحوه ارجاع دهی به مقاله:	<p>عطایی کچویی، م.، فلسفی نژاد، م.ر.، خدابخشی کولایی. آ (۱۴۰۰). مطالعه چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی. <i>دوفصلنامه مطالعات و تازه‌های روان‌شناختی نوجوان و جوان</i>، ۱۱-۳۱: (۲)۲</p>
نوع مقاله:	<p>پژوهشی اصیل</p>
<p>۱. میترا عطایی کچویی، کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ ۲. محمدرضا فلسفی نژاد، دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، ۳. آناهیتا خدابخشی کولایی، دانشیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران</p>	
<p>✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به محمدرضا فلسفی نژاد، دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران می‌باشد.</p>	
<p>پست الکترونیکی: falsafinejad@yahoo.co.uk</p>	

مقدمه

بر اساس تعریف انجمن آمریکایی ناتوانی‌های ذهنی و تحولی، مبتلایان به کم‌توانی ذهنی محدودیت‌هایی در هر دو کارکرد شناختی و انطباقی شامل ارتباط، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های خودکنترلی و خودکارکردی و مهارت‌های زندگی مستقلانه دارند (شالوک، بورتویک-دافی، بانتینکس، کالتر و کرایگ^۱، ۲۰۱۳). کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی دشواری‌هایی در حوزه‌های شناختی دارند (ادیب، فتحی آذر و شفیعی سورک، ۱۳۹۵)؛ توصیف این افراد اغلب با بیان مشکلات تحصیلی و اختلالات یادگیری، تفکر انتزاعی و حل مسئله صورت می‌گیرد (سوئنن، ون برکرلر-اونس و شالت^۲، ۲۰۰۹). آن‌ها رشد شناختی و پردازش اطلاعات تأخیری را نشان می‌دهند، حافظه کوتاه‌مدت و حافظه کاری محدودی دارند (لیفشیتز، اشتاین، وایس و واکیل^۳، ۲۰۱۱) و با مسائل تمرکز و دقت انتخابی به‌ویژه هنگامی که تقاضاهای یک تکلیف یا تعداد تکالیف افزایش می‌یابد، مواجه می‌شوند (ون نیوونهایجنز، ورینس، اسچپیماکر، اسمیت و پورتون^۴، ۲۰۱۱). این افراد از خودپنداره تحصیلی کم و توانایی محدودی در انجام مهارت‌های خودکارآمد و مهارت‌های خودتنظیمی به خصوص در ارتباط با حفظ تلاش و پایداری تا انجام کار برخوردار هستند (مک‌اینتری، بلاچر و باکر^۵، ۲۰۱۲). همچنین، خودانگیزی پایین‌تری نسبت به همسالان خود دارند و کمتر در طرح‌ریزی به سمت یک هدف تعیین شده داخل می‌شوند و تکانشی‌تر عمل می‌کنند (وایلووی و نادر-گروسبویس^۶، ۲۰۰۸).

اگر چه بیشترین توجه به کارکردهای شناختی داده می‌شود و در واقع، این کارکردها در عمل ملاک انتخاب است، اما کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی با چالش‌هایی در حوزه‌های اجتماعی-هیجانی و رفتاری مواجه هستند؛ از

این رو اتخاذ چشم‌انداز یا نظریه ذهنی، توانایی دیدن جهان از دریچه چشمان دیگری، در این افراد رشد نیافته است (لبرت، سایپرستاین و ویدمان^۷، ۲۰۱۰). این کودکان در تفسیر موقعیت‌ها به خصوص موقعیت‌های اجتماعی و فهم نیت دیگران به‌ویژه هنگام مواجهه با اطلاعات پیچیده و متناقض، عملکرد ضعیفی دارند و در کسب مهارت‌های شناختی-اجتماعی مانند کارکردهای هماهنگ‌ساز و اتخاذ چشم‌انداز مناسب با دشواری‌های جدی مواجه هستند (وستندورپ، هاون، هارتمن و ویسچر^۸، ۲۰۱۴).

در واقع، این افراد را می‌توان با فقدان مهارت‌های اجتماعی مناسب بازشناخت (ون نیوونهایجنز، دی‌کاسترو، ویجنروکس، ورمیر، ماتیس^۹، ۲۰۰۹). فقدان مهارت‌هایی مانند مهارت‌های حرکتی ضعیف‌تر، پرخاشگری، سلطه‌پذیری، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکاری، افسردگی و اضطراب بیشتر نسبت به نسبت به همسالان با بهنجار، از جمله دیگر ویژگی‌های گزارش شده در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی است (ون نیوونهایجنز و همکاران، ۲۰۱۱؛ دوما، دکر، دی‌رایتر، تایک و کوت^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ والاندر، دکر و کوت^{۱۱}، ۲۰۱۳؛ اینفلد، پیسینی، ماکینون، هافر، تافی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۶؛ وایت، چانت، ادواردز، تاونسند و واگهورن^{۱۳}، ۲۰۰۵).

افزون بر آن، مشکلات کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی دامن والدین و خانواده را هم می‌گیرد؛ به طوری که تعاملات ناپخته این کودکان و نوجوانان و گاهی رفتار ضداجتماعی آن‌ها موجب فشار بر خانواده می‌شود و روابط اجتماعی آن را متأثر می‌سازد (باکلی، بیرد و ساکس^{۱۴}، ۲۰۱۲). کم‌توانی ذهنی فرزندان، پیش‌بینی مطمئنی برای سطح فشار روانی و تعارض موجود در روابط زناشویی است؛ به طوری که اعضای خانواده بر مبنای ارتباطشان با فرد کم‌توان ذهنی، دشواری‌های مرتبط با کم‌توانی را

8. Westendorp, Houwen, Hartman, Visscher
9. de Castro, Wijnroks, Vermeer, Matthys
10. Douma, Dekker, de Ruiter, Tick, Koot
11. Wallander, Dekker, Koot
12. Einfeld, Piccinin, Mackinnon, Hofer, Taffe, Gray
13. White, Chant, Edwards, Townsend, Waghorn
14. Buckley, Bird, & Sacks

1. Schalock, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig
2. Soenen, Van Berckelaer-Onnes, Scholte
3. Lifshitz, Shtein, Weiss, Vakil
4. van Nieuwenhuijzen, Vriens, Scheepmaker, Smit, Porton
5. McIntyre, Blacher, Baker
6. Vieillevoeye, Nader-Grosbois
7. Leffert, Siperstein, Widaman

بزرگ‌تر می‌شود. این افراد به‌احتمال بیشتری توسط دیگران آزار دیده، مورد تمسخر واقع شده و یا طرد می‌شوند (جاهودا و مارکوا، ۲۰۱۰)؛ برجسب کم‌توانی، ننگ اجتماعی که افراد کم‌توان ذهنی در تعاملاتشان با دیگران تجربه می‌کنند، زاییده همین قوانین و فرهنگ عمومی است؛ این تجربه به‌اندازه‌ای دردناک است که برخی از این افراد را به تلاش برای مخفی کردن ناتوانی خود وادار می‌کند (وایت و همکاران، ۲۰۰۵).

از این رو، جستجو برای یافتن پژوهشی در کشور که به شناسایی مشکلات و چالش‌های کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی پرداخته باشد، بی‌نتیجه ماند. تنها در چند بررسی عملکرد دو گروه عادی و کم‌توان ذهنی در مقوله‌های مشخصی مقایسه شده بود. به‌عنوان مثال، پورآقا رودبرده، کافی، کریمی علی‌آباد و دل‌آذر (۱۳۹۱) از مشکلات بیشتر کودکان ۷ تا ۱۵ ساله کم‌توان ذهنی در مؤلفه‌های جماندگی عملکردی، انعطاف‌پذیری ذهن و کنش‌های اجرایی و صدرالسادات، شمس‌اسفندآبادی و امامی‌پور (۱۳۸۱) از عملکرد پایین‌تر کودکان ۷ تا ۱۸ ساله این گروه در حوزه‌های رفتار انطباقی شامل عملکرد مستقل، رشد زبان، فعالیت شغلی-پیش‌شغلی، خودفرمانی، مسئولیت‌پذیری، اجتماعی شدن، هم‌نوایی کردن و قابل اعتماد بودن نسبت به همسالان خبر دادند و یا ادیب و همکاران (۱۳۹۵) پس از مصاحبه با خانواده‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی به درون‌مایه‌های «آسیب‌های خانوادگی (خانواده گسیخته و بیماری در خانواده)، ناراحتی‌های جسمانی (بیماری و بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی)، بدرفتاری با نوجوان، آسیب‌های روان‌شناختی (اضطراب، احساس گناه و خودکنترلی ضعیف)، نگرانی از آینده (نگرانی از امنیت خود در آینده و نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه‌ای)، تحصیل در مدرسه استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران» دست یافت؛ از این رو، دانسته‌های به دست آمده از ویژگی‌های این افراد که به شکل سنتی محصول ارزیابی‌های والدین، مربیان و مراقبین است، در شناسایی و برآوردن نیازهای آن‌ها توفیق‌چندانی نداشته است. برخلاف استفاده

تجربه می‌کنند و رابطه نزدیکی میان تجربه داغ و درماندگی در والدین وجود دارد (شاین و نهان، ۲۰۰۹). نرخ مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی حتی تا ۴ برابر بیشتر از همسالان با هوش خفیف‌تر و همسالان بهنجار گزارش شده است (جاهودا و مارکوا، ۲۰۱۰) و این مشکلات تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (شالوک و همکاران، ۲۰۱۳). میزان شیوع کم‌توانی ذهنی بین ۱ تا ۳ درصد کل جمعیت برآورد شده است (اخواست، بهرامی، پورمحمدرضای تجریشی و بیگلریا، ۱۳۸۸) و بیشتر افرادی که با کم‌توانی ذهنی شناسایی می‌شوند در طبقه کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر قرار می‌گیرند؛ این کودکان با مشکلات ذهنی و رفتاری بسیاری از جمله: ناتوانی در یادگیری، مشکلات شخصیتی و نقص در رفتار سازشی مواجه‌اند (علوی، پاکدامن ساوجی و امین، ۲۰۱۳). پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد حدود ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود نوعی اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص را تجربه می‌کنند، اما تنها ۷۰ تا ۸۰ درصد آن‌ها شناسایی و مداخله مناسب را دریافت می‌کنند؛ این اختلال‌ها به نقص در عملکرد تحصیلی و خانوادگی منجر می‌شود و در نهایت می‌تواند به افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه ختم شود (ارجمندنیا، یعقوب‌نژاد و مدیرخانی، ۱۳۹۵). بر اساس آمار تأیید شده سازمان‌های بین‌المللی از جمله یونسکو، تعداد افرادی که از نظر تفاوت‌های محسوس فردی به برنامه‌های آموزش ویژه‌ای نیاز دارند، در هر جامعه‌های ۱۰ تا ۱۵ درصد هستند (گرشام، وانس، ایوت و کوک، ۲۰۱۱).

علاوه بر آن، قوانین و فرهنگ حاکم بر جامعه نیز مسبب دسته‌دگیری از مشکلات برای کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی است؛ جداسازی آموزشی، تعداد اندک فرصت‌های استخدامی، فقدان خدمات شایسته و درمان افتراقی در بیمارستان‌ها تنها نمونه‌ای از موارد تبعیض علیه این افراد است (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵). رفتارهای تبعیض‌آمیز، منجر به فقدان ورود و پذیرش اجتماعی و خودتوانمندی‌سازی در این افراد در جوامع محلی و جوامع

گسترده از اندازه‌های بیان شده توسط دیگران، این گزارش‌ها در خصوص وضعیت درونی شخص مبتلا به کم‌توانی ذهنی مشکوک به بی‌دقتی است. وضعیت درونی همواره از رفتار مشخص نیست و اغلب توافق کمی بین اندازه‌های خود گزارشی و گزارش‌های دیگران وجود دارد. جهت تدارک مراقبت صحیح، آموزش مناسب و هدایت استعداد‌های این افراد، باید مشکلات و نیازهای واقعی آن‌ها را شناخت و برای این منظور اندازه‌های گزارش‌های متخصصین، مربیان، مراقبین و دست‌اندرکاران مناسب‌تری دارد (ارجمندنیا و همکاران، ۱۳۹۲). از یکسو، وجود مشکلات رفتاری و اهمیت آموزش مهارت‌های خودتوانمندساز و از سوی دیگر، وجود تناقض‌های موجود در پیشینه پژوهشی باعث شد پژوهش حاضر در زمینه کشف و شناسایی چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندسازی صورت گیرد؛ از این رو، ما را بر آن داشت تا با توجه به چالش‌های موجود، درصدد راه احصاء این توانمندی‌ها پرداخته و با اولویت افزایش توانایی جسمانی با استفاده از خدمات کار درمانی و درمان‌های پزشکی و پس از آن افزایش مهارت‌های شناختی و انطباقی که شامل ارتباط و تعامل صحیح با دیگران، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های خودکنترلی و خودکارآمدی و مهارت‌های زندگی مستقلانه، مسئولیت‌پذیری، توانایی استفاده از فرصت‌های برابر اجتماعی و آموزشی و شغلی که حاصل آن رفع نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه‌ای و دست یافتن این عزیزان به یک استقلال نسبی با کمترین وابستگی برای ادامه یک زندگی عاری از اضطراب و تشویش و با اعتماد به نفس بالا در جهت رسیدن به خودتوانمندی می‌باشد که در این راستا نقش خانواده‌ها، مادران و مراقبین و مراکز آموزشی بسیار پر اهمیت می‌باشد (پورآقا رودبرده و همکاران، ۱۳۹۱). خانواده‌ها و مخصوصاً مادران و مراقبین با پذیرش این فرزندان به عنوان یک انسان که حق استفاده از فرصت‌های برابر با دیگر اعضای خانواده را دارد و تلاش در جهت قرار دادن این عزیزان در روند توانمندسازی، مهارت‌آموزی و استفاده از خدمات مراکز آموزشی و

تحصیلی، حرفه‌آموزی، آموزش مهارت‌های زندگی روزمره و همچنین نهادها و ارگانهای دولتی و موسسات غیر دولتی با ارائه خدمات بهینه با هزینه کمتر به این عزیزان و اجرای قوانین مربوط به حمایت از افراد دارای معلولیت می‌توانند قدم‌های مؤثری در رسیدن به خودتوانمندی این عزیزان بردارند و جوامع هم باید در نگرشی هم‌سو و حقیقت‌نگر، علاوه بر توانمندی و کارآمدی بالقوه معلولین می‌بایست تعهدات و قوانین مرتبط با آنها را هم بپذیرند و اقداماتی مؤثر در رفع موانع حضور و بروز توانمندی معلولین در جامعه به انجام رسانند؛ در همین راستا، هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در راستای کسب مهارت‌های خودتوانمندسازی است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ گردآوری داده‌ها از نوع کیفی است و بر اساس نظریه مبنا صورت گرفته است. پژوهش کیفی عبارت است از فعالیت‌هایی (همچون مشاهده، مصاحبه، شرکت گسترده در فعالیت‌های پژوهشی) که هر کدام به نحوی محقق را در کسب اطلاعات دست اول درباره موضوع مورد پژوهش یاری می‌دهند بدین ترتیب، از اطلاعات جمع‌آوری شده، توصیف‌های تحلیلی، ادراکی و طبقه‌بندی شده حاصل می‌شود. در روش مورد بحث دسترسی به اطلاعات یعنی زندگی کردن با مردم مورد پژوهش یادگیری فرهنگ آن‌ها - از جمله مبانی ارزشی، عقیدتی و رفتاری - زبان و تلاش برای درک احساسی، انگیزش‌ها و هیجان‌های آن‌ها، پژوهش کیفی، رفتار اجتماعی را به این دلیل ادراک می‌کند که خود را به‌جای دیگران قرار می‌دهد (استرواس، ۱۳۹۰). منطق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب موارد غنی از اطلاعات است؛ یعنی مواردی که پژوهشگر از طریق آن‌ها می‌تواند اطلاعات فراوانی را درباره موضوع‌های اساسی مربوط به مسئله و هدف پژوهش به دست آورد. بر اساس این منطق در نمونه‌گیری مشارکت‌کنندگانی انتخاب شدند که بیشترین همکاری و مشارکت را داشتند و می‌توانستند بیشترین اطلاعات را در اختیار پژوهشگر قرار

برای این منظور پژوهشگر ابتدا به تدوین فرم مصاحبه می‌پردازد. این فرم شامل عنوان طرح تحقیق، زمان مصاحبه، تاریخ و محل مصاحبه می‌باشد. در ابتدای این فرم خلاصه‌ای از هدف طرح تحقیق ذکر می‌گردد و مصاحبه‌گر با قرائت آن برای مصاحبه‌شونده او را در جریان هدف تحقیق قرار می‌دهد. پس از آن هر یک از سؤال‌های مصاحبه به ترتیب ذکر می‌شوند. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل شرکت‌کنندگان ۳۰-۴۵ دقیقه خواهد بود. همه مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط کلمه به کلمه نوشته می‌شود. برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام علمی یافته‌ها^۱ در تحقیق کیفی است، درگیری طولانی مدت محقق^۲ و تماس و ارتباط او با مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع نیز اعتبار داده‌ها را افزایش می‌دهد. همچنین از روش‌های مقبولیت داده‌ها^۳ با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان^۴ جهت رفع هرگونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده می‌شود (سیدمن، ۱۳۹۴). برای این منظور، پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری را در اختیار آنان قرار می‌دهد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های مشارکت‌کنندگان دست یابد.

روش اجرا

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌های انفرادی با روش مصاحبه رو در رو اطلاعات جمع‌آوری گردید. حداقل زمان مصاحبه ۳۵ دقیقه و حداکثر ۴۵ دقیقه بود؛ که به دلیل شرایط مصاحبه‌شوندگان، زمان مصاحبه متغیر بود و در مجموع ۶۷۵ دقیقه مصاحبه اجرا شد. مصاحبه‌ها از اول مهر تا پایان آبان ماه به طول انجامید. در ابتدای مصاحبه، مصاحبه‌گر به معرفی خود و موضوع پژوهش پرداخته و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که محتوای مطالب مصاحبه محرمانه می‌ماند. مهم در پاسخگویی، بیان نظرات خود مصاحبه‌کننده است و نه آنچه جامعه انتظار آن را دارد. با کسب اجازه از شرکت‌کنندگان مصاحبه ضبط گردید. اطلاعات

دهند. حجم نمونه نیز بر اساس اشباع نظری پرسش‌های پژوهش تعیین شد؛ اشباع نظری زمانی اتفاق می‌افتد که پژوهشگر به این نتیجه برسد که در یک مرحله از کار به مفاهیم و پاسخ‌های مشابه دست یافته است (ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰). در این پژوهش با هدف گردآوری اطلاعات، مصاحبه‌های مختلفی از مادران و متخصصان و دست‌اندرکاران شاغل در مراکز آموزشی و نگهداری نوجوانان کم‌توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ انجام شد. پس از انجام دادن ۱۰ مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته با مادران و ۱۵ مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته با متخصصان و دست‌اندرکاران، اشباع نظری حاصل شد. لازم به ذکر است که ملاک ورود مادران و متخصصان و دست‌اندرکاران به گروه نمونه، تمایل به شرکت در پژوهش، دادن اطلاعات کافی و معتبر به پژوهش، تجربه کار با این کودکان و ملاک خروج شامل عدم تمایل وی به ادامه بود. در تهیه پرسش‌های مصاحبه تلاش بر این بود که پرسش‌های مطرح شده تا حد امکان مشکلات اصلی در جهت شناسایی مشکلات و چالش‌های خودتوانمندی این نوجوانان را منعکس کند و در عین حال به مسائل خصوصی زندگی آن‌ها خیلی وارد نشدیم و پرسش‌ها به گونه‌ای نبود که موجب حساسیت و امتناع از پاسخگویی شرکت‌کنندگان شود. «از نظر اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی با چه چالش‌هایی روبرو هستند؟» «مربیان آموزشی آن‌ها در این راستا از چه ویژگی‌های شخصیتی، تحصیلی، روانی و ... باید برخوردار باشند» و «از نظر ساختاری و سازمانی، نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی با چه چالش‌هایی روبرو هستند» از جمله پرسش‌هایی بود که در جریان مصاحبه پرسیده شدند.

ابزار پژوهش

۱. **مصاحبه نیمه ساختاریافته:** فرم مصاحبه نیمه ساختاریافته شامل پرسش‌های باز برای بررسی عوامل و شناسایی چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی خواهد بود.

کردند، پرداخت. مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود که در مجموع ۶۷۵ دقیقه طول کشید. در این مدت به دلیل اشباع با ۱۰ مادر و ۱۵ متخصص و دست‌اندرکار، مصاحبه صورت گرفت. این مطالعه به مدت ۴۵ روز به طول انجامید. مفاهیم استخراج شده از اطلاعات محقق را به سمت شرکت‌کنندگان بعدی که می‌توانستند اطلاعات بیشتری در رابطه با مفاهیم در حال ظهور به وجود بیاورند هدایت نمود. انتخاب نمونه، جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل اطلاعات تا زمان اشباع نظری که محقق به اطمینان رسید که تم جدیدی ظهور نیافته و توصیف عمیق تجربه ادامه یافت که در مصاحبه ۱۵ متخصص توان بخشی بود. مطابق با رویکرد نظام‌دار اشتراک و کوربین، طی فرایندی منظم و در عین حال مداوم از مقایسه داده‌ها، اطلاعات مورد تحلیل قرار گرفتند؛ برای این کار از فرایند سه مرحله‌ای، کدگذاری باز^۱، کدگذاری محوری^۲ و کدگذاری انتخابی استفاده شد (سالدانیا، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، ابتدا متن مصاحبه پیاده‌سازی شد و سپس مفاهیم و مضامین موجود در آن‌ها کدگذاری و استخراج شود. کدگذاری بر اساس متن مصاحبه‌ها به دو روش انجام گرفت در سطح کدگذاری باز، محقق خط به خط پاسخ‌ها را بازنگری و مفاهیم اصلی را استخراج کرد و سپس با کدگذاری محوری (طبقه‌بندی مفاهیم مشابه) کدهای اولیه را به طبقاتی تحلیل کرد، در این مرحله محقق داده‌های کدگذاری شده را با یکدیگر مقایسه کرد و خوشه‌ها و کدهایی که با هم تناسب دارند را استخراج نمود.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران و همچنین متخصصان و دست‌اندرکاران شاغل در مراکز کم‌توان ذهنی مانند جنسیت، سن، تحصیلات، تجربه کاری و پست سازمانی ارائه شده است.

دموگرافیک که شامل سن، تحصیلات، مدت زمان اشتغال، نوع مصاحبه ثبت گردید. استفاده از پاسخ‌های کوتاه برای جلوگیری از جهت‌دهی به سخنان مصاحبه‌شونده و تداوم مصاحبه کمک‌کننده است. در آخر یا سؤال اگر حرف یا صحبتی مانده که بخواهیم مطرح کنید می‌توانید عنوان نمایید، مصاحبه‌ها به پایان رسانیده شد. مصاحبه‌ها به‌صورت ضبط‌شده بعد از پایان مصاحبه بر روی کاغذ آورده شد و به‌صورت مکتوب آماده کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. پس از اتمام هر مصاحبه، پژوهشگر دو بار به آن‌ها گوش کرده و پس از آن متن مکالمات به‌صورت کتبی درآمد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش استراوس و کوربین استفاده شد که شامل خواندن یافته‌های مهم و هم احساس شدن با افراد شرکت‌کننده به‌منظور درک افراد و استخراج جملات مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج شده، دسته‌بندی مفاهیم و فرمول‌های به دست آمده، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه، توصیف پدیده مورد مطالعه و در نهایت بازگردانی توصیف پدیده‌ها به شرکت‌کنندگان جهت بررسی اعتمادپذیری نتایج به دست آمده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از رویکرد نظریه مبنا استفاده شد. معمولاً کسانی که با روش نظریه مبنا کار می‌کنند از روش استراوس و کوربین برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. تجربیات متخصصان و دست‌اندرکاران از طریق مصاحبه با آن‌ها شناسایی و به‌منظور دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای اعتبار پذیری مورد توجه و استفاده قرار گرفت و با مراجعه‌ی مجدد به شرکت‌کنندگان و بررسی نظرات آن‌ها و نیز مشخص کردن هر چه واضح تر مراحل چگونگی فرایند به‌منظور سهولت در بررسی و درک توسط دیگران به این مهم پرداخته شد تا از اعتبار و صحت مطالعه هر چه بیشتر اطمینان حاصل شود. با مراجعه‌ی حضوری و گرفتن تائید برای همکاری از طرف ای متخصصان و دست‌اندرکاران، پژوهشگر به مصاحبه حضوری با نفراتی که اعلام همکاری

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی متخصصین و دست‌اندرکاران				
ردیف	جنسیت	تحصیلات	پست سازمانی	تجربه کاری
۱	مرد	دکتری	کارشناس توانبخشی معلولان حسی	۱۷ سال
۲	زن	فوق لیسانس	کارشناس توانبخشی معلولان ذهنی	۲۵ سال
۳	زن	فوق لیسانس	کارشناس مسئول توانبخشی معلولان ذهنی	۲۰ سال
۴	زن	دکتری	کارشناس توانبخشی اوتیسم	۱۷ سال
۵	زن	فوق لیسانس	کارشناس توانبخشی معلولان ذهنی	۲۰ سال
۶	مرد	فوق لیسانس	کارشناس توانبخشی بیماران روانی مزمن	۲۵ سال
۷	مرد	فوق لیسانس	کارشناس مسئول توانبخشی معلولان	۳۰ سال
۸	مرد	فوق لیسانس	مدیر کل سابق دفتر توانبخشی معلولان	۲۵ سال
۹	مرد	دکتری	مدیرعامل انجمن توانبخشی غیر دولتی	۲۵ سال
۱۰	زن	فوق لیسانس	کارشناس توانبخشی معلولان جسمی حرکتی	۲۹ سال
۱۱	مرد	فوق لیسانس	کارشناس مسئول توانبخشی معلولان	۲۱ سال
۱۲	مرد	فوق لیسانس	کارشناس توانبخشی معلولان	۲۸ سال
۱۳	مرد	دکتری	کارشناس مسئول مراکز حرفه‌ای معلولان	۲۶ سال
۱۴	زن	فوق لیسانس	معاون دفتر توانبخشی	۲۷ سال
۱۵	مرد	فوق لیسانس	مدیر کل دفتر توانبخشی	۲۹ سال

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، ۹ نفر از مصاحبه‌شوندگان ۵۲/۵۷ سال و انحراف استاندارد ۷/۵۵ مصاحبه‌شوندگان مرد و ۶ نفر زن بودند. میانگین سن بود.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران نوجوانان کم‌توان ذهنی							
ردیف	سن مادر	تحصیلات مادر	اشتغال	وضعیت تاهل	سن فرزند معلول	نوع معلولیت	وضعیت اقتصادی
۱	۶۹	زیردیپلم	خانه دار	متاهل	۱۸	ذهنی و جسمی	خوب
۲	۵۷	زیردیپلم	خانه دار	بیوه	۱۶	ذهنی و جسمی	خوب
۳	۴۵	زیردیپلم	خانه دار	مطلقه	۱۳	سندرم داون	ضعیف
۴	۵۴	زیردیپلم	خانه دار	مطلقه	۱۷	سندرم داون	ضعیف
۵	۴۷	زیردیپلم	خانه دار	مطلقه	۱۸	ذهنی	ضعیف
۶	۴۸	زیردیپلم	خانه دار	متاهل	۱۹	ذهنی و جسمی	متوسط
۷	۵۱	لیسانس	کارمند	متاهل	۱۶	سندرم داون	متوسط
۸	۳۸	دیپلم	خانه دار	مطلقه	۱۷	ذهنی	ضعیف
۹	۴۸	زیردیپلم	خانه دار	متاهل	۱۶	ذهنی	ضعیف
۱۰	۵۰	لیسانس	کارمند	متاهل	۱۱	سندرم داون	خوب

میانگین سن مادران ۴۸/۶۳ سال و انحراف استاندارد ۴/۷۸ بود و میانگین سن فرزند معلول ۱۶/۱۰ و انحراف استاندارد آن ۱/۶۴ بود؛ ۷ مادر دارای مدرک زیر دیپلم، یک مادر دارای مدرک دیپلم و ۲ مادر نیز دارای مدرک لیسانس بودند. دو مادر شاغل و ۸ مادر خانه‌دار بودند. سؤال کیفی: چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی کدم‌اند؟

کننده این عنوان تا حدود زیادی به مفهوم جملات پی برود (ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر برای انجام کدگذاری باز از روش تحلیل سطر به سطر استفاده گردید. داده‌ها در این روش، عبارت به عبارت و گاه کلمه به کلمه مورد مطالعه دقیق قرار گرفت. بدین منظور کدگذاری با نوشتن مفاهیم در حاشیه متن داده‌ها (مصاحبه‌ها) صورت گرفت. در این مرحله از کدگذاری باز، نام‌گذاری مفاهیم بدون هیچ‌گونه محدودیتی از لحاظ تعداد کدها صورت گرفت. مفاهیم مشابه مشخص شد و سپس در کنار هم در یک گروه جای گرفت. در حقیقت، با اتمام مفهوم‌سازی داده‌ها، مفاهیم مشابه در یک کد خاص گروه‌بندی شدند.

کدگذاری محوری: کدگذاری محوری فرایند مرتبط کردن کدها به کدهای فرعی است. بدین ترتیب، در این مرحله از تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از یادداشت‌های تحلیلی، کدها به کدهای اصلی و کدهای فرعی دسته‌بندی می‌شوند. کدهای فرعی به کدها یا پدیده‌ها، قدرت تبیین و توضیح بیشتری می‌دهند (سیدمن، ۱۳۹۴).

کدگذاری گزینشی: در مرحله کدگذاری گزینشی، بعد از بارها مطالعه و رفت و برگشت‌هایی که میان داده‌ها و مفاهیم و کدها و کدها صورت گرفت، یک کد بیش از همه در داده‌ها و مصاحبه‌ها خود را نمایان ساخت. این کد که کد مرکزی یا هسته‌ای مطالعه حاضر است با عنوان کسب مهارت به‌عنوان پدیده محوری در قلب محورهای دیگر در الگوی پارادایم قرار گرفت. علت انتخاب این عنوان این است که همه مفاهیم و کدها به‌نوعی به آن اشاره می‌کرد، به‌طوری که بر مبنای پدیده محوری و کدگذاری محوری، چالش‌های کسب مهارت‌های خودتوانمندساز در نوجوانان کم‌توان ذهنی در مرحله کدگذاری گزینشی استخراج شد. مدل مؤلفه‌های پارادایمی کدگذاری محوری در شکل ۱ ارائه شده است.

به‌منظور شناسایی چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی از روش تحقیق کیفی نظریه مینا استفاده شده است. در این روش، محقق علاقه‌مند به تولید نظریه، مدل و یا چارچوب مفهومی است؛ به‌خصوص زمانی که در زمینه پدیده مورد مطالعه اطلاع کافی وجود ندارد این رویکرد یک روش‌شناسی عمومی برای توسعه نظریه بر اساس گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها بوده و در طول فرایند تحقیق ساخته و پرداخته می‌شود (اشتراوس و کوربین، ۱۳۹۰). با توجه به اینکه جستجوهای پژوهش‌گر نشان‌دهنده آن است که در زمینه چالش‌های کسب مهارت‌های خودتوانمندساز، مدلی تدوین شده مبتنی بر دانش بومی و بافتی یافت نشد و همچنین در نظر داشتن اینکه از بین روش‌های کیفی روشی که کمک می‌کند تا مدلی از داده‌ها استخراج گردد، روش نظریه داده بنیاد است، پس از میان تمام روش‌های کیفی از این رویکرد استفاده شد. مفاهیم استخراج شده از اطلاعات محقق را به سمت شرکت‌کنندگان بعدی که می‌توانستند اطلاعات بیشتری در رابطه با مفاهیم در حال ظهور به وجود بیاورند هدایت نمود. انتخاب نمونه، جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل اطلاعات تا زمان اشباع نظری که محقق به اطمینان رسید که تم جدیدی ظهور نیافته و توصیف عمیق تجربه ادامه یافت که در مصاحبه ۱۵ متخصص توان‌بخشی بود. مطابق با رویکرد نظام‌دار استراس و کوربین، طی فرایندی منظم و در عین حال مداوم از مقایسه داده‌ها، اطلاعات مورد تحلیل قرار گرفتند؛ برای این کار از فرایند سه مرحله‌ای، کدگذاری باز^۱، کدگذاری محوری^۲ و کدگذاری انتخابی استفاده شد (سالدانیا، ۱۳۹۵).

کدگذاری باز: در این مرحله بر اساس روش مرسوم در نظریه مینا، به هر یک از اجزا عنوان و برجستگی داده می‌شود. این عنوان که اصطلاحاً «کد» نامیده می‌شود، باید گویای محتوای داده (متن) باشد، به‌طوری که خواننده یا مشاهده

جدول ۳. کدهای محوری، اصلی و فرعی از کدهای باز در شناسایی چالش‌های آموزشی خودتوانمندسازی

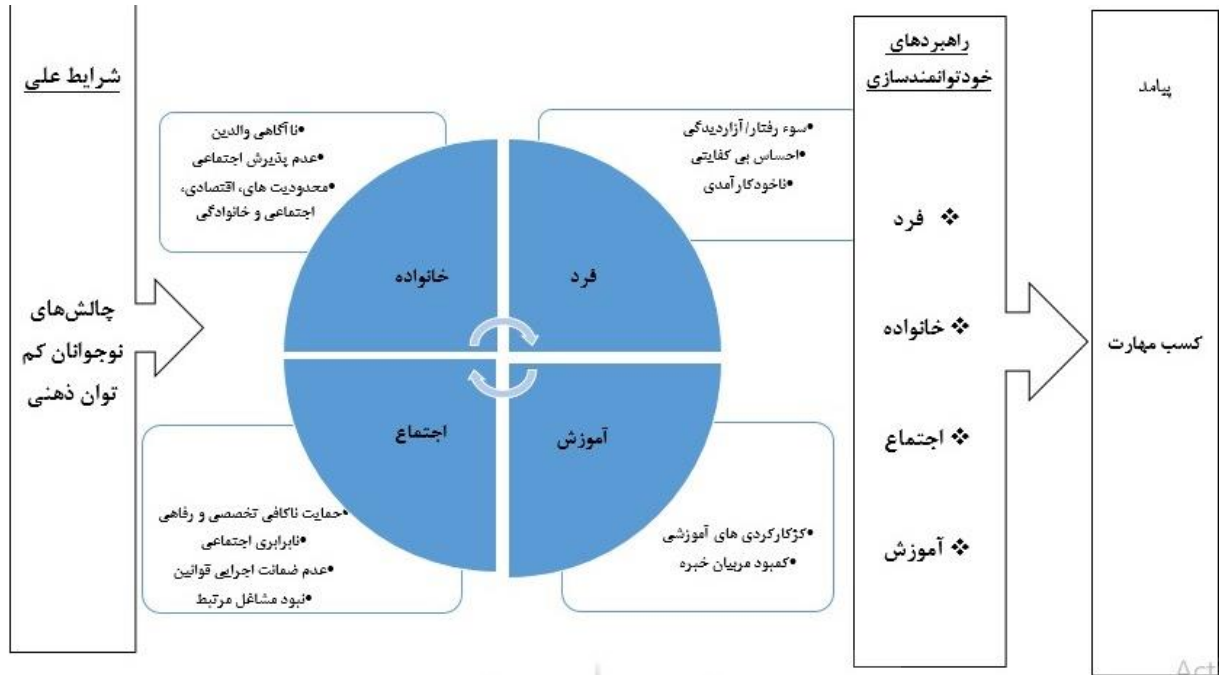
نوجوانان کم‌توان ذهنی

کدهای باز	کدهای محوری	کدهای گزینشی
-----------	-------------	--------------

2 axial coding

1 open coding

چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در کسب مهارت‌های خودتوانمندی	ناآگاهی والدین	توجیه نبودن خانواده‌ها- نگرش ناکارآمد نسبت به فرد معلول- توقع حمایت یک‌طرفه خانواده‌ها از دولت- داشتن خانواده صبور و پیگیر- نزاع خانوادگی بر سر بچه معلول- دنبال مقصر گشتن- رها کردن فرزند و شروع دیر هنگام آموزش - استثنا و جدا کردن فرزندان از یکدیگر- رفتار متفاوت با بچه‌های عادی- تشویق نکردن به انجام امور- عدم دانش کافی والدین- والدین هلیکوپتری- کنترل بیش از حد والدین- ندادن استقلال به فرزندان- عدم انعطاف‌پذیری و شناختی فکری
	عدم پذیرش اجتماعی	سرزنش و مسخره کردن- برچسب‌های ناجور زدن- با اسامی بدصدا کردن- پنهان کردن فرزند معلول- خجالت کشیدن از داشتن فرزند معلول- بار روانی و برچسب‌زنی مردم روی فرزندان معلول- نگرش منفی به کودکان ناتوان، ناامیدی نسبت به آینده فرزند پسر از فوت والد
	محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی	قدرت مالی ضعیف خانواده‌ها- موانع ارتباطی خانواده با کودکان ناتوان- سطح اقتصادی پایین خانواده- عدم آگاهی از نهادهای ارائه دهنده خدمات- مشکل در اجاره کردن مسکن به دلیل وجود فرزند معلول- سلب شدن فرصت‌های گوناگون مثل ازدواج برای دیگر اعضای خانواده
	سوء رفتار / آزاردیدی	بدرفتاری کلامی- بدرفتاری بدنی- نادیده گرفتن از سوی خانواده- نادیده گرفتن از سوی جامعه
	احساس بی‌کفایتی	نبود عزت‌نفس در فرد معلول- باور به ناکارآمد بودن- عدم خودباوری فردی- ترحم کردن- قضاوت بر اساس ظاهر افراد معلول- مشکلات تغذیه-مشکلات خواب- پرخاشگری- وابستگی به دیگران
	ناخودکارآمدی	مشکل در سازش‌پذیری و انطباق- ناتوانی در حل مسئله- عدم فرصت جهت بروز ظرفیت‌های روانی و اجتماعی- عدم مسئولیت‌پذیری- عدم فرصت اجرایی آموخته‌ها در جامعه- مشکل یادگیری-ضعف در تمرکز و توجه- کندی در انجام فعالیت
	حمایت ناکافی تخصصی و رفاهی	ضعف در قانون حمایت از حقوق معلولین- عدم سازمان‌دهی مناسب- سطح دسترسی دشوار به منابع- نبود سیاست‌های حمایتی از معلولین- فاقد شغل مناسب برای معلولین- فاقد سیستم حمایتی- عدم حمایت‌های سازمانی- عدم پیگیری و حمایت پس از اشتغال- کمبود انجمن‌های حمایت‌کننده- نبود امکانات و چتر حمایتی دولتی- کمبود دسترسی معلولان به امور ورزشی، فرهنگی، هنری و آموزشی- واگذاری آموزش و تربیت به خانواده‌ها
	نابرابری اجتماعی	تبعیض آموزشی- تبعیض در اشتغال- عدم وجود امکانات رفاهی- نبود اماکن تفریحی ویژه-نگاه‌های تبعیض‌آمیز جامعه- عدم دسترسی به خدمات بیمه
	عدم ضمانت اجرایی قوانین	نبود قوانین شفاف حمایتی- نبود ضمانت اجرایی- نبود اعتبارات کافی- نبود مراکز اطلاع‌رسانی و آگاهی‌رسانی به خانواده‌ها و جامعه
	نبود مشاغل مرتبط با ناتوانی	موانع محیطی و فیزیکی اشتغال- ایجاد مشاغل با سطح توانایی‌هایشان- کار در مراکز فنی و حرفه‌ای- نبود آموزش عملی و تمرین در مراکز حرفه‌ای
کژ کارکردی‌های آموزشی	زمان بر بودن یادگیری و تکرار مطالب- دشوار بودن مطالب- طراحی محتوای آموزشی ضعیف- عملیاتی نبودن آموزش‌ها- عدم تکرار آموخته‌ها و خاموشی مهارت‌های آموخته شده-عدم تکرار و انگیزه تحکیم آموخته‌ها- کمبود آموزش خانواده‌ها- ناتوانی در آشنایی افراد معلول با تکنولوژی جدید- عدم آموزش از کودکی- کمبود آموزش خودمراقبتی به کودکان- آموزش ناکافی مهارت‌های زندگی- کمبود وسایل کمک آموزشی- سطحی گرفتن آموزش-	
کمبود مربیان خبره	کمبود مدرسین علاقه‌مند و با انگیزه- کمبود مربی‌های با دانش و ماهر- نبود آموزش‌های ضمن خدمت- نبود دوره‌های بازآموزی- عدم دسترسی به خدمات مشاوره‌ای و تخصصی	



شکل ۱. مدل پارادایمی ارائه شده نهایی

کد محوری ناآگاهی والدین: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان بخشی کدهای باز مانند توجیه نبودن خانواده‌ها- نگرش ناکارآمد نسبت به فرد معلول- توقع حمایت یک طرفه خانواده‌ها از دولت- داشتن خانواده صبور و پیگیر- نزاع خانوادگی بر سر بچه معلول- دنبال مقصر گشتن- رها کردن فرزند و شروع دیر هنگام آموزش - استثنا و جدا کردن فرزندان از یکدیگر- رفتار متفاوت با بچه‌های عادی- تشویق نکردن به انجام امور- عدم دانش کافی والدین- والدین هلیکوپتری- کنترل بیش از حد والدین- ندادن استقلال به فرزندان- عدم انعطاف پذیری و شناختی فکری استخراج شد که این کدها در کد محوری ناآگاهی والدین قرار گرفت. مادر مشارکت کننده شماره (۶) در این رابطه بیان داشت: «قبول دارم که نادانی و ناآگاهی ما مادران و اعضای خانواده خیلی تو روحیه بچه مون تاثیر داره، اصلا نمیتونیم به خوبی و به اندازه نیاز پسرمون بهش توجه کنیم و کمکش کنیم تا بتونه خودش رو مدیریت کنه». مشارکت کننده شماره (۳) در این رابطه بیان داشت: «اینکه چقدر خانواده بتواند گام بردارد بسیار مهم است بنابراین اول باید خانواده زمینه را آماده کند برای اینکه

همان طور که در قسمت روش شناسی پژوهش بیان شد، در رویکرد نظریه مبنا اشتراوس و کوربین به منظور ارائه مدل پارادایمی به ارائه شرایط علی، میانجی، راهبردها و پیامد پژوهش پرداخته شد. شرایط علی در این پژوهش چالش‌های نوجوانان کم توان ذهنی بود. شرایط میانجی عبارت است از: ۱. خانواده، ۲. فرد، ۳. اجتماع و ۴. آموزش.

راهبردهای خودتوانمندسازی نیز به چهار دسته تقسیم شدند ۱. راهبردی فردی، ۲. راهبردهای خانوادگی، ۳. راهبردهای اجتماع و ۴. راهبردهای آموزش و پیامد نهایی عبارت بود از کسب مهارت. تمام این عوامل در شکل ۴-۱ نشان داده شده است. هر کدام از کدهای محوری مرتبط با این مدل به همراه چندین مثال از هر یک در ادامه آورده شده است.

کدهای مستخرج شده از بخش مصاحبه با مادران و متخصصان توان بخشی

بر مبنای تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته با مادران و متخصصان توان بخشی شامل ۱۳ کد محوری است که در ادامه به توصیف و تشریح هر یک از آن‌ها پرداخته شده است.

رو دوشم هست سخت که از یک بچه معلول حمایت کنم و ساپورتش کنم اونم بدون کسب حمایت های بیرونی، هیچ سازمان یا ارگانی حال منو نمیپرسه و نمیکه چطور این مخارج رو تامین میکنی».

مشارکت‌کننده شماره (۲) در این رابطه بیان داشت: «برای اینکه فرد معلول آمادگی لازم را برای کسب مهارت‌های خودتوانمندی داشته باشد. حمایت‌های لازم از لحاظ عاطفی، از لحاظ مالی را باید از خانواده بگیرد حالا خانواده در هر سطحی که می‌خواهد باشد».

کد محوری سوء رفتار/آزاردیدگی: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند نبود عزت‌نفس در فرد معلول- باور به ناکارآمد بودن- عدم خودباوری فردی- ترحم کردن- قضاوت بر اساس ظاهر افراد معلول استخراج شد که این کدها در کد محوری سوء رفتار/آزاردیدگی قرار گرفت.

مادر مشارکت‌کننده شماره (۹) در این رابطه بیان داشت: «پسرم همیشه از اینکه تو مدرسه یا اجتماع و یا حتی تو خونه که اقوام میاد مورد تمسخر، مسخره بازی دوستاش و آشناها و سرکار گذاشتن و اذیت کردن میشه که از جمع گریزان هستش و این منو آزار میده خیلی».

مشارکت‌کننده شماره (۷) در این رابطه بیان داشت: «یک مسئله دیگری که در مورد کودکان کم‌توان ذهنی وجود دارد. اینکه این کودکان باید بسیار آموزش ببینند تا بتوانند به سوء رفتارهایی که ممکن است در جامعه برای آن‌ها اتفاق بیافتد، قادر باشند که نه بگویند مانند سوءاستفاده‌های جنسی که از این افراد صورت می‌گیرد».

کد محوری احساس بی‌کفایتی: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند نبود عزت‌نفس در فرد معلول- باور به ناکارآمد بودن- عدم خودباوری فردی- ترحم کردن- قضاوت بر اساس ظاهر افراد معلول استخراج شد که این کدها در کد محوری احساس بی‌کفایتی قرار گرفت.

مادر مشارکت‌کننده شماره (۲) در این رابطه بیان داشت: «این بچه‌ها اونقدر از طرف اطرافیان مسخره میشن که هیچ عزت نفسی برای انجام کاراشون ندارن، پسر منم فوق

فرد معلول آمادگی لازم را برای کسب مهارت‌های خودتوانمندی داشته باشد».

کد محوری عدم پذیرش اجتماع: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند سرزنش و مسخره کردن- برجسب‌های ناجور زدن- با اسامی بدصدا کردن- پنهان کردن فرزند معلول- خجالت کشیدن از داشتن فرزند معلول- بار روانی و برجسب‌زنی مردم روی فرزندان معلول- نگرش منفی به کودکان ناتوان استخراج شد که این کدها در کد محوری داغ ننگ قرار گرفت.

مادر مشارکت‌کننده شماره (۷) در این رابطه بیان داشت: «داشتن بچه معلول تو جامعه تاثیر منفی رو خانواده میزازه و مدام باید طعنه‌ها و حرف‌های مردم رو به جون بخری، طوری میشه که خیلی موقع‌ها بچه مونرو تو خونه حبس میکنیم و تو جامعه نمیزاریم بیاد تا کسی نفهمه بچه مون معلول هست».

مشارکت‌کننده شماره (۱) در این رابطه بیان داشت: «تا زمانی که معلول یک ننگ در جامعه محسوب شود، اصلاً خانواده اجازه نمی‌دهد که فرزند معلولش از خانه بیرون بیاید، چه برسد بخواهد مهارت‌های اجتماعی را بیاموزد».

مشارکت‌کننده شماره (۱۴) در این رابطه بیان داشت: «برجسب خوردن یکی دیگر از مشکلات اجتماعی این افراد است که مانع می‌شود آن‌ها مهارت‌های خودتوانمندی را یاد بگیرند. نمی‌توانیم در فضایی که به این‌ها برجسب می‌خورد مثل مربی، خانواده یا نظام آموزشی و یا جامعه که به این‌ها برجسب ناتوانی می‌زند به این‌ها می‌گویند احمقی، خنگی، نمی‌فهمی، بنابراین امکان انگیزش برای مهارت‌های خودتوانمندی را از این‌ها سلب می‌کند».

کد محوری محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی خانوادگی: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند قدرت مالی ضعیف خانواده‌ها- موانع ارتباطی خانواده با کودکان ناتوان استخراج شد که این کدها در کد محوری محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی قرار گرفت.

مادر مشارکت‌کننده شماره (۵) در این رابطه بیان داشت: «واقعاً برای من مادر که تک سرپرست هستم و بار زندگی

العاده حس بی کفایتی و ناکارآمدی داره و اصلا جرات انجام کارای جدید و تازه رو نداره».

مشارکت‌کننده شماره (۱۴) در این رابطه بیان داشت: «این افراد به دلیل اینکه توانایی ذهنی پایین‌تر از حد متوسط دارند و خیلی وقت‌ها درک می‌کنند که توانایی آن‌ها از همسالان آن‌ها، دوستان و آشنایان کم‌تر است و این ضعف اعتمادبه‌نفس و خودباوری باعث ایجاد مشکل دیگری می‌شود که باعث می‌شود انگیزه‌شان پایین بیاید برای کسب استقلال و توانمندشدن انگیزه کمی دارند، قدرت حل مسئله در این افراد بسیار پایین هست چون آموخته‌های پایینی دارند و بخصوص بازخورد مثبتی از دیگران دریافت نمی‌کنند شاید از دیگر مسائل روان‌شناختی آن‌ها ترس‌هاست و ترس از موقعیت ناآشنا، ترس از ناتوانی در برقراری ارتباط یکی از مشکلات روانی و اجتماعی آن‌هاست».

کد محوری ناخودکارآمدی: پس از مصاحبه با مادران متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند مشکل در سازش‌پذیری و انطباق — ناتوانی در حل مسئله — عدم فرصت جهت بروز ظرفیت‌های روانی و اجتماعی — عدم مسئولیت‌پذیری — عدم فرصت اجرایی آموخته‌ها در جامعه استخراج شد که این کدها در کد محوری ناخودکارآمدی قرار گرفت.

مشارکت‌کننده شماره (۸) در این رابطه بیان داشت: «یکی دیگه از محدودیت‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در رفتارهای سازشی و تطابقی هستش که کار با این بچه‌ها رو سخت میکنه چون به‌کندی میتونه منطبق بشن با آموزش‌ها».

مشارکت‌کننده شماره (۴) در این رابطه بیان داشت: «یک فرد عادی ممکن است در عوض ۲ دقیقه یک مسئله‌ای را بگیرد و در ۵ دقیقه برگرداند. ولی این وضعیت برای یک فرد معلول ذهنی ممکن است خیلی راحت نتواند مسئله را بگیرد و توجیه شود در این مسئله. درست همین وضعیت در ارتباط با *out put* دارد؛ یعنی در برگشت با مسائل دارد یعنی می‌خواهد مسئله‌ای را حل کند، بر اساس آن کنش‌ها و آن ساختاری که در مغزش وجود

دارد این فرد نمی‌تواند برگرداند و این هم یک معضل برای آن‌ها است».

کد محوری حمایت ناکافی تخصصی و رفاهی: پس از مصاحبه با مادران متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند ضعف در قانون حمایت از حقوق معلولین - عدم سازمان‌دهی مناسب - سطح دسترسی دشوار به منابع - نبود سیاست‌های حمایتی از معلولین - فاقد شغل مناسب برای معلولین - فاقد سیستم حمایتی - کمبود وسایل کمک آموزشی - سطحی گرفتن آموزش - حمایت‌های ناکافی خانواده است و دوستان و هم سن و سالان خودشان - عدم حمایت‌های سازمانی - عدم پیگیری و حمایت پس از اشتغال - کمبود انجمن‌های حمایت‌کننده - نبود امکانات و چتر حمایتی دولتی - کمبود دسترسی معلولان به امور ورزشی، فرهنگی، هنری و آموزشی - واگذاری آموزش و تربیت به خانواده‌ها استخراج شد که این کدها در کد محوری حمایت ناکافی تخصصی و رفاهی قرار گرفت.

مشارکت‌کننده شماره (۱۵) در این رابطه بیان داشت: «هر بحث کم‌توانی ذهنی مثل دستگاه‌های حمایتی مانند سازمان ما مثل کمیته امداد مثل وزارت آموزش و پرورش استثنایی یکی از مشکلات ساختاری که وجود دارد این است که شاید خیلی ارتباط معنادار ساختاری بین این دستگاه‌ها وجود ندارد که این خودش باعث می‌شود که یک مقدار آن حلقه‌ها و فرآیندی که باید مکمل هم باشند تا این فرد بحث توانمندسازی و الحاق به جامعه مطرح بشود من فکر می‌کنم این حلقه‌ها، حلقه‌های مکمل نیستند. فرض کنید یک بچه کم‌توان ذهنی که در مدارس استثنایی ما در حال فعالیت است تا زمانی که در حال آموزش است چقدر دستگاه‌هایی مثل سازمان بهزیستی، دستگاه‌هایی که می‌تواند در زمینه اشتغال این بچه‌ها کار کند، چقدر ارتباط وجود دارد، ما ارتباط معناداری بین این دستگاه‌ها نمی‌بینیم».

مشارکت‌کننده شماره (۱۲) در این رابطه بیان داشت: «عدم حمایت جامعه از به‌طور کلی افراد دارای معلولیت از

اساسی‌ترین چالش‌های ما در توانمندسازی و مشارکت‌های اجتماعی معلولان هست.»

مشارکت‌کننده شماره (۲) در این رابطه بیان داشت: «این افراد تقریباً بیشتر از آن‌ها احتیاج به حمایت دارند چون خودشان حمایت‌طلبی کمتری دارند. چون نمی‌توانند بیان کنند، بنابراین باید یک سیستم حمایت‌طلبی از این‌ها به صورت مداوم وجود داشته باشد. کم‌توانان ذهنی با ناشنوایان و نابینایانی که فعالیت می‌کنند و یا کیس‌هایی که معلولیت‌های جسمی حرکتی دارند و یا افراد با بیماری روانی مزمن. برای این افراد ممکن است یک حمایت‌هایی از هر چند وقت یک‌بار کفایت کند، اما برای این افراد که دارای معلولیت ذهنی هستند و می‌خواهند در وادی توانمندسازی شغلی گام بردارند، حمایت‌طلبی همیشگی را می‌خواهند که این چالشی است که هزینه بر است.»

کد محوری نابرابری اجتماعی: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند تبعیض آموزشی - تبعیض در اشتغال - عدم وجود امکانات رفاهی - نبود اماکن تفریحی ویژه-نگاه‌های تبعیض‌آمیز جامعه استخراج شد که این کدها در کد محوری نابرابری اجتماعی قرار گرفت.

مادر مشارکت‌کننده شماره (۸) در این رابطه بیان داشت: «بخاطر داشتن پسر معلول خیلی جاها نگاه تحقیرآمیز داشتن به ما و هر جایی راحت نبودیم همراه خودمون ببریم، مثلاً برای اجاره خونه همیشه مجبور بودیم پنهان کنیم که همچین بچه‌ای داریم.»

مشارکت‌کننده شماره (۱) در این رابطه بیان داشت: «گر جامعه فرصت‌های برابر را فراهم کند ناتوانی ذهنی نمی‌تواند چندان چالش‌برانگیز باشد؛ و اگر ما از چالش صحبت می‌کنیم به دلیل این است که ما شرایط عادی در جامعه نداریم وگرنه همه انسان‌ها از درجاتی کم‌توانی برخوردار هستند.»

مشارکت‌کننده شماره (۳) در این رابطه بیان داشت: «متأسفانه نه در آموزش عادی و نه در آموزش استثنایی هیچ جایی برای این معلولین در نظر گرفته نشده است و آن‌ها در وضعیت بسیار نابسامانی بسر می‌برند.»

کد محوری عدم ضمانت اجرایی قوانین: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند نبود قوانین شفاف حمایتی - نبود ضمانت اجرایی - نبود اعتبارات کافی - نبود مراکز اطلاع‌رسانی و آگاهی‌رسانی به خانواده‌ها و جامعه استخراج شد که این کدها در کد محوری عدم ضمانت اجرایی قوانین قرار گرفت.

مادر مشارکت‌کننده شماره (۵) در این رابطه بیان داشت: «هیچ ارگان و سازمانی به ما کمک نمی‌کند یا اگر کمک هم می‌کند اونقدر کم و ناچیز هست که اصلاً با مشکلاتی که ما داریم جور در نیاید، هیچ قانونی هم نیست برای حمایت از ما.»

مشارکت‌کننده شماره (۱) در این رابطه بیان داشت: «قوانین می‌توانند کمک‌کننده و یا مانع حضور یک فرد معلول در خانواده بشود. بعد از آن سیاست‌های حمایتی را می‌توان نام برد. ما چه سیاست‌های حمایتی در کشورمان داریم؟ و اگر هست اجرای آن‌ها چرا این‌قدر ضعیف است؛ بنابراین سیاست‌های حمایتی و خوب اجرا شدن آن‌ها می‌تواند نقش بسیار مهمی جهت حضور فرد در جامعه ایفا کند.»

مشارکت‌کننده شماره (۴) در این رابطه بیان داشت: «در نهادهای قانون‌گذار و نهادهایی که قوانین را اجرا می‌کنند، با توجه به قانون جامع حمایت از حقوق معلول که در دهه ۸۰ تصویب شد و به دنبال آن قانون حمایت از معلولین هست که در سال ۱۳۹۶ تصویب شد. این قانون‌ها با وجودی که تصویب شده‌اند ولی هنوز در خیلی از جاها در اجرا دچار مشکل است. برای اینکه بحث اعتبارات است و منهای اعتبارات باز همان بحث نگاه‌ها هست.»

کد محوری نبود مشاغل مرتبط با افراد کم‌توان: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند موانع محیطی و فیزیکی اشتغال - ایجاد مشاغل با سطح توانایی‌هایشان - کار در مراکز فنی و حرفه‌ای - نبود آموزش عملی و تمرین در مراکز حرفه‌ای استخراج شد که این کدها در کد محوری نبود مشاغل مرتبط قرار گرفت. مادر مشارکت‌کننده شماره (۱۰) در این رابطه بیان داشت: «من همیشه از این می‌ترسم که آیا با توجه به

مادر مشارکت‌کننده شماره (۲) در این رابطه بیان داشت: «محتوا و مطالبی که تو مدرسه آموزش میدن واقعا در حد و سطح این بچه‌ها نیست و هیچ کمکی به تغییر و بهبود رفتارهاشون نمیشه».

مشارکت‌کننده شماره (۶) در این رابطه بیان داشت: «یکی از چالش‌های ما در کشور محتوی آموزشی است. در کشور ما محتوی آموزشی خوب بارگذاری نیمه‌شود، برنامه‌ریزی نمی‌شود، برای آن وقت کافی گذاشته نمی‌شود؛ بنابراین چون بچه نفهمیده که مفهوم این محتوی چیست، نمی‌تواند آن را خوب نشان دهد، نمی‌تواند بفهمد که دو تا با دو سه تا چه تفاوتی دارد».

مشارکت‌کننده شماره (۴) در این رابطه بیان داشت: «ما برای آموزش واژه معلول ذهنی را استفاده می‌کنیم و فکر می‌کنیم که تمام این آموزش‌ها باید در این کلمه بگنجد در صورتی که آموزش از هر نوعی رفتاری، اجتماعی و خانوادگی می‌طلبد که وضعیت‌های خاص معلول بررسی شود و آموزش به معلول بر اساس آن بهره‌هوشی و جایگاه اختصاصی خانواده تنظیم شود که متأسفانه این در آموزش‌هایی که توسط سیستم آموزش عالی داده می‌شود خیلی مدنظر قرار نگرفته است».

مشارکت‌کننده شماره (۷) در این رابطه بیان داشت: «کمبود کتب آموزشی به زبان ساده در جامعه در زمینه چگونگی اصول برخورد و باید و نبایدهای رفتاری و عملکردی با کودکان استثنایی».

کد محوری کمبود مربیان خبره: پس از مصاحبه با مادران و متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند کمبود مدرسین علاقه‌مند و باانگیزه- کمبود مربی‌های با دانش و ماهر- نبود آموزش‌های ضمن خدمت- نبود دوره‌های بازآموزی- وجود مربیان صبور و بهداشت روان بالا استخراج شد که این کدها در کد محوری کمبود مربیان خبره قرار گرفت.

مشارکت‌کننده شماره (۱۳) در این رابطه بیان داشت: «کسی که می‌خواهد برای این موضوع برنامه‌ریزی کند باید اشراف کامل روی این واژه داشته باشد، یعنی روی تمام ابعاد مهارت‌های بین فردی اشراف داشته باشد. چه

شرایط پسر میتونه کاری رو انجام بده و اصلا شغلی با توجه به نیازها و توانایی هاش هست، والا تو مملکتی که کار برای آدم سالم نیست میشه توقع داشت که برای یک پسر کم توان ذهنی باشه».

مشارکت‌کننده شماره (۳) در این رابطه بیان داشت: «سومین چالش که در نظر می‌گیریم آن موانع محیطی و فیزیکی اشتغال است که معمولاً در این عرصه کنونی که دچار مشکلات عدیده‌ای هستیم، خیلی از کارفرمایان دیگر حاضر نیستند به خاطر جذب نیروهایی که یکسری مشکلاتی دارند هزینه بیشتری صرف کنند و همین باعث می‌شود که زمینه‌های شغلی کمتری برای این نوجوانان ایجاد شود و این خودش باعث می‌شود که اعتمادبه‌نفس آن‌ها پایین بیاید که سرخوردگی برایش به وجود می‌آورد».

مشارکت‌کننده شماره (۱۲) در این رابطه بیان داشت: «گردونه اشتغال یک گردونه پیچیده است و برای وارد شدن به این گردونه باید از توان هوشی شغلی برخوردار باشد و اینجاست که نیاز به نیروهای تخصصی در زمینه توان‌بخشی دارند که به خانواده آگاهی بدهند چون گاهی اوقات خانواده بیشتر از توان بچه از او انتظار دارند که این مشکل را در خانواده‌های تحصیل کرده بیشتر شاهد هستیم. چرا که آن‌ها فکر می‌کنند که آن‌قدر باید بار آموزش به این بچه وارد بکنند تا او را وارد گردونه شغلی بکنند».

کد محوری مشکلات آموزشی: پس از مصاحبه با متخصصان توان‌بخشی کدهای باز مانند زمان بر بودن یادگیری و تکرار مطالب- دشوار بودن مطالب- طراحی محتوای آموزشی ضعیف- عملیاتی نبودن آموزش‌ها- عدم تکرار آموخته‌ها و خاموشی مهارت‌های آموخته شده- عدم تکرار و انگیزه تحکیم آموخته‌ها- کمبود آموزش خانواده‌ها- ناتوانی در آشنایی افراد معلول با تکنولوژی جدید- عدم آموزش از کودکی- کمبود آموزش خودمراقبتی به کودکان- آموزش ناکافی مهارت‌های زندگی استخراج شد که این کدها در کد محوری مشکلات آموزشی قرار گرفت.

ذهنی دامن والدین و خانواده را هم می‌گیرد، تعاملات ناپخته این کودکان و گاهی رفتار ضداجتماعی آن‌ها موجب فشار بر خانواده و روابط اجتماعی آن را متأثر می‌سازد (تولنیر و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو، کم‌توانی فرزندان، پیش‌بینی مطمئنی برای سطح فشار روانی و تعارض موجود در روابط خانوادگی است؛ به‌طوری که اعضای خانواده بر مبنای ارتباطشان با فرد کم‌توان ذهنی، دشواری‌های مرتبط با کم‌توانی را تجربه می‌کنند و رابطه نزدیکی میان داغ و درماندگی در والدین وجود دارد (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵). جستجو برای یافتن پژوهشی همسو در کشور که به شناسایی مشکلات و چالش‌های کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی پرداخته باشد، بی‌نتیجه ماند. تنها در چند بررسی عملکرد دو گروه عادی و کم‌توان ذهنی در کدهای مشخصی مقایسه شده بود. به‌عنوان مثال، پورآقا رودبرده و همکاران (۱۳۹۱) از مشکلات بیشتر کودکان ۷ تا ۱۵ ساله که توان ذهنی در مؤلفه‌های در جاماندگی عملکردی، انعطاف‌پذیری ذهن و کنش‌های اجرایی و صدرالسادات و همکاران (۱۳۸۱) از عملکرد پایین‌تر کودکان ۷ تا ۱۸ ساله این گروه در حوزه‌های رفتار انطباقی شامل عملکرد مستقل، رشد زبان، فعالیت شغلی، خودفرمانی، مسؤلیت‌پذیری، اجتماعی شدن، همنوایی کردن و قابل‌اعتماد بودن نسبت به همسالان خبر دادند. لیما-رودریگوئز و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند عملکرد و جو خانواده به خاطر تقاضای بالا رفته و تغییرات به وجود آمده در سازمان و توزیع نقش‌ها؛ انعطاف‌پذیری خانواده و قدرت مقابله خانواده، به خاطر بالا رفتن هزینه‌ها و کم شدن منابع؛ یکپارچگی خانواده می‌تواند با روابط قوی شده خانوادگی قوت یابد. کیفیت زندگی خانواده با حمایت عاطفی تقویت می‌شود. این خانواده‌ها ممکن است به خاطر تقاضای افزایش یافته برای مراقبت از فرزندان، کم شدن منابع یا مشکلات دیگر مربوط به سلامت خانواده، نیاز به توجه فردی داشته باشند؛ که این یافته‌ها نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است.

همچنین نتایج مطالعه ادیب و همکاران (۱۳۹۵) که تا حدودی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است نشان داد که مشکلات خانوادگی که طیف وسیعی از ناراحتی‌ها (از

کارشناسان چه برنامه‌ریزان در سازمان‌های متولی مانند سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش استثنایی و ... در خصوص برنامه‌ریزی برای آموزش این افراد و تغییر شناخت‌های آن‌ها اطلاعات کافی ندارند، اشراف کامل به موضوع ندارند».

مشارکت‌کننده شماره (۱۱) در این رابطه بیان داشت: «ما احتیاج به آموزش‌های ضمن خدمت داریم؛ یعنی در عین حال که یک دوره‌ای را می‌بیند و وارد این کار می‌شود باید در طی خدمتش نیز باید این آموزش‌ها را ببیند و وارد این کار می‌شود باید در طی خدمتش نیز باید این آموزش‌ها را ببیند تا به‌روز باشد».

مشارکت‌کننده شماره (۳) در این رابطه بیان داشت: «مربیان آموزشی افراد دارای معلولیت از بین خانواده‌های خود آنان باشد بسیار مؤثر و مهم است. فاکتور دیگر صحنه صدر آن‌ها است، توانایی آموزش دادن هست، صبر و حوصله هست که خیلی مهم است انسان‌های پرخاشگر، زودرنج، انسان‌هایی که معمولاً زود از کوره در می‌روند نمی‌توانند در این وادی پیش بروند. پس باید کسانی باشند که بتوانند مهارت‌های کنترل خشم داشته باشند تا بتوانند در این فرآیند بهتر کار کنند».

بحث و نتیجه‌گیری

به‌منظور شناسایی چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی، از طریق مصاحبه با متخصصان و دست‌اندرکاران شاغل در مراکز آموزشی و نگهداری نوجوانان کم‌توان ذهنی و تعدادی از مادران اطلاعات کسب شد. نتایج تحلیل محتوای مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با این متخصصان و دست‌اندرکاران، برای بررسی شناسایی چالش‌های و الگوی پارادایمی آن در بخش یافته‌ها گزارش شد. بر اساس تحلیل محتوای مصاحبه نیمه ساختاریافته با متخصصین و دست‌اندرکاران در نهایت یک مدل مفهومی ارائه شد. کد محوری ناآگاهی والدین، عدم پذیرش اجتماعی و محدودیت‌های، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی در کدمیانجی خانواده قرار گرفت. از این رو، یکی از برجسته‌ترین چالش‌های نوجوانان کم‌توان ذهنی در راه کسب مهارت‌های خودتوانمندساز در این نوجوان خانواده است؛ مشکلات و چالش‌های نوجوانان کم‌توان

شده توسط دیگران، این گزارش‌ها در خصوص وضعیت درونی شخص مبتلا به کم‌توانی ذهنی مشکوک به بی‌دقتی است وضعیت درونی همواره از رفتار مشخص نیست و اغلب توافق کمی بین اندازه‌های خود گزارشی و گزارش‌های دیگران وجود دارد. جهت تدارک مراقبت صحیح، آموزش مناسب و هدایت استعدادهاى این افراد، باید مشکلات و نیازهای واقعی آن‌ها را شناخت و برای این منظور اندازه‌های خود گزارشی مناسب‌تر دارد (پیناز و ورینا، ۲۰۱۷). اگرچه کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف ممکن است به‌طور کامل قادر به بازنمایی هیجان‌ها و رفتار خود نباشند، چندین مطالعه نیز نشان داده است که آن‌ها می‌توانند احساسات و کارکردهای خود را گزارش کنند (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵).

کد محوری سوء رفتار/آزادیدگی، احساس بی‌کفایتی و ناخودکارآمدی هم در کد میانجی فردی قرار گرفت. پژوهش‌ها هم‌راستا با مطالعه حاضر ناراحتی‌های روحی و روانی بیشتر نوجوانان کم‌توان را تأیید می‌کنند؛ این افراد وضعیت تندرستی ضعیف‌تر و بیماری‌های بیشتری را گزارش نمودند و تمایل کمتر و دشواری‌های بیشتری در دسترس به خدمات و مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی دارند (رانی و ردی، ۲۰۱۶). وضعیت نامساعد سلامتی در افراد این گروه تا درجه بالایی حاصل رفتارهای نادرست خانواده، مربیان و اجتماع است؛ تجهیز تمام مدارس به مربی‌های خبره، با حوصله، آگاهی خانواده‌ها و اجتماع با اولویت آموزش رفتارهای مناسب و اختصاص بودجه مکفی برای مراقبت از سلامتی و درمان بیماری‌ها ضروری انکارناپذیر است (برندون، ۲۰۱۱).

نتایج مطالعه ادیب و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از آن بود که گاه بدرفتاری با کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی وسعت زیادی دارد و تا حدودی تمامی کسانی که با او در ارتباط هستند را شامل می‌شود (از خانه تا مدرسه تا محله)، اما بدرفتاری توسط همکلاسی‌ها و دانش‌آموزان مدرسه شیوع بالاتری دارد؛ بدرفتاری دیگران طیف گسترده‌ای دارد و شامل تمسخر، ناسزاگویی، توهین به نوجوان و خانواده او و بهره‌کشی و آزار بدنی می‌شود این

بیماری در خانواده تا مشاجرات زناشویی تا جدایی یا مرگ والدین) را شامل می‌شود؛ به راحتی تمام زندگی کودک کم‌توان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مشکلات در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی شایع‌تر است؛ در حقیقت بسیاری از موارد کم‌توانی محصول مشکلات خانوادگی است. از این رو نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که مشکلات خانوادگی، مشکلات دیگر را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و ذهن نوجوان را به‌شدت مغشوش می‌سازد. در این مجال، دیدگاه مزلو در ارتباط با اهمیت نیازهای کاستی به‌ویژه نیاز به ایمنی و روابط خانوادگی برای سلامت روانی و مطرح شدن نیازهای سطح بالاتر، مؤید این یافته است. جوامع صنعتی با شناسایی خانواده‌های در معرض خطر از همان اوایل کار و تدارک و تمهیدات لازم از مشاوره‌های تخصصی تا پرداخت‌های مالی، توانسته‌اند از چالش‌های کسب مهارت‌های خودتوانمندسازی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی بکاهند (سیف نراقی و همکاران، ۱۳۸۸). کاری که در جامعه ما غریب مانده است و نیازمند بذل توجه اساسی است. علاوه بر آن، با توجه به درگیر شدن بیش از حد والدین با فرزند کم‌توان، ممکن است سایر افراد خانواده دچار کمبود توجه و محبت شوند و یا مسئولیت بیشتری برای مراقبت از کودک کم‌توان بر عهده آنان گذاشته شود؛ در این خانواده‌ها، معمولاً خواهران و برادران سالم به فراموشی سپرده می‌شوند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ لذا این امر گاه سبب ایجاد احساس خشم، گناه، افسردگی و مشکلات تحصیلی در آن‌ها می‌شود؛ افزون بر آن، محدودیت در ارتباط‌های منطقی و صحیح این‌گونه خانواده‌ها با دیگران به دلیل وجود احساساتی نظیر خجالت، گناه و تمایل به پنهان کردن کودک موجب می‌شود تا آنان از افراد دیگر فاصله بگیرند؛ بنابراین به انزوای اجتماعی بیشتر می‌انجامد (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵). دانسته‌های به‌دست‌آمده از چالش‌های کسب مهارت‌های خودتوانمندساز که به شکل سنتی محصول ارزیابی‌های والدین، مربیان و مراقبان است، در شناسایی و برآوردن نیازهای آن‌ها توفیق‌چندانی نداشته است، برخلاف استفاده گسترده از اندازه‌های بیان

مهارت‌های اجتماعی، توان مقابله با بحران‌ها را در این کودکان و نوجوانان افزایش داد؛ همچنین، پیشنهاد می‌شود با مطرح کردن آینده تحصیل در مدارس استثنایی، نوجوانان را به سمت فراگیری مهارت‌های متناسب با توانشان سوق داد که آینده شغلی مناسب داشته باشد.

دو کد محوری مشکلات آموزشی و کمبود مربیان خبره نیز در کد میانجی آموزش دسته بندی شد. تعارض نوجوانان و اولیا برای ادامه یا ترک تحصیل در بیانات شرکت‌کنندگان برجسته بود، در حالی که وعده‌های مشکوک مسئولان آموزشگاه مبنی بر آینده شغلی مطمئن و حمایت‌های دولتی، خانواده‌ها را به ادامه تحصیل فرزندانشان ترغیب می‌کند، نوجوانان خودشان رغبتی به آن ندارند و هر روز تعداد بیشتری از این دانش‌آموزان مدرسه را به مقصد نامعلومی ترک می‌کنند. به باور آن‌ها رنج تحصیل در مدرسه استثنایی، ارزش آموخته‌های اندک آن را ندارد. بسیاری از آن‌ها می‌گویند در اینجا چیزی آموخته نمی‌شود و اعتقاد دارند که این مدرسه نه محیط آموزشی، بلکه محل نگهداری است (حوله کیان و حوله کیان، ۱۳۹۳). افزون بر آن، استثنایی بودن پیامد ناخواسته تحصیل در مدرسه استثنایی است. این داغ بر سلامت روانی نوجوان و بهزیستی خانواده تأثیر منفی دارد (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵)؛ تا قبل از نوجوانی این مسئله آسیب‌رسانی کمتری داشت؛ اما اکنون به اوج رسیده است و بحران‌های تازه‌ای برای نوجوان و خانواده تحمیل می‌کنند؛ همچنین آگاهی و فهم عمومی از برچسب ناتوانی در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است و نگرش‌های منفی، با فهم نادرست ظرفیت‌های این افراد ارتباط دارد (فلوید و اولسن، ۲۰۱۷). اگرچه به تازگی رسانه‌های عمومی با نمایش توانایی‌های افراد کم‌توان، سعی در تغییر نگرش عموم دارند؛ اما کم‌توانان ذهنی هنوز فرصتی برای ابراز خود نیافتند (سیف نراقی و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین ناسازگاری‌های آموزشگاهی بیشتری در قیاس با همسالان در این دانش‌آموزان مشاهده شده است که از آن جمله می‌توان به پذیرش و شایستگی اجتماعی ضعیف، عدم تعهد به کلاس درس و مسائل انضباطی اشاره نمود. این دانش‌آموزان روابط ضعیف‌تری با مربیان خود

بدرفتاری از دو جنبه پرخاشگری دانش‌آموزان دیگر و سلطه‌پذیری خود فرد قابل تأمل است؛ نوجوانان کم‌توان ذهنی نسبت به همسالان خود میزان بالاتری از خشونت را نشان می‌دهند که می‌تواند توانایی ارزیابی نادرست آن‌ها از رفتار دیگران، رمزگردانی نشانه‌های منفی و اسناد خصمانه تبیین می‌شود (چاین و همکاران، ۲۰۱۷). مطابق با نظر بندورا، محروم بودن این فراگیران از الگوهای نقش مثبت به‌موجب جداسازی آموزشی، زمینه‌ساز خشونت و رفتارهای ضداجتماعی است (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵)؛ از سوی دیگر، این افراد سلطه‌پذیری بالاتری دارند و بدین‌سان دیگران را به اعمال خشونت دعوت می‌کنند؛ از این رو، آموزش مهارت‌های خودتوانمندی‌سازی در غالب برقراری روابط اجتماعی و روش‌های دفاع از خود در صورت مواجهه با بدرفتاری موجب کاهش پرخاشگری و سلطه‌پذیری و تصحیح اسناد نادرست می‌شود (ارجمندنی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ در این زمینه ارتباط بیشتر مدرسه با اولیا در قالب تشکیل جلسات هم‌اندیشی پیشنهاد می‌گردد.

سه کد محوری حمایت ناکافی تخصصی و رفاهی، عدم ضمانت اجرایی قوانین و نبود مشاغل مرتبط نیز در کد میانجی اجتماع قرار گرفت. سنین نوجوان نقطه علت آسیب‌های روان‌شناختی و دل‌مشغولی نسبت به آینده است که مسائل مرتبط با کم‌توانی آن را تشدید می‌کند؛ گزارش پژوهش‌ها از نمرات بالاتر افسردگی و اضطراب در مبتلایان به کم‌توانی ذهنی، به دلیل حمایت نکردن و کم‌ارزش شمردن این افراد (تریان و لایت، ۲۰۱۸) تأیید کننده یافته‌های مطالعه حاضر است. کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خطر بالاتری برای پروراندن آسیب‌های روانی و مشکلات رفتاری برآمده از رهاشدگی، نبود منابع حمایتی، قوانین اجرایی و مشاغل مرتبط با این افراد دارند. از طرفی آینده تحصیل در مدرسه استثنایی مبهم است؛ کیفیت پایین آموزش و ناهمخوانی آن با نیازهای این فراگیران محدودیت‌های تحصیلی همراه با فرصت‌های اندک استخدام در کنار شغل‌های پست و درآمد پایین و بدون حمایت‌های قانونی و اجرایی در کسب شغل مطابق با نیاز و توان از دیگر چالش‌های خودتوانمندی‌سازی است. از این رو، می‌توان شناسایی این چالش‌ها و با آموزش

این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

موازین اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و آگاهی از ضبط مصاحبه رعایت شده است؛ همچنین به افراد درباره محرمانه بودن اطلاعات مصاحبه و نتایج پژوهش اطمینان داده شد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اخواست، آسیه؛ بهرامی، هادی؛ پورمحمدرضای تهریزی، معصومه؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۸۸). تأثیر بازی‌های آموزشی بر میزان یادگیری برخی از مفاهیم ریاضی در دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. *مجله توانبخشی*. ۱۰ (۳): ۶۷-۵۵
- استراوس، انسلم؛ کربین، جولیت. (۱۹۸۶). مبانی پژوهش کیفی. ترجمه: ابراهیم افشار. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات نشرنی.
- ارجمندنی، علی اکبر؛ یعقوب نژاد، ساجد؛ مدیر خازنی، سیده مرجان. (۱۳۹۲). بررسی مشکلات عمده در مصاحبه بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱۳ (۱): ۶۹-۸۲
- ادیب، یوسف؛ فتحی آذر، اسکندر؛ شفیع سورك، سینا. (۱۳۹۵). تفسیر مشکلات نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی خفیف مدارس استثنایی: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۵ (۲): ۱۷۵-۱۸۷
- ایمان، محمدتقی و نوشادی، محمدرضا. (۱۳۹۰). *تحلیل محتوای کیفی. فصلنامه تحقیق*. ۳ (۲): ۱۵-۴۴.
- پورآقا رودبرده، فاطمه؛ کافی، سید موسی؛ کریمی علی آباد، تمجید؛ دل آذر، ربابه. (۱۳۹۱). مقایسه درجاماندگی عملکردی و انعطاف‌پذیری ذهنی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۱۷ (۳): ۲۶-۳۴
- سالدانیا، ج. (۱۳۹۵). *راهنمای کدگذاری برای پژوهشگران کیفی*. ترجمه عبدالله گیویان. تهران: نشر علمی و فرهنگی، صص ۳۰-۴۹.

دارند که با نزدیکی کمتر و تعارض و وابستگی بیشتری مشخص می‌شود (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۵). با وجود مشکلات آموزشی متعدد، این مشکلات برای کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی از اهمیت چندانی برخوردار نیست. دلیل این امر علاوه بر سهولت مطالب درسی، می‌تواند وجود مشکلات اساسی‌تر، ایهام در ارزش‌آمخته‌ها و ناهمخوانی آن با نیازهای حال و آینده این فراگیران باشد. از این رو، انجام پژوهش‌های بیشتر جهت اطلاع از آینده کسانی که تحصیل را رها کرده‌اند، ضروری است. جداسازی آموزشی علاوه بر انگشت‌نما کردن دانش‌آموزان، موجب بروز اختلالات هیجانی و رفتاری متعددی می‌شود؛ تحصیل در فضای آموزش عمومی در قالب نظام آموزش فراگیر، با وجود تمام دشواری‌هایی که دارد، می‌تواند پیشنهاد مناسبی باشد. همچنین با توجه به انتخاب مادران و متخصصان و دست‌اندرکاران شهر تهران جهت انجام مصاحبه به دلیل محدودیت زمانی و همچنین خودداری خانواده‌ها از بازگو کردن بسیاری از مسائل و مشکلاتشان و اینکه بسیاری از والدین حاضر به شرکت در مصاحبه نبودند؛ قادر به جمع‌آوری مصاحبه از خانواده‌های بیشتر نشد؛ لذا در تعمیم مؤلفه‌ها و کدهای مستخرج شده در بخش مصاحبه با مادران و متخصصان و دست‌اندرکاران در خصوص چالش‌های خودتوانمندسازی جانب احتیاط رعایت شود و در انتها با توجه به محدودیت زمانی، پژوهشگر قادر نبود تا به صورت میدانی با حضور در مراکز آموزشی و مدارس آموزش به صورت میدانی شاهد چالش‌های خودتوانمندسازی شود از این رو در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد به دلیل جدید بودن یافته‌ها، با اتکا به کدهای مستخرج شده، بسته مشاوره آموزشی در راستای غنی‌سازی خانواده‌ها، مربیان و خود نوجوانان کم‌توان در راستای خودتوانمندسازی، پژوهشی به صورت نیمه تجربی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از معاونت توانبخشی بهزیستی تهران به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرای پژوهش و همچنین، تمامی مادرانی که در

- Lifshitz H, Shtein S, Weiss I, Vakil. E. (2011). Meta-analysis of explicit memory studies in population with intellectual disability. *Eur J Spec Needs Educ* 2011; 26(1): 93-111
- Jahoda A, Markova I. (2010). Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *J Intellect Disabil Res*, 48(Pt 8): 719-29.
- McIntyre LL, Blacher J, Baker BL. (2012). The transition to school: adaptation in young children with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 50(Pt 5): 349-61.
- Rani, K.R., & Reddy, C.S. (2016). Perceptions and Problems of other Siblings in a Family Having Mentally Retarded Children. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 21(10); 7-12
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM. (2013). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. 11th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Shin JY, Nhan NV. (2009). Predictors of parenting stress among Vietnamese mothers of young children with and without cognitive delay. *J Intellect Dev Disabil* 2009; 34(1): 17-62
- Soenen S, Van Berckelaer-Onnes I, Scholte E. Patterns of intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation. *Res Dev Disabil* 2 30(3): 433-44.
- Tollenaere, C.; Willems S., Van Der Cruys B.; De Munster, L.; Van Laer, L.; Vonckers, H.; Maes, K.; Verwaeren, E. (2018). A bucket list full of challenges for deaf and hearing impaired teenagers. *Journal of Hearing Science*. 2018, Vol. 8 Issue 2, p72-73. 2p.
- Van Nieuwenhuijzen M, de Castro BO, Wijnroks L, Vermeer A, Matthys W. (2009). Social problem-solving and mild intellectual disabilities: relations with externalizing behavior and therapeutic context. *Am J Intellect Dev Disabil*, 114(1): 42-51?
- Van Nieuwenhuijzen M, Vriens A, Scheepmaker M, Smit M, Porton E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*, 32(1): 358-70.
- Vieillevoye S, Nader-Grosbois N. (2008). Self-regulation during pretend play in children with intellectual disability and in normally developing children. *Res Dev Disabil*, 29(3): 256-72.
- Westendorp M, Houwen S, Hartman E, Visscher C. (2014). Are gross motor skills and sports
- سیدمن، ا. (۱۳۹۴). روش‌شناسی مصاحبه در پژوهش کیفی. ترجمه مجتبی حبیبی، هاشم جبرائیلی و غلامرضا یادگارزاده، تهران: انتشارات فرهنگ شناسی، ۳۴-۴۶.
- سیف نراقی، مریم؛ شریعتمداری، علی؛ نادری، عزت‌اله؛ ابطحی، معصومه. (۱۳۸۸). بررسی میزان تقویت توانمند سازی شغلی در برنامه درسی دانش آموزان کم‌توان ذهنی. فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۲(۵)؛ ۱۶۰-۱۳۵.
- صدرالسادات، سیدجلال‌الدین؛ شمس اسفندآبادی، حسن؛ امامی‌پور، سوزان. (۱۳۸۱). مقایسه رفتار تطبیقی افراد عادی با افراد کم‌توان ذهنی. فصلنامه توانبخشی؛ ۳(مسلسل ۱-۲)؛ ۲۲-۲۸.
- کریمی، حسن؛ به پژوه، احمد؛ محمودی حکیمه. (۱۳۹۴). نیازسنجی پیش‌حرفه‌ای برای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. تعلیم و تربیت استثنایی. ۴ (۱۳۲): ۲۳-۳۲
- Alavi S. Z, Pakdaman Savoji A, Amin F. (2013). The effect of social skills training on aggression of mild mentally retarded children. *Social and Behavioral Science*. 2013; 84:1166-170.
- Brandon, P. (2011). Time away from smelling the roses: where do mothers raising children with disabilities find the to work? *Social science & Medicine*, 65 (4), from <http://WWW.sciencedirect.com>
- Buckley SJ, Bird G, Sacks B. (2012). Social development for individuals with Down syndrome - An overview. *Down syndrome Issues and Information* [Online]. [Cited 2012]; Available from: URL: <https://www.downsyndrome.org/information/social/overview/>
- Douma JC, Dekker MC, de Ruiter KP, Tick NT, Koot HM. (2008). Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *Am J Ment Retard*, 112(3): 207-20.
- Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM, et al. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA* 2006; 296(16): 1981-9.
- Gresham FM, Vance MJ, Elliott SN, Cook CR. (2011). Comparability of the social skills rating system to the social skills improvement system: content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School of Psychology Quarterly*. 2011; 26(1):27-44.
- Leffert JS, Siperstein GN, Widaman KF. (2010). Social perception in children with intellectual disabilities: the interpretation of benign and hostile intentions. *J Intellect Disabil Res*, 54(2): 168-80.

- review of research in mental retardation. San Diego, CA: Academic Press, 93-134.
- Witt, A., Vinter, A. (2013). Children with intellectual disabilities may be impaired in encoding and recollecting incidental information. *Research in Developmental Disabilities*, 34: 864–871.
- participation related in children with intellectual disabilities? *Res Dev Disabil*, 32(3): 1147-53.
- Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. (2013). Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence, course, and risk. *International*

