

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٥٦٧٩٥١



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

بررسی و مقایسه نگرش دانشجویان رشته های پزشکی و
دندانپزشکی نسبت به حضور افراد کم توان ذهنی در اجتماع

توسط:

جلیل عسکری

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر شهلا البرزی

۱۳۸۷ / ۹ / ۲۳

اردیبهشت ماه ۱۳۸۷

۱۰۵۷۹۵

به نام خدا

بررسی و مقایسه نگرش دانشجویان رشته های پزشکی و دندانپزشکی نسبت به حضور
افراد کم توان ذهنی در اجتماع

به وسیله ی:

جلیل عسکری

پایان نامه

ارایه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی از
فعالیت های تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته ی:

روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی شده توسط اعضای کمیته پایان نامه با درجه: بسیار عالی...

دکتر شهلا البرزی، دانشیار بخش روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی (رئیس کمیته).....

دکتر لعلیا بشاش، استاد یار بخش روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی.....

دکتر دکتر محمد خیر، استاد بخش روانشناسی تربیتی.....

اردیبهشت ماه ۱۳۸۷

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم که همواره وامدار زحمات آنهایم

و

دوست خوب زندگی ام همسر فداکارم.

سپاسگزاری

خداوند را به خاطر نعمت وجود و نعمت های بی شمارش شاکرم اکنون که به یاری اش مرحله ی دیگری از تحصیلات خود را به پایان رساندم بسی شایسته است از مقام استاد اندیشمند، گرانقدر و مهربان «سرکار خانم دکتر شهلا البرزی» و استاد بی آرایش و دلسوز «سرکار خانم دکتر لعیا بشاش» که میهمان سفره ی علم و معرفتشان بودم و هزاران نکته از وجودشان آموختم تشکر و قدردانی نمایم. همچنین از استاد مشاور عزیزم جناب آقای دکتر محمد خیر به پاس یاری بی دریغشان سپاسگزارم.

بر خود لازم می دانم از حضور استاد ارجمند جناب آقای دکتر مرتضی لطیفیان و همچنین جناب آقای دکتر سیامک سامانی که به عنوان نماینده تحصیلات تکمیلی در جلسه حضور داشتند صمیمانه تشکر نمایم.

از استاد محترم سرکار خانم دکتر سیما شهیم، سرکار خانم دکتر محبوبه البرزی و جناب آقای جلیل میرقادری و همچنین دانشجویان رشته های پزشکی و دندانپزشکی که در انجام این تحقیق مرا یاری رسانند سپاسگزارم.

جا دارد از همکاری و زحمات همسر عزیزم تشکر و قدردانی نمایم.

در آخر از دوستان عزیز و همکلاسان بزرگوام آقایان (خالویی، بهمیاری، امیدی) و خانمها (غلامزاده، مسندجم، صداقت، رزمجویی، یزدیان) و همچنین از زحمات کارشناس محترم بخش کودکان استثنایی جناب آقای حسین کاظمی و منشی بخش سرکار خانم معصومه رنجبر نهایت سپاس و تشکر را دارم.

چکیده

بررسی و مقایسه نگرش دانشجویان رشته های پزشکی و دندان پزشکی نسبت به حضور افراد کم توان ذهنی در اجتماع

به وسیله

جلیل عسکری

هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه نگرش دانشجویان رشته های پزشکی و دندان پزشکی نسبت به حضور افراد کم توان ذهنی در اجتماع می باشد. در راستای هدف فوق، ۱۲۰ نفر از دانشجویان پسر و دختر سال های اول و آخر رشته پزشکی و ۸۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر سال های اول و آخر رشته دندان پزشکی که در دانشگاه علوم پزشکی شیراز مشغول به تحصیل بودند انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای سنجش نگرش این دانشجویان از مقیاس کوتاه شده نگرش سنجش "کلاس"، توسط هنری و دیگران (۱۹۹۶) که دارای چهار بعد اختیاری، کنارگذاری، حفاظت، و شباهت بود استفاده گردید. روایی این مقیاس با استفاده از روایی صوری و همبستگی بین نمره هر سؤال در هر بعد با نمره بعد مربوطه و پایایی مقیاس نیز با استفاده از روش هایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ به صورت مطلوب احراز گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون تحلیل واریانس دوطرفه و آزمون تحلیل واریانس طرح های تکراری استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که بین نگرش دانشجویان دختر و پسر رشته های پزشکی و دندان پزشکی در خصوص ابعاد چهارگانه مقیاس کلاس تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین نتایج مبین آن است که بین نگرش دانشجویان سال اول و آخر رشته پزشکی به جز در بعد حفاظت تفاوت معنی داری وجود ندارد و برای دانشجویان دندان پزشکی، نتایج بیانگر این بود که بین دانشجویان سال اول و آخر تفاوت معنی داری وجود ندارد. مقایسه دانشجویان در ابعاد چهارگانه به وسیله تحلیل واریانس طرح های تکراری نشان داد که هر دو گروه دانشجویان پزشکی و دندان پزشکی در بعد حفاظت و شباهت بالاترین نمره و در بعد کنارگذاری کمترین نمره را کسب نموده اند. نتایج مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲	فصل اول: کلیات
۲	۱-۱. مقدمه
۳	۲-۱. نگرش
۴	۳-۱. تبعیض و کم توانی
۵	۴-۱. روابط متقابل اجتماعی و کم توانی
۶	۵-۱. نگرش ها در جهت اختیار دهی، حفاظت، شباهت و کنارگذاری
۶	۶-۱. تاثیر نگرش ها بر درمان افراد کم توان
۱۱	۷-۱. تاریخچه کم توانی ذهنی
۱۲	۸-۱. تعریف کم توانی ذهنی
۱۳	۹-۱. میزان شیوع کم توانی ذهنی
۱۴	۱۰-۱. طبقه بندی کم توانی ذهنی
۱۴	۱۱-۱. بیان مساله
۱۶	۱۲-۱. ضرورت پژوهش
۱۸	۱۳-۱. اهداف تحقیق
۱۸	۱-۱۳-۱. هدف کلی
۱۸	۲-۱۳-۱. اهداف جزئی
۱۸	۱۴-۱. تعریف عملیاتی واژه های کلیدی
۱۸	۱-۱۴-۱. دانشجویان رشته پزشکی و دندانپزشکی
۱۹	۲-۱۴-۱. نگرش
۲۱	فصل دوم: پیشینه تحقیق
۲۱	۱-۲. مقدمه
۲۱	۲-۲. تحقیقات نگرش دانشجویان رشته پزشکی نگرش دانشجویان رشته پزشکی
۲۶	۳-۲. تحقیقات نگرش دانشجویان رشته دندانپزشکی

صفحه

عنوان

۲۷	۴-۲- تحقیقات گروههای توانبخشی.....
۲۹	۵-۲- تحقیقات سایر گروهها.....
۳۲	۶-۲- تاثیر تجربه و تخصص بر نگرش نسبت به افراد کم توان ذهنی.....
۳۳	۷-۲- سن و جنس.....
۳۴	۸-۲- جمع بندی از تحقیقات پیشین.....
۳۴	۹-۲- سوالات پژوهش.....

فصل سوم

۳۷	۳- روش تحقیق.....
۳۷	۱-۳- جامعه آماری.....
۳۷	۲-۳- نمونه و نمونه گیری.....
۳۸	۳-۳- ابزار پژوهش.....
۴۰	۴-۳- ترجمه و انطباق پرسشنامه.....
۴۱	۵-۳- روایی ابزار.....
۴۱	۱-۵-۳- روایی صوری.....
۴۱	۲-۵-۳- همسانی درونی مقیاس نگرش سنج کلاس.....
۴۲	۶-۳- پایایی.....
۴۲	۱-۶-۳- بازآزمایی.....
۴۲	۲-۶-۳- ثبات درونی.....
۴۲	۷-۳- نحوه محاسبه و نمره گذاری.....
۴۳	۸-۳- اجرای آزمایشی پرسشنامه.....
۴۳	۹-۳- روش آماری.....

فصل چهارم

۴۵	۴- نتایج تحقیق.....
۴۵	۱-۴- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق.....
۴۸	۲-۴- یافته‌های اصلی تحقیق.....
۴۸	۱-۲-۴- تحلیل‌های مربوط به سؤال اول تحقیق.....
۴۹	۱-۱-۲-۴- بعد اختیاردهی.....
۴۹	۲-۱-۲-۴- بعد کنارگذاری.....
۵۰	۳-۱-۲-۴- بعد حفاظت.....
۵۱	۴-۱-۲-۴- بعد شباهت.....

عنوان	صفحه
۲-۲-۴-تحلیل‌های مربوط به سؤال دوم تحقیق	۵۱
۱-۲-۲-۴- بعد اختیاری	۵۲
۲-۲-۲-۴- بعد کنارگذاری	۵۲
۳-۲-۲-۴- بعد حفاظت	۵۳
۴-۲-۲-۴- بعد شباهت	۵۴
۳-۲-۴-تحلیل‌های مربوط به سؤال سوم تحقیق	۵۴
۱-۳-۲-۴- بعد اختیاری	۵۵
۲-۳-۲-۴- بعد کنارگذاری	۵۵
۳-۳-۲-۴- بعد حفاظت	۵۶
۴-۳-۲-۴- بعد شباهت	۵۶
۴-۲-۴- تحلیل واریانس طرح‌های تکراری برای پاسخدهی به سؤال چهارم تحقیق	۵۶
۵-۲-۴-تحلیل واریانس طرح‌های تکراری برای پاسخدهی به سؤال پنجم تحقیق	۵۹
۳-۴- یافته‌های جانبی تحقیق	۶۱
۱-۳-۴-مقایسه آزمودنیهای متأهل و مجرد از نظر بعد اختیاری	۶۱
۲-۳-۴-مقایسه آزمودنیهای متأهل و مجرد از نظر بعد کنارگذاری	۶۲
۳-۳-۴-مقایسه آزمودنیهای متأهل و مجرد از نظر بعد حفاظت	۶۲
۴-۳-۴-مقایسه آزمودنیهای متأهل و مجرد از نظر بعد شباهت	۶۳
۵-۳-۴- بررسی تأثیر ارتباط با افراد کم توان ذهنی بر بعد اختیاری	۶۳
۶-۳-۴- بعد کنارگذاری	۶۴
۷-۳-۴- بعد حفاظت	۶۵
۸-۳-۴- بعد شباهت	۶۵

فصل پنجم

۵- بحث و نتیجه گیری	۶۷
۱-۵- نتیجه گیری و کاربرد نتایج	۷۲
۲-۵- محدودیت ها	۷۳
۳-۵- پیشنهادها	۷۳
فهرست منابع	۷۴
پیوست	۸۳

فهرست جداول

صفحه	عنوان و شماره
۳۷	جدول ۳-۱. تعداد آزمودنیها بر حسب جنسیت و رشته تحصیلی.....
۴۱	جدول ۳-۲. ضریب همبستگی پیرسون بین سؤالات و ابعاد مربوطه.....
۴۲	جدول ۳-۳. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد نگرش سنج CLAS-MR.....
۴۶	جدول ۴-۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد نگرش سنج CLAS برای دانشجویان پزشکی...
۴۷	جدول ۴-۲. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد نگرش سنج CLAS برای دانشجویان دندانپزشکی
۴۸	جدول ۴-۳. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد نگرش سنج CLAS برای دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی.....
۴۹	جدول ۴-۴. تحلیل واریانس دو طرفه برای بررسی تأثیر جنسیت و رشته تحصیلی بر بعد اختیاریدهی.....
۴۹	جدول ۴-۵. تحلیل واریانس دو طرفه برای بررسی تأثیر جنسیت و رشته تحصیلی بر بعد کنارگذاری.....
۵۰	جدول ۴-۶. تحلیل واریانس دو طرفه برای بررسی تأثیر جنسیت و رشته بر بعد حفاظت.....
۵۱	جدول ۴-۷. تحلیل واریانس دو طرفه برای بررسی تأثیر جنسیت و رشته تحصیلی بر بعد شباهت
۵۲	جدول ۴-۸. میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانشجویان پزشکی در ابعاد چهارگانه مقیاس سنجش نگرش.....
۵۲	جدول ۴-۹. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان پزشکی سال اوّل و آخر در بعد اختیاریدهی.....
۵۳	جدول ۴-۱۰. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان پزشکی سال اوّل و آخر در بعد کنارگذاری.....
۵۳	جدول ۴-۱۱. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان پزشکی سال اوّل و آخر در بعد حفاظت.....
۵۴	جدول ۴-۱۲. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان پزشکی سال اوّل و آخر در بعد شباهت.....
۵۴	جدول ۴-۱۳. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد چهارگانه مقیاس نگرش سنج در دانشجویان دندانپزشکی.....

جدول ۴-۱۴. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان دندانپزشکی سال اول و آخر	در بعد اختیاری دهی.....	۵۵
جدول ۴-۱۵. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان سال اول و آخر دندانپزشکی	در بعد کنارگذاری.....	۵۵
جدول ۴-۱۶. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان سال اول و آخر دندانپزشکی	در بعد حفاظت.....	۵۶
جدول ۴-۱۷. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان سال اول و آخر دندانپزشکی	در بعد شباهت.....	۵۶
جدول ۴-۱۸. تحلیل واریانس طرحهای تکراری روی میانگین‌های ابعاد مقیاس سنجش	نگرش CLAS در دانشجویان پزشکی.....	۵۷
جدول ۴-۱۹. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد نگرش در دانشجویان پزشکی.....		۵۷
جدول ۴-۲۰. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد نگرش در دانشجویان پزشکی.....		۵۸
جدول ۴-۲۱. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای ابعاد نگرش در دانشجویان پزشکی.....		۵۸
جدول ۴-۲۲. تحلیل واریانس طرحهای تکراری روی میانگین‌های ابعاد مقیاس سنجش نگرش	CLAS در دانشجویان دندانپزشکی.....	۵۸
جدول ۴-۲۳. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد نگرش در دانشجویان دندانپزشکی.....		۵۹
جدول ۴-۲۴. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد نگرش در دانشجویان دندانپزشکی.....		۶۰
جدول ۴-۲۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای ابعاد نگرش در دانشجویان دندانپزشکی.....		۶۰
جدول ۴-۲۶. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد چهارگانه مقیاس سنجش نگرش در	دانشجویان مجرد و متأهل.....	۶۱
جدول ۴-۲۷. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان مجرد و متأهل در بعد	اختیار دهی.....	۶۱
جدول ۴-۲۸. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان مجرد و متأهل در بعد	کنارگذاری.....	۶۲
جدول ۴-۲۹. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان مجرد و متأهل در بعد	حفاظت.....	۶۲
جدول ۴-۳۰. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان مجرد و متأهل در بعد	شباهت.....	۶۳
جدول ۴-۳۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد چهارگانه مقیاس در دانشجویان دارای ارتباط	و فاقد ارتباط با افراد کم توان ذهنی.....	۶۳

۶۴	جدول ۴-۳۲. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان دارای ارتباط و فاقد ارتباط با افراد کم توان ذهنی در بعد اختیاری.....
۶۴	جدول ۴-۳۳. تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه دانشجویان دارای ارتباط و فاقد ارتباط با افراد کم توان ذهنی در بعد کنارگذاری.....
۶۵	جدول ۴-۳۴. تحلیل واریانس برای مقایسه دانشجویان دارای ارتباط و فاقد ارتباط با افراد کم توان ذهنی در بعد حفاظت.....
۶۵	جدول ۴-۳۵. تحلیل واریانس برای مقایسه دانشجویان دارای ارتباط و فاقد ارتباط با افراد کم توان ذهنی در بعد شباهت.....

فصل اول

کلیات

۱- کلیات

۱-۱. مقدمه

به صورت تاریخی افراد کم‌توان^۱ نه تنها با موانع جسمی و ذهنی کم‌توانی خود، بلکه با برچسب‌ها^۲ و نگرش‌های منفی اجتماعی مرتبط با آن نیز مواجه هستند (گوردن، تانتیلو، فیلدمن و پیرون^۳ ۲۰۰۴). مداومت نگرش منفی و طرد اجتماعی^۴ افراد کم‌توان در طول تاریخ و میان فرهنگ‌ها مستند است. فرهنگ‌های روم و یونان باستان افراد کم‌توان را به عنوان سربار جامعه و پایین‌تر از انسان عادی تلقی می‌کردند (رابین و روسلر^۵، ۱۹۹۵). افراد کم‌توان ذهنی یا به عنوان نفس‌های بد سیرت که توسط خداوند تنبیه شده‌اند یا به عنوان افرادی که توسط روح‌های اهریمنی تسخیر شده‌اند و نیاز به جن‌گیری داشتند، تلقی شده، و آن‌ها را مورد آزار و اذیت و تمسخر قرار داده و یک نوع سرگرمی برای جامعه به حساب می‌آوردند (گوردن و همکاران، ۲۰۰۴). امروزه این نگرش‌ها و عقاید منفی در مورد افراد کم‌توان هنوز شایع است و به عنوان عاملی زیان‌آور در مسیر موفقیت این افراد در زندگی محسوب می‌شود (وودراد^۶، ۱۹۹۵).

تکامل جنبش حقوق افراد کم‌توان، رشد شناخت و درمان آن را به عنوان یک رشته دانشگاهی تحت‌تاثیر قرار داد. در گوشه و کنار جهان، موسسات آموزش عالی مدارک متنوع و گواهی‌نامه‌هایی را ارائه می‌دهند که با مسائل کم‌توانی مرتبط می‌باشند. از طریق تحقیق و آموزش، رشته‌های دانشگاهی از حقوق مدنی و خودمختاری افراد کم‌توان حمایت می‌کنند. آنچه در مطالعات مربوطه به کم‌توانی ساطع می‌شود فلسفه فراگیری با هدف مشترک یک جامعه فراگیر می‌باشد.

اشلین، گرین و استون^۷ (۲۰۰۲) سه سطح فراگیری^۸ آموزش را شناسایی نمودند: فیزیکی، کارکردی و اجتماعی^۱، سطح اول فراگیری فیزیکی به قرار دادن فردی کم‌توان در یک برنامه

1. Disability

2. Stigma

3. Perrone & Feldman, Tantillo, Gordon

4. Social rejection

5. Rubin & Roessler

6. Woodard

7. Schleien, Green, & Stone

8. Inclusion

عادی اشاره دارد. سطح دوم، فراگیری کاربردی، زمانی حاصل می‌شود که افراد کم‌توان می‌توانند در محیط فراگیر شرکت و عمل کنند. فراگیری کاربردی مستلزم قابل دسترس بودن کامل تمام برنامه‌ها می‌باشد. سطح سوم فراگیری کامل^۲، که فراگیری اجتماعی نیز نامیده می‌شود، در برگیرنده ادغام فیزیکی و کارکردی افراد کم‌توان می‌باشد و زمانی حاصل می‌شود که افراد کم‌توان بتوانند تمام فرصت‌هایی که برای یک فرد عادی موجود می‌باشد را تجربه کنند.

بر طبق قوانین ایالات متحده آمریکا، افراد کم‌توان این حق را دارند تا از تمام فرصت‌ها و خدماتی که برای یک فرد عادی وجود دارد استفاده کنند و دولت باید از طریق تسهیل خدمات برای افراد کم‌توان زمینه‌ی فراگیری فیزیکی و کاربردی آنان را فراهم نماید. فراگیری کامل بالاترین سطح فراگیری به حساب می‌آید. زیرا در برگیرنده مفاهیم پذیرش اجتماعی، مشارکت کامل، آزادی و انتخاب می‌باشد (اشلین و همکاران، ۲۰۰۲). فراگیری کامل وقتی حاصل می‌شود که موانع اجتماعی موجود رفع شوند. طبق گفته هین^۳ (۲۰۰۳) افراد کم‌توان موانعی را که سر راه فراگیری کامل است را در چهار سطح تجربه می‌کنند، که یکی از این موانع نگرش است. چون نگرش‌ها در برگیرنده احساسات و تفکرات انسانی هستند که به طور ذاتی^۴ رفتار را تحت تاثیر قرار می‌دهند. برخی معتقدند که تمام اشکال دیگر موانع اجتماعی تا زمانی که نگرش‌های منفی جامعه نسبت به کم‌توانی تغییر کند وجود خواهند داشت. دگرگونی‌های که در مطالعات کم‌توانی روی داده است، کم‌توانی را به عنوان پدیده‌ای که به صورت اجتماعی به وجود آمده است در نظر می‌گیرند (گیل^۵، ۱۹۹۸). [بنا به گفته (هگنر^۶، ۲۰۰۰) کم‌توانی به عنوان یک مفهوم اجتماعی مانع از این می‌شود که جامعه، افراد کم‌توان را به عنوان اعضای برابر جامعه بپذیرد]. افراد کم‌توان به طور تاریخی تبعیض در حوزه‌های استخدام، آموزش، حمل و نقل، سرگرمی و اوقات فراغت را تجربه کرده‌اند (اندرسن و کریس^۷، ۲۰۰۳؛ هگنر^۸، ۲۰۰۰).

۱-۲- نگرش

نگرش به طور سنتی به عنوان یک شیوه عمل کردن و احساس کردن یا طرز فکر تعریف می‌شود که گرایش و نظر یک فرد را نشان می‌دهد (وبستر^۸، ۱۹۶۶). نگرش‌ها به عقاید،

¹ Physical, functional, and social

² Full inclusion

³ Heyne

⁴ Inherently

⁵ Gill

⁶ Hagner

⁷ Anderson & Kress

⁸ Webster

احساسات، فعالیت‌ها و رفتارهای متقابل ما با مردم شکل می‌دهند. به طور کلی نگرش‌ها چهار عملکرد اصلی دارند: اول اینکه نگرش‌ها عملکردی سودمندگرایانه دارند، به این معنی که مجازات و تنبیهات را کاهش داده و باعث به حداکثر رساندن میزان پاداش‌هایی می‌شوند که یک فرد می‌تواند به آن‌ها دست یابد. دوم نگرش‌ها در جهت حمایت‌تصوری که ما از خود در ذهن داریم عمل کرده و از این طریق باعث افزایش اعتماد به نفس ما می‌شوند. سوم نگرش‌ها در بیان ارزش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند و در آخر نگرش‌ها به افراد در جهت دستیابی به معنای عقاید و نشانه‌های آن کمک می‌کنند. نگرش‌ها بر چگونگی رفتار ما به عنوان یک انسان تاثیر بسیار مهمی دارند (آنتوناک و لیونه^۱، ۱۹۸۸). به طور کلی، نگرش‌ها یک فرآیند روانی پنهان هستند و تا زمانی که از طریق منابع خاص فرا خوانده شوند به طور ساکن در درون افراد باقی می‌مانند. نگرش‌ها از طریق تجربه کسب می‌شوند و ممکن است باعث شکل‌گیری پیش‌داوری در فرد گردند (آنتوناک و لیونه، ۲۰۰۰).

۱-۳- تبعیض و کم‌توانی

قانون ۱۹۹۰ آمریکا در مورد افراد کم‌توان^۲، بیان‌کننده این است که هر فرد کم‌توان حق دریافت وسایل آسایش و رفاه را دارد. با این وجود، نگرش‌های افراد عادی، باعث انزوا و کناره‌گیری هرچه بیشتر افراد کم‌توان شده است، زیرا که افراد در جامعه این قانون را به دلیل کمبود اطلاع‌رسانی، آموزش و روبرو شدن با افراد مبتلا به کم‌توانی‌های مختلف مورد توجه قرار نمی‌دهند و خود را متعهد به آن نمی‌دانند و به عنوان مانعی در کم‌نمودن شکاف بین افراد سالم و کم‌توان عمل می‌کند. مطالعات اخیر و رایج بیانگر این موضوع است که نگرش‌های منفی افراد جامعه و درک نادرست آن‌ها از افراد کم‌توان، به طور منفی بر موقعیت‌های زندگی بهینه و مستقل افراد کم‌توان تاثیر گذاشته است. به عنوان مثال بسیاری از کارفرمایان، بر خلاف قوانین تصویب شده که بر طبق آن به منظور تشویق کارفرمایان در استخدام افراد کم‌توان، به آنها مالیات تعلق نمی‌گیرد، هنوز در استخدام جمعیت کم‌توان بی‌میل هستند. کارفرمایان به این علت از استخدام افراد کم‌توان سرباز می‌زنند که از عدم وجود اخلاق‌کاری در افراد کم‌توان می‌ترسند، این در حالی است که تحقیقات نشان داده‌اند که افراد کم‌توان میزان کمتری غیبت‌کاری دارند و از اخلاق‌های کاری مشابه به جمعیت سالم جامعه بر خوردارند (مک‌کیپ^۳، ۱۹۹۳).

^۱. Antonak & Livneh

^۲. The Americans with Disabilities Act

^۳. McCabe

۱-۴- روابط متقابل اجتماعی و کم توانی

افراد سالم تمایل دارد که از افراد کم توان فاصله بگیرند، برخی از افراد سالم، حتی افراد کم توان را به این علت که احساس می کنند به دلیل کند ذهنی شان غیر طبیعی هستند، فاقد هویت و وجودی اجتماعی در این دنیا می دانند. چنین نگرش هایی می تواند بر اثر عدم روابط متقابل و درک اجتماعی و عوامل دیگری از این قبیل ایجاد شوند. نگرش ها در مورد جمعیت گوناگون افراد کم توان قادر است بر رشد تصورات قالبی و کلیشه ای، که می توانند در جهت ایجاد تبعیضات اجتماعی و ممانعت از پیشرفت بهینه در استخدام و روابط اجتماعی متقابل عمل کنند، تاثیر بگذارند. رشد چنین تصورات قالبی و کلیشه ای در زندگی روزمره می تواند به عنوان مانعی در سر راه افراد سالم یا کم توان قرار بگیرد. افراد مبتلا به کم توانی های مختلف، به علت وجود تصورات غلطی که در مورد توانایی های واقعی آنها شکل گرفته است، مورد تبعیض واقع می شوند (مک کیب، ۱۹۹۳).

نگرش های منفی که افراد جامعه در مورد افراد کم توان دارند موجب ایجاد احساس حقارت و احساس نامطلوب در ذهن افراد کم توان می گردد. به گونه ای که موجب کاهش حضور مشارکت افراد کم توان در اجتماع و فعالیت های اجتماعی می گردد. بدینی^۱ (۲۰۰۰) به ضرورت آموزش افراد عادی و هم چنین افراد کم توان در زمینه فلسفه فراگیری و نیاز به تغییر نگرش هم در افراد کم توان و عادی تا کید می ورزد.

نگرش به عنوان مانع شماره یک بر سر راه فراگیری شناسایی شده است (هین، ۲۰۰۳). تمام اشکال موانع اجتماعی در فراگیری افراد کم توان وجود خواهند داشت مگر آنکه نگرش جوامع نسبت به کم توانی تغییر کند (گیل^۲، ۱۹۹۸). و این تغییر از طریق آگاه سازی، امید به افزایش پذیرش عمومی و کاهش غرض ورزی به افرادی که توانایی های متفاوت دارند، به وجود می آید (گوردن و همکاران، ۲۰۰۴).

چن، برودین، کاردوس و چان^۳ (۲۰۰۲) اظهار می دارند که محققان باید سعی کنند که به مواردی غیر از توضیح نگرش ها نسبت به کم توانی ها بپردازند یعنی متمرکز بر راه و روش هایی شوند که به کشف نگرش های مثبت و اصلاح نگرش ها منفی نسبت به افراد کم توان منجر شود. چرا که برای مقبولیت و پذیرش کامل افراد کم توان نیاز به نگرش های مثبت نسبت به آنها در زمینه های تحصیلی، شغلی و اجتماعی و ... وجود دارد. نگرش های منفی نسبت به افراد کم توان نشان می دهد که افراد کم توان هنوز به صورت کامل در جامعه پذیرفته نشده اند. اگر محققان بر نگرش های مثبت در این زمینه برسند احتمالاً پذیرش و یکپارچگی بدست آمده است.

1. Bedini

2. Gill

3. Chen, Brodwin, Cardoso & Chan

۱-۵- نگرش ها در جهت اختیاری^۱، کنارگذاری^۲، حفاظت^۳ و شباهت^۴

بیشتر تلاش ها در بررسی نگرش ها به افراد کم توان ذهنی، آنان را به عنوان افراد نسبتاً منفعل از دیگران به تصویر کشیده است و تنها در دهه اخیر بود که ابعاد اختیاری و خود وکالتی^۵ افراد کم توان ذهنی مورد توجه قرار گرفت (هنری، دودوانی، کیس، کریستوفر و بالساژر^۶، ۱۹۹۶). کیس، بالساژر، بارتونک و فوستر^۷ (۱۹۹۶) گزارش می دهند که نگرش مثبت نسبت به افراد کم توان ذهنی به عنوان افرادی موثر و قابل قبول در اجتماع با افزایش تأیید اختیار دهی و شباهت این افراد با مردم عادی و کاهش طرد و حفاظت از این افراد در جامعه همراه است، به نحوی که این افراد به عنوان کسانی در نظر گرفته می شوند که بر زندگی خود کنترل و نظارت دارند و قادر به استقلال در تصمیم گیری اند.

۱-۶- تأثیر نگرش ها بر درمان افراد کم توان

چنین به نظر می رسد که افراد کم توان در مقایسه با افراد عادی از حداقل دسترسی به خدمات پزشکی برخوردارند و در این رابطه مشکلات زیادی نیز دارند. همچنین می توان اظهار کرد که افراد کم توان ذهنی مانند دیگر افراد جامعه، خدمات پیشگیرانه و همچنین برنامه های ارتقای بهداشتی را به طور مؤثر و کارآمدی دریافت نمی کنند (دراوژول و بنج^۸، ۲۰۰۲؛ به نقل از وب و روگرز، ۲۰۰۲).

گزارش ها از کودکان کم توان خبر می دهند که مشکلات مربوط به بهداشت دهان و دندان از جمله "ارتودنسی"^۹ در این افراد رو به افزایش می باشند ولی با این حال در مقایسه با افراد عادی، مراقبت های کمتری از آنها صورت می گیرد و از خدمات کمتری برخوردار می باشند. این ممکن است به دلیل نگرش ها و دانش متخصصان دندانپزشکی باشد (هالبرگ، استراندمارک و کلینگبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۴).

افرادی که مسئولیت هایی در ارتباط با افراد کم توان دارند و به خصوص خانواده های افراد کم توان معتقدند کم توانی ها به طور اعم، در برنامه های دوره های پزشکی یک موضوع فراموش

1. Empowerment.

2. Exclusion.

3. Sheltering.

4. Similarity.

5. Self-advocacy

6. Henry, Duvdevany, Keys, Christopher & Balcazar.

7. Keys, Balcazar, Bartunek & Foster

8. Durvasula & Beange.

9. Orthodontic

10. Hallberg, Strandmark & Klingberg

شده است. علی رغم رشد درک و شناخت این موضوع در برخی دانشکده های پزشکی این کمبود مشهود است به نحوی که اکثر پژوهشگران و خانواده های افراد کم توان معتقدند فرزندشان به خوبی توسط پزشکان سرویس داده نمی شوند (هالبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). برای مثال در پژوهش آیر و آلازویسکی^۱ (۱۹۸۴) به نقل از می^۲ و دیوید (۱۹۹۱) به این نتیجه رسیدند که مادران افراد کم توان ذهنی معتقدند کارورزان پزشکی، دانش، ادراک و تجربه مشکلات خانواده های افراد کم توان ذهنی را ندارند و نمی توان از آنها کمک مطلوب و مؤثری برای فرزندشان انتظار داشت.

ارائه خدمات دندانپزشکی با کیفیتی بالا برای افراد کم توان، چالشی است که فرا روی متخصصان امر قرار دارد (دیمارس و فرتپی،^۳ ۱۹۹۷). افراد دارای کم توانی های خاص، اشخاصی با کم توانی های مزمن جسمی، رشدی، رفتاری یا شرایط خاص هیجانی می باشند که به طور بالقوه ای یک یا چند فعالیت اساسی زندگی آنها محدود شده است و نیازمند خدمات دندانپزشکی و بهداشتی فراتری از آنچه به افراد عادی ارائه می شود، می باشند (آکادامی دندانپزشکی آمریکا،^۴ ۲۰۰۴). مزمن بودن بیماری های دهانی و دندانی و همچنین بیماری های لثه، وضعیت کم توانی اولیه را پیچیده تر و مزمن تر می کند (بنت^۵، ۱۹۹۸). اگر چه می توان مراقبت و همچنین درمان دندانی افراد دارای کم توانی را به عنوان بخشی از مسئولیت های دندانپزشکان در نظر گرفت، اما رویکرد عمومی و کلی به مراقبت های دندانی موضوعی ایده آل می باشد (امری، آوایا و اشیکاوا^۶، ۱۹۸۳). در کشور نیجریه و در مقایسه با افراد عادی، تنها گروه اندکی از افراد دارای کم توانی به طور عادی درمان می شوند (اوردگبا و سانو^۷ ۲۰۰۶). موضوعات و پیامدهای زیادی وجود دارد که باید در ارتباط با این روند مورد مطالعه قرار گیرد. پیامدهای نظیر تأثیرات حرفه ای و اجتماعی و همچنین یافته های مربوط به پژوهش والدین در کشورهای توسعه یافته نتایج حاکی از آن است که بسیاری از کارورزان دندانپزشکی به علت آموزش های اندک، تجربه، علاقه و دستمزدهای اندک، علاقه چندانی برای کار با افراد کم توان و درمان آنها ندارند (والدمن و پیرلمن^۸ ۲۰۰۱). آموزش و تجربه به طور دقیقی با درمان و عدم درمان فرد دارای کم توانی در ارتباط است (ناگاما، مک ناب، واندرلیند، کوب، مور، میلیگرون و کلودول^۹، ۲۰۰۲). نگرش ها و باورهای والدین نیز تعیین کننده چگونگی دریافت مراقبت های دندانی و درمان بیماری های مرتبط با آن می باشد و همچنین نگرش های اجتماعی در درمان

^۱. Ayer & Alaszewski

^۲. May

^۳. Demars & Frtpied

^۴. American Academy of Pediatric Dentistry

^۵. Bennett

^۶. Ohmori I, Awaya & Ishikawa

^۷. Oredugba & Sanu

^۸. Waldman & Perlman

^۹. Nagahama, McNabb, Vanderlinde, Cobb, Moore, Milgrom & Coldwell

افراد دارای کم توانی مؤثر است (ناگاما و همکاران، ۲۰۰۲). تأمین سلامت دهانی و دندانی افراد دارای کم توانی، نیازمند دانش تخصصی، مهارت و آگاهی بالایی در تماس و تعامل و درمان این افراد می‌باشد (آکادامی دندانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۴). بسیاری از دندانپزشکان بر این باورند که اطمینان اندکی در خود برای کنترل افراد دارای کم توانی می‌بینند (الیور و نان^۱، ۱۹۹۶). این امر پیامد مستقیم آموزش و کارآموزی اندک در دندانپزشکی افراد دارای کم توانی های خاص در بسیاری از برنامه های بهداشت دهان و دندان دوره های عمومی می‌باشد (کینگ^۲، ۲۰۰۰). یادگیری مهارت های ارتباطی بین شخصی مناسب باید بخش عمده ای از برنامه های آموزشی سلامت باشد و این واحدهای درسی باید در برنامه هایی که برای متخصصان ارائه می‌شود، گنجانده شود (تیکر، کی و گیل^۳، ۲۰۰۰). برنامه های مراقبت و درمان بیمار های دهانی افراد دارای کم توانی باید همچنین شامل کنترل و تعدیل رفتارهای مقاومتی بیمار و تغییراتی در روش های جاری درمان باشد دانشگاه فلوریدا^۴، ۲۰۰۴). این فرآیندها رفتار چالش برانگیز و مقاومتی افراد دارای کم توانی های خاص را در زمان درمان بر طرف می‌کند (بنت، ۱۹۹۸).

مانی^۵ (۱۹۸۷) معتقد است که تبعیضات ناشناخته و غیر قابل تشخیص اغلب نقش عمده ای را در نظرات و تفکرات افرادی که با انواع کم توانی سروکار دارند ایفا می‌کند. واینپل^۶ (۱۹۸۷) بحث می‌کند که پزشکان، دیگران را در نگرش های منفی خود سهیم می‌کنند و نسبت به کم توانی های مزمن نگرش های منفی اضافی دارند. زیرا این بیماری ها اغلب غیر قابل درمان می‌باشند. کلین^۷ (۱۹۸۲) نشان می‌دهد که پزشکان نسبت به انواع خاصی از بیماران خود نگرش ها و احساسات منفی ای از خود بروز می‌دهند. به نحوی که گروه های مختلف بیماران از خدمات مختلف پزشکی و بهداشتی متفاوتی برخوردار می‌باشند و خدمات یکسانی را دریافت نمی‌کنند. نورد هولم^۸، ۱۹۸۰ به نقل از داک وورد^۹، ۱۹۸۸، نشان می‌دهد بیمارانی که مشکلات جسمی و ذهنی نداشته اند در مقایسه با افراد کم توان از خدمات بهتر و بیشتری برخوردارند. براساس گفته تیزر و شفر^{۱۰} (۱۹۹۰) درمیان پژوهشگران توافقی کلی و عمومی وجود دارد که نگرش ها پاسخ های ارزشی به موضوعی خاص می‌باشند. این ارزش گذاری مبتنی بر اعتقادات، احساسات، تجربه های گذشته افراد از موضوع یا شخص می‌باشند.

نگرش ها و علایق عمومی، نقش حیاتی در تسهیل یا جلوگیری تصویب قوانین درباره افراد دارای کم توان دارند (پریسی^۱، ۱۹۹۵) و همچنین براساس گفته هن^۲ (۱۹۹۳)، خط مشی

¹. Oliver & Nunn

². King

³. Theaker, Kay & Gill

⁴. College of Dentistry, University of Florida

⁵. Mooney

⁶. Wainapel

⁷. Klen

⁸. Nordholm

⁹. Duckworth

¹⁰. Tesser & Shafer.