

بهداشت روانی کودکان استثنایی

خدانظر رحمت زهی^۱، عبدالحکیم خزائی^۲ منیره ایرنگانی^۳، اسماء شهناوی^۳،

فرزانه مجیدزاده^۳، شهین ریگی^۳

^۱استاد دانشگاه فرهنگیان زاهدان.

^۲کارشناس مسئول پژوهش دانشگاه فرهنگیان زاهدان.

^۳دانشجویان کارشناسی رشته ی آموزش و پرورش ابتدایی دانشگاه آزاد واحد خاش.

نام نویسنده مسئول:

خدانظر رحمت زهی

چکیده

امروزه توجه به بهداشت روان کودکان استثنایی اهمیت زیادی پیدا کرده است. بنابراین جا دارد والدین و مربیان بستری را فراهم کنند تا این کودکان نه فقط فرصت‌های مناسب را از دست ندهند، بلکه با انگیزش، محیط، امکانات و محتوای غنی، برنامه‌ها و روش‌های آموزشی غنی، نو و جذاب، مربیان باتجربه، خانواده پرتحرک و امیدوار و به‌طور کلی محیطی جذاب، شاداب و سازنده به بهداشت و سلامت روان لازم نیز دست یابند. خانواده به عنوان نخستین مربیان کودک در آموزش و پرورش فرزندان سهم بسزایی دارد و فرد را می‌سازد و آماه ورود به مرحله ی دیگری دبستان می‌نماید در این بین در بعضی از خانواده ها کودکانی وجود دارند که نسبت به دیگر کودکان عادی به نظر نمی‌آیند و در یادگیری و درک مسائل دیرآموزتر هستند که نقش خانواده را در تربیت و آموزش مشکلتر می‌اسزند امروزه مشارکت جدی خانواده های کودک دارای نیازهای ویژه در فرایند آموزش و توانبخشی بیش از پیش احساس می‌شود زیرا بدون همکاری و توجه فامز پدر و مادر پیشرفت کودک با مشکل رو به رو می‌شود آموزش موثر در مورد این کودکان بدون مشارکت جدی والدین نمی‌تواند به نحو شایسته ای صورت پذیرد و ضروری است از محیط زندگی، فرهنگ و ارزشهای حاکم بر آن محیط آگاهی یابند تا بتوانند برنامه ای آموزشی و توانبخشی خود را بارور نمایند بنابراین با توجه به اهمیت ارتباط بین خانواده و کودکان استثنایی در حل مسائل آموزشی و توانبخشی ضروری است به شناسایی و بررسی نقش خانواده در آموزش اینگونه کودکان پرداخته و درصد رفع چالشها و تهدیدهای آن باشیم. رعایت بهداشت روانی به طور اعم و بهداشت روانی کودکان استثنایی به شکل اخص آن به ما کمک خواهد کرد تا در آینده، انسان های بالغ و سالمی از نظر بدنی و روانی داشته باشیم. در رعایت اصول بهداشت، در درجه اول باید مسئله پیشگیری مورد نظر باشد. چون که اسکلت و استخوان بندی روانی و شخصیتی انسان در دوره کودکی شکل می‌گیرد و با توجه به اینکه شخصیت انسان به دوره کودکی و نوجوانی مربوط است، تقریباً تا حدود سن ۱۸ سالگی دیگر بازی ها تمام می‌شود. بنابراین باید تمامی آثار و تمدن، فرهنگ، آموزش و پرورش تا این سن در فرد تبلور یابد.

واژگان کلیدی: کودکان استثنایی، بهداشت روانی، عقب ماندگی ذهنی، سلامت روان.

مقدمه

بهداشت روانی کودکان و نوجوانان استثنایی و به‌ویژه والدین آنها و مسائل و مشکلات مربوطه، بخش عمده‌ای از گستره کنونی مبحث بهداشت روانی را دربرمی‌گیرد. امروزه با افزایش روزافزون جمعیت دنیا، علیرغم تلاش‌های اصولی و عمومی در کاهش میزان تولد کودکان استثنایی به‌ویژه گروه‌های واجد محدودیت‌های خاص (معلولین) کماکان با تعداد بی‌شماری از این کودکان مواجه هستیم. کودکانی که از زمان تولد و در خلال مراحل رشد و تحول تا بزرگسالی و بالاخره تا زمانی که زنده هستند، مسائل و مشکلات روانی - اجتماعی و اقتصادی متعددی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند و آنها را به زندگی با خود و تحمل مشکلاتشان ناگزیر می‌سازند. به واسطه این مشکلات، کودک و اعضای خانواده‌اش سلامت روان خود را از دست می‌دهند و در سایر امور زندگی فردی و اجتماعی به سستی و بی‌رغبتی می‌گیرند. بدین ترتیب تأمین بهداشت روانی آنان ضرورت می‌یابد، ضرورتی که پاسخ به آن به سادگی ممکن نیست. تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعدد حاکی از آن است که والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند. در چنین موقعیتی گر چه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد بررسیها نشان داده اند که والدین دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تری دارند (میکائیلی، ۱۳۸۸). در سالهای اخیر در کشور ایران مانند سایر کشورهای جهان علاقه بخصوص مهم از طرف مقامات دولتی و هم از جانب مردم به امر بهداشت روانی نشان داده شده است و اثرات آن در بهبود و اوضاع بیمارستانهای روانی و به کاربردن روشهای صحیح در پیشگیری مشاهده می‌گردد. عدم سازش وجود اختلالات رفتار در جوامع انسانی بسیار مشهور و فراوان است و در هر طبقه و صنفی و در هر گروه و جمعی اشخاص نامتعادل وجود دارند. هر شخص ممکن است گرفتار ناراحتی روانی شود خود به خود کافی نیست زیرا که بهداشت فقط منحصر به تشریح علل اختلالات رفتار نبوده بلکه هدف اصلی آن پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها می‌باشد. پیشگیری عبارت است از به وجود آمده عاملی که مکمل زندگی سالم و نرمال باشد و نیز درمان اختلالات جزئی رفتار به منظور جلوگیری از وقوع بیماریهای شدید روانی است. یکی از شرایط اصولی بهداشت اصولی بهداشت روانی این است که شخص به خود احترام بگذارد و خود را دوست بدارد (شاملو، ۱۳۷۶) در طول یک قرن گذشته بسیاری از روانشناسان اتفاق نظر دارند که انسان نیازمند به عزت نفس است.

تاریخچه

تاریخچه بهداشت روانی با توجه به وجود بیماریهای روانی از زمانی که بشر وجود داشته و مخصوصاً زندگی اجتماعی را شروع کرده همواره بوده است. از اسناد و مدارک موجود چنین استنباط می‌شود که تا اواخر قرن هجدهم و همزمان با انقلاب کبیر فرانسه از تاریخچه بهداشت روانی اطلاعات کافی در دست نیست. به علت جهل و بی‌سوادی بروز بیماریهای روانی، اختلالات رفتاری و بیماریهای روانی را به دخالت ارواح خبیثه و شیاطین، قدرتهای ماورای انسانی و نفوذ عوامل طبیعی مانند خورشید، ماه و رعد و برق در بدن می‌دانستند و عقیده داشتند که باید این بیماریها با نیروهای ماوراء الطبیعه، وساطت افراد مقدس در نزد خدا بهبودی یابند و این شفاعت موقعی اتفاق می‌افتد که بیمار در خواب باشد. اولین بار بقراط فیلسوف مشهور یونانی بود که خرافات را درباره بیماریهای روانی کنار گذاشت و اختلالات روانی را به طرف پزشکی کشانید و مغز را مرکز اصلی روان دانست. اطلاعات جسته‌گریخته وجود دارد که تا قرن چهاردهم مکانهایی برا مواظبت و نگهداری بیماران روانی در مونت کاسینو ایتالیا و بیمارستانی در لیون فرانسه و در پاریس و همچنین بنامدن بیمارستان بتلم در لندن در سال ۱۲۴۷ (اولین بیمارستان تقریباً رسمی و دولتی) و در سال ۱۳۸۵ بیمارستان سنت بارتولومودر لندن در نزدیک کلیسای سنت بارتولومو وجود داشته است. در اسپانیا اولین بیمارستان روانی در سال ۱۴۰۹ در شهر والنسیا بوسیله یک کشیش اسپانیایی ایجاد شد و علت آن رفتار استهزا آمیز و آزاردهنده افراد نسبت به بیماران روانی در ملاء عام و خیابانهای آن زمان بوده است در اثر اقدام و پیشنهاد این کشیش از سال ۱۴۱۲ تا ۱۴۸۹ پنج بیمارستان دیگر در نقاط دیگر اسپانیا ساخته شد و در سال ۱۵۶۷ به علت نفوذ اسپانیاییها اولین بیمارستان روانی در شهر مکزیکو بنا نهاده شد روی این اصل نقش اسپانیایی‌ها در بنا نهادن بیمارستانهایی روانی و مواظبت از بیماران روانی هم در قدیم و هم امروزه از اهمیت قابل توجهی برخوردار بوده و هست. در قرن ۱۷ ارتباط جسم و روان و محل این ارتباط در سلسله اعصاب مورد بحث قرار گرفت. و دکارت و مالپکی ویلیس و سایرین مراکز برای این ارتباط فراهم کردن. در قرن ۱۸ مسئله به همان طریق قرن ۱۷ ادامه یافت و مؤسسات خیریه در کشورهای کاتولیک بنابه پیشنهاد کشیشها تأسیس شد. در ایران معاصر از سال ۱۲۹۳ توجه به امر درمان و بهداشت روانی آغاز شد. برای اولین بار در بیمارستان سینا مکانی برای نگهداری بیماران روانی در نظر گرفته شد. در سال ۱۳۱۵ برای اولین بار در دانشکده

پزشکی دانشگاه تهران تدریس بیماری‌های روانی جزء برنامه‌های آموزشی قرار گرفت و در سال ۱۳۳۹ برنامه بهداشت و پرستاری روانی برای مربیان آموزشگاه‌های پرستاری از طرف وزارت بهداشت در دوره‌های یکساله ترتیب داده شد و تدریس 'بهداشت روانی' در اکثر آموزشگاه‌های پرستاری و بهیاری آغاز گردید.

بیان مسئله

امروزه با افزایش روز افزون جمعیت دنیا علیرغم تلاشهای اصولی و عمومی در کاهش میزان تولد کودکان استثنایی بویژه گروه‌های واحد محدودیت خاص (معلولین) کماکان با تعداد بیشتری از این کودکان مواجه هستیم کودکانی که از زمان تولد در خلال مراحل رشد و تحول تا بزرگسالی و بالاخره تازمانی که زنده هستند مشکلات روانی-اجتماعی و اقتصادی متعددی را به خانواده و جامعه تعدیل می کند به واسطه ی این مشکلات کودک و اعضای خانواده اش و سلامت روان خود را از دست می دهند. شناخت کودکان استثنایی اولین گام در مسیر نیل به اهداف بهداشت این طبقه از افراد است. این کودکان برای اینکه بتوانند از کل اسعادهای خویش استفاده کنند نیاز به آموزش و پرورش خدماتی از قبیل امکانات و شیوه های تأمین بهداشت روانی خاص هستند. یکی از طبیعی ترین گروه هایی که می تواند نیازهای انسان را خشنود کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است. حتی اگر کودک کم توان ذهنی، نابینا، یا ناشنوا باشد. کم توان ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می آید. تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعدد حاکی از آن است که والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند. در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند، فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد.

اهداف پژوهش

بهداشت روانی باعث ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط است و حفظ تعادل روانی او در ارتباط با تغییرات و دگرگونی‌های محیط خود می شود و نیز به تطابقی مؤثر و سازنده دست یابد. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می شود. در پایان تمامی این موارد در تعریف سلامت روانی باید این نکته را در نظر داشت که هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، باید با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود دچار استیصال نشود و خود را به وسیله جامعه طرد نسازد فردی دارای سلامت روانی است. خانواده علاوه بر تربیت درست باید به بررسی خصوصیات روانی و پیشگیری کودکان استثنایی از نظر مشکلات روحی و هم چنین از نظر ذهنی بپردازد.

ضرورت و اهمیت

منظور از کودکان استثنایی به عنوان یک اصطلاح تخصصی تفاوت‌های طبیعی و جزئی میان افراد نیست چرا که این کودک از نظر هوش، جسم، روان و اجتماعی به میزان قابل توجهی نسبت به همسالان خود متفاوت است. شناخت کودکان استثنایی اولین گام در مسیر نیل به اهداف بهداشت این طبقه از افراد است. این کودکان برای اینکه بتوانند از کل اسعادهای خویش استفاده کنند نیاز به آموزش و پرورش خدماتی از قبیل امکانات و شیوه های تأمین بهداشت روانی خاص هستند.

کودکان استثنایی

تعریف کودکان استثنایی: کودک استثنایی قبل از هر چیزی یک کودک است و سپس کودکی است با خصوصیات و ویژگیهای استثنایی نسبت به سایر کودکان. منظور از کودکان استثنایی به عنوان یک اصطلاح تخصصی تفاوت‌های طبیعی و جزئی میان افراد نیست چرا که این کودک از نظر هوش، جسم، روان و اجتماعی به میزان قابل توجهی نسبت به همسالان خود متفاوت است. تعریف دیگری که میتوان از کودکان استثنایی ارائه داد یعنی شخصی که در مرحله رشد یا به عبارت دیگر پیش از ۱۸ سالگی قرار دارد و نسبت به هنجارهای جامعه (از نظر هوشی و کارکرد های جسمی) عملکرد پایین تری دارد بعنوان کودک استثنایی شناخته می شود. در بحث های تخصصی به دلیل نیاز به مراقبت های خاص به این کودکان، کودک با نیاز های ویژه می گویند.

بهداشت روانی

از نظر سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی عبارتست از «قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب». بهداشت روانی، یعنی سازش با خود و محیط اجتماعی و فشارهای مکرر زندگی. منظور از سازگاری، ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط است که باعث حفظ تعادل روانی او در ارتباط با تغییرات و دگرگونی‌های محیط خود شود و نیز به تطابق مؤثر و سازنده دست یابد. شناخت کودکان استثنایی، اولین گام در مسیر نیل به اهداف بهداشت این طبقه از انسان‌هاست. کودکان استثنایی برای اینکه بتوانند از کل استعداد خویش استفاده کنند، نیازمند آموزش و پرورش ویژه و خدماتی از قبیل امکانات و شیوه‌های تأمین بهداشت روانی خاص هستند. به‌طور متوسط، حدود ۱۲ درصد از کودکان و دانش‌آموزان سنین ۱۸-۶ ساله، تحت عنوان کودک استثنایی شناخته می‌شوند؛ کودکانی که ظرفیت‌ها و توانایی‌های آنها کمتر یا بیشتر از میانگین است. به این ترتیب مفهوم کودکان استثنایی می‌تواند دو گروه عمده را پوشش دهد:

۱. گروه کودکان استثنایی بدون محدودیت ویژه مانند کودکان تیزهوش و سرآمد ۲. گروه کودکان استثنایی با محدودیت ویژه مانند عقب‌ماندگی ذهنی، ناشنوایی، نابینایی، معلولیت‌های حرکتی - جسمی، اختلالات خاص یادگیری یا افراد دارای بیماری‌های خاص از جمله قند و صرع.

می‌دانیم که هم محیط و هم ساختار بیولوژیک فرد، در بروز مشکلات کودکان استثنایی دخیل هستند. از جمله علل بیولوژیک می‌توان به ژنتیک، عدم تعادلات شیمیایی و صدمه به سیستم اعصاب مرکزی اشاره کرد. این عوامل در علم پزشکی "اختلالات نوروبیولوژیک" نامیده می‌شود. بسیاری از عوامل محیطی نیز می‌توانند کودکان را در معرض خطر قرار دهند. برای مثال کودکانی که با طرد، خشونت و طلاق مواجه می‌شوند، بیشتر در معرض مشکلات بهداشت روان قرار دارند.

بهداشت روانی کودکان استثنایی

یکی از گرایش‌های مهم بهداشت روانی، گرایش خانواده‌محور است. در گرایش خانواده‌محور، تأکید بر این است که عوامل مخرب بهداشت روانی در محیط خانواده، شناسایی شوند تا خانواده بتواند کارکردهای مؤثر خود را بروز دهد. آگاهی والدین از نارسایی و معلولیت فرزندشان ممکن است ناگهانی یا تدریجی باشد، اما انواع واکنش‌های اولیه آنان ثابت است. دو نوع واکنش نخستین، بروز می‌کند. "واکنش‌های زودگذر" از قبیل خشم، حسرت، اضطراب و بازماندن از فعالیت‌ها و "واکنش‌های پایدار" از قبیل احساس گناه، ناکامی، اندوه مزمن، ناامیدی و احساس عدم تداوم نسل.

فرایند رویارویی والدین با پدیده معلولیت: پذیرش یا طرد کودک

به تدریج والدین، واقعیت محدود و معلول بودن فرزندشان را می‌پذیرند؛ زیرا این پذیرش عاملی اساسی و حیاتی در تداوم زندگی است. یکی از چارچوب‌های پذیرش والدین، شامل موارد زیر است:

الف. آگاهی از مساله (خبردار شدن)

ب. تشخیص و بازشناسی چیستی مساله

ج. جستجوی علت یا علل

د. جستجوی شیوه‌ها و تدابیر درمانی

ه. پذیرش کودک (پذیرش واقعیت)

وقتی واقعیت کودک استثنایی پذیرفته نشود، او بی‌شک از جانب والدین طرد می‌شود. اولیای کودک عقب‌مانده، باید محدودیت‌های او را بپذیرند و مطابق گنجایش محدود او، رفتار نمایند. آنها باید از توقعات زیادتر از ظرفیت کودک بپرهیزند. موقعیت کودکانی که ضریب هوشی بین ۸۰ تا ۵۰ دارند، به مقدار زیاد بستگی به سلامت عاطفی آنها دارد. اگر چنین کودکی اعتماد به نفس داشته باشد و اولیاء را پشتیبان خود بداند و احساس کند که آنان انتظار بیش از حد از او ندارند، قادر به سازگاری با مشکلات محیط خواهد بود. پذیرش این حقیقت که کودکان عقب‌افتاده از لحاظ پیشرفت فکری و اجتماعی محدودند، کلید سلامت روان آنهاست.

پیشگیری از معلولیت‌ها

همواره بحث بر سر این است که بهداشت باید قبل از درمان مورد توجه باشد و پیشگیری از ابتلا به هر بیماری یا معلولیتی، باید قبل از ابتلا به آن انجام گیرد. زیرا علاوه بر آنکه ابتلای کودک به هر نوع معلولیت، آینده او را تباہ می‌کند و یا لاقول فرد معلول را در گذران زندگی با مشکلاتی مواجه می‌سازد، خانواده وی را نیز دچار نگرانی و مشکلات اجتماعی، روانی و اقتصادی می‌نماید. با توجه به بالا بودن هزینه

آموزش، نگهداری و توانبخشی کودکان معلول، مخرجی اضافی نیز علاوه بر مشکلات عدیده، بر جامعه تحمیل می‌شود. از طرفی چون برخی از معلولیت‌ها فعالیت و تحرک را کم می‌نماید، بازدهی اقتصادی و اجتماعی فرد معلول نیز محدود می‌شود و از این طریق مقدار زیادی از نیروی خلاق و فعالی که باید از آن به نفع جامعه بهره‌برداری گردد، به هدر می‌رود. لذا باید تمهیداتی اندیشیده شود که تا حد ممکن از تولد فرزند معلول جلوگیری شود و پس از تولد نیز با رعایت بهداشت، درمان به موقع و سایر موارد لازم پزشکی و درمانی کودک را در مقابل ابتلا به محدودیت‌ها محافظت نمود و در صورت ابتلا با استفاده از خدمات درمانی و توانبخشی به موقع، از پیشرفت آن جلوگیری کرد. یکی از ابزارهای مهم پیشگیری، آگاهی مردم و جامعه از علل معلولیت‌ها و در نتیجه به کارگیری شیوه‌های پیشگیری و رعایت نکات ایمنی است. برای انجام این مهم باید به جامعه آگاهی لازم داده شود؛ زیرا اکثر خانواده‌ها به خصوص زوج‌های جوان با مسائل مربوط به بارداری و مشکلات این دوران بیگانه‌اند. وسائل ارتباط جمعی به خصوص تلویزیون که از هر دو امکان دیدن و شنیدن بهره می‌گیرد، در هوشیاری و آگاهی مردم نسبت به موارد مرتبط با مسائل کودک، معلولیت کودکان و نحوه پیشگیری و در نهایت توانبخشی کودکان معلول و استثنایی می‌تواند نقشی بسیار مهم و اساسی داشته باشند

آگاهی ها در مورد عقب ماندگی های ذهنی

- عقب ماندگی ذهنی بیماری نیست اما می تواند در اثر بیماری های مختلف بوجود آید
- عقب ماندگی ذهنی روانی نیست اما می تواند اختلال رفتاری و آسیب های روانی به همراه داشته باشد
- عقب ماندگی ذهنی تنبلی و تن پروری نیست اما ضعفها و کم توانایی های فرد در انجام کارهای گروه ناشی از آن است
- عقب ماندگی ذهنی فلج مغزی نیست اما اکثر کودکان فلج مغزی دچار عقب ماندگی ذهنی هستند
- عقب ماندگی ذهنی قابل تشخیص و ارزیابی و توصیف است اما نسبت به نوع عقب ماندگی این متفاوت است

راهکارهای برای سلامت روانی کودکان استثنایی

با توجه به مشکلاتی که در خانواده های کودکان عقب مانده پدید می آید، آموزش خانواده نقش اساسی دارد و صلاحیت و خودپنداره آنها را در نگهداری یا کنار آمدن با واقعیتی به نام داشتن فرزند عقب مانده، افزایش می دهد. در این راستا باید به والدین فرصت بیان احساسات مربوط به گناه، ناامیدی، غمگینی، انکار، خشم مرتبط با اختلال کودک و آینده او داده شود و با ارائه جدیدترین اطلاعات در زمینه علل، درمان و سایر گستره های وابسته به والدین مانند آموزش ویژه و اصلاح نقصهای حسی، توانایی آنها را در کنار آمدن با مشکل فرزندشان افزود. بطور کلی زمینه های مورد توجه مشاوران کودکان استثنایی می تواند در سه زمینه گسترده باشد، که علاوه بر مشاوره سازگاری شخصی و مشاوره حرفه ای برای کودکان عقب مانده، مشاوره خانوادگی را نیز در بر می گیرد، که در این زمینه احساس گناه، تعارض و نگرشهای متناقض نسبت به کودکان ناتوان و احساس طردی اصطلاحاتی که اغلب صاحب نظران در توصیف احساسات والدین کودکان عقب مانده یا دچار اختلالات دیگر به کار می برند، مورد توجه مشاوران قرار می گیرد.

بنابراین کودکان استثنایی را می توان به دو گروه تقسیم بندی کرد:

- ۱- کودکان استثنایی با محدودیت ویژه مثل کودکان عقب مانده ی ذهنی و ناشنوا و نابینا و...
 - ۲- کودکان استثنایی بدون محدودیت ویژه مثل کودکان تیزهوش و سرآمد
- عقب مانگی ذهنی: انجمن عقب مانگی ذهنی آمریکا عقب مانگی ذهنی را چنین تعریف می کند(عقب مانگی ذهنی مربوط می شود به کنش پائین تر از حد متوسط عمومی هوش که در دوران رشد ظاهر شده و همراه با اختلالاتی در رفتار سازشی است)

طبقه بندی عقب ماندگی ذهنی

عقب مانگی ذهنی براساس میزان بهره ی هوشی از خفیف تا بسیار شدید تعیین می گردد که البته طبقه بندی های مختلفی صورت گرفته است که ما فقط به یکی از آنها اشاره می کنیم جدید ترین طبقه بندی مربوط به چهارمین طبقه بندی راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی به چهار دسته تقسیم می کند:

- ۱-عقب مانگی ذهنی خفیف
- ۲-عقب مانگی ذهنی متوسط
- ۳-عقب مانگی ذهنی عمیق

۴- عقب ماندگی ذهنی با شدت

علل عقب ماندگی ذهنی

در زمینه علل عقب ماندگی ذهنی دانشمندان به بیش از دو هزار علت دست یافته اند البته هنوز علت‌هایی هم ناشناخته مانده است. انجمن نقایص ذهنی آمریکا عوامل عقب ماندگی ذهنی را به ۹ گروه تقسیم بندی کرده است:

- ۱- عفونت ها و مسمومیت ها
- ۲- زخم با عوامل فیزیکی
- ۳- تغذیه و سوخت و ساز
- ۴- بیماریهای مغزی فاحش
- ۵- نا هنجاری های کروموزومی
- ۶- اختلالات دوران حاملگی
- ۷- عقب مانگی های ناشی از اختلالات روانی
- ۸- عوامل محیطی
- ۹- عوامل ناشناخته ی قبل از تولد

پیشگیری

این دانسته ها هر چند محدود اما می تواند ما را در پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی یاری نماید.

پیشگیری اولیه: جلوگیری از ظهور عوامل ایجاد کننده بویژه قبل از تولد

۱- مراجعه به مراکز مشاوره و مشاوره ژنتیک ازدواج قبل از تولد در صورت وجود مواردی مثل ازدواج فامیلی، ابتلای یکی از طرفین به بیماری هایی مثل صرع، بیماری قندی و...

۲- ممانعت از بارداری زنان در سنین بسیار کم وبالا

۳- عدم استعمال دخانیات و مواد مخدر توسط مادران

۴- تزریق به موقع واکسن ها

پیشگیری ثانویه: عقب ماندگی ذهنی درمان ندارد. بهترین راه کنترل جلوگیری از بروز آن است و هرچه قدر زودتر تشخیص داده شود اقدامات اساسی در همه جهات انجام گیرد تا آنچه در توانایی ذاتی کودک نهفته است خودنمایی نکند.

پیشگیری ثالث: انجام مشاوره خانواده و فردی در جهت محدود کردن تأثیرات عقب ماندگی ذهنی ضرورت دارد. استفاده از روشهای توصیه شده توسط افراد متخصص در تقویت و حفظ کارایی عملی این افراد می تواند باعث افزایش اعتماد بنفس و سازگاری های آنها و... بشود.

راه های درمان مناسب

یکی از دغدغه های اصلی کودکان استثنایی و افراد با نیاز های ویژه یافتن روش های مناسب درمانی است. درمان در افراد با نیازهای ویژه را می توان به چند دسته تقسیم کرد:

• درمانهای تخصصی

در برخی موارد درمانی تخصصی و متخصص حضور دارند (مانند ADHD) ، دارو درمانی، شیوه های تخصصی کاردرمانی و شیوه های رواندرمانی مناسب برای کودک و خانواده اش.

• درمان های حمایتی

در بعضی موارد درمانی تخصصی و مشخص هنوز کشف نشده و این یکی از بزرگترین چالش های کودکان استثنایی است. چرا که در این فضا افراد سوذجو و سوء استفاده گر (جن گیر، فالگیر و...) به اسم درمان به اوضاع روانی و اقتصادی این افراد و خانواده هایشان آسیب می زنند. در این گونه موارد فضای تخصصی درمانی یک فضای حمایتی، پیشگیری از پیشرفت اختلال و کمک به افزایش کارایی فرد است و پیگیری راه های تخصصی و مراجعه به متخصص از اهمیت بالایی برخوردار است.

• توانمندسازی

در دسته ای دیگر از اختلالات هیچگونه درمان قطعی وجود ندارد یا اگر هست به ندرت می تواند مسأله اصلی را به طور کامل درمان کند (مانند نابینایی). در این گونه موارد درمان تخصصی شامل توانمند سازی فرد در سایر زمینه ها و افزایش کارایی وی با توجه به اختلال و زندگی کارآمد و با کیفیت حتی با وجود این اختلال است. در اکثر موارد اختلالات کودکان استثنایی برگشت پذیر است، به این معنی که ممکن است بخشی از مسیر بهبود و درمان طی شود اما ادامه ندادن به هر دلیلی یا وقفه در درمان می تواند منجر به عود ویژگی های اختلال شود. درمانهای کودکان استثنایی انواع مختلفی دارد، انتخاب درمان مناسب با توجه به ویژگی های اختلال و ویژگی های کودک مهم است. متخصصان با توجه به ویژگی های خاص هر کودک و نوع اختلال بهترین درمان را پیشنهاد می دهند.

پیشنهادات

پدران و مادرانی که فرزند استثنایی دارند هرگز از داشتن فرزند استثنایی خود احساس کمبود و ناراحتی نکنید. شما انسانهای برترید و مسئولیتی بزرگ و ارزنده بر عهده دارید. فرزند شما می تواند انسانی مفید به حال خود و جامعه گردد. با کمک شما کودک عزیز شما بر هر نقص و مشکلی فایق می گردد و زندگی و آینده اش تامین می شود. به حال خود تاسف نخورید و به خاطر داشتن فرزندی معلول، زندگی را بر خود و دیگران تلخ نسازید. بدون شک خدمت شما به فرزندتان ارزشی بالا و والا دارد، ارزشی که نزد خداوند و بندگان او با هیچ چیز قابل مقایسه نیست، ارزشی در حد یک عبادت و شاید بالاتر از آن.

نتیجه گیری

فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرایند با مشتقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم این مشکلات، باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. رعایت بهداشت حاملگی پرهیز از اشعه، دارو، ضربه به شکم، تغذیه مناسب مادر، جلوگیری و کنترل نمودن عفونت های مادر زادی و... در پیشگیری اولیه بسیار موثر هستند. محافظت کودک پس از تولد بخصوص در دوره نوزادی و هیپوتیروئیدی نیز در مداخله ی درمانی به موقع در موارد بیماری، مثل کم کاری تیروئیدی جلوگیری از بروز عقب ماندگی ذهنی اهمیت دارد و ایجاد سازمان ها و مدارس برای آموزش و تربیت بعد از تولد کودکان دارای اهمیت زیادی است. کودکی که شما مشتاقانه در انتظار او هستید، در نهایت به دنیا می آید، اما بنا به دلایلی ممکن است کودکی نباشد که شما در انتظار او به سر می برید. شاید اول مشکل را انکار کنید و یا توقع داشته باشید به شما بگویند آن چه در مورد مشکل کودکتان شنیده اید، کاملاً اشتباه بوده است. این قابل درک است، زیرا از عده یک مشکل غیرقابل انتظار برآمدن و پذیرفتن فوری آن ممکن است برای همه مشکل باشد، اما به خاطر داشته باشید هر قدر بیشتر به خود اجازه دهید که در مورد شرایط کودک خود اطلاع کسب کنید، بیشتر امکان دارد که شرایط را راحت تر پذیرفته و در نتیجه قادر شوید به کودک خود کمک کنید. این حتی به شما کمک می کند تا از اندوه کودکی که رویای آن را داشتید رهایی یابید و به دوست داشتن کودک استثنایی خود عادت کنید. طرح و اجرای یک برنامه آموزش والدین به خانواده ها کمک می کند تا جنبه های موثر و قابل فهم رفتار با فرزندانشان را درک کرده و به افزایش مهارت هایشان بپردازند. مشکلات دانش آموزان استثنایی زنجیره ای از عوامل فردی و اجتماعی است که نیازمند دیدی جامع نگر و نظام مند به استعدادها توانایی ها و علائق، شخصیت، ساختار و وضعیت خانواده و سایر متغیرهای محیطی است. مشاور مدرسه با آگاهی از ارتباطات گاتنگ مشکلات تحصیلی با زمینه های روانی-اجتماعی دانش آموزان، به معلمان کمک می کند تا با بررسی های همه جانبه مشکلات و نقاط قوت و ضعف درسی و رفتاری شاگردان بتوانند راه حل یا راه های مناسب را انتخاب و برای اجرای آنها برنامه ریزی نمایند و در نهایت عملکرد دانش آموزان در ابعاد مختلف بهبود یابد. والدین کودکان استثنایی ممکن است در معرض آسیب های جدی مانند افسردگی های دامنه دار باشند. بعضی از این والدین نیز با مشکلاتی چون عدم پذیرش واقعیت رو به رو هستند، و در واقع نمی توانند به فرزندان خود کمک کنند، و در عین حال خود نیز دارای مشکلاتی هستند و لازم است برای حل این مشکلات مورد مشاوره قرار گیرند. شناخت مشکلات و علل آنها در کودکان استثنایی از مهم ترین عوامل کمک به آنها می باشد.

منابع و مراجع

- [۱] سمپوزیوم عقب ماندگی ذهنی، هادی سلیمی اشگوری
- [۲] کودک عقب مانده ذهنی، ترجمه فرهاد ماهر
- [۳] ماری، آ. و اسپنله، ر. (۱۳۷۲). مفهوم نقش در روان‌شناسی اجتماعی، چاپ اول، (ترجمه ابوالحسن سروقدمقدم)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- [۴] مینوچین، س. (۱۳۸۹). خانواده و خانواده‌درمانی، چاپ هفتم، (ترجمه باقرثنائی)، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- [۵] منصف‌زاده تبریزی، م. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه واکنش مادران عقب‌مانده ذهنی و مادران کودکان عادی در پذیرش یا عدم پذیرش فرزند پسر خود در مدارس ابتدایی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۶] محمدی، ک. (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های مؤثر در نگهداری از کودک عقب‌مانده ذهنی در خانه یا سپردن او به مراکز بهزیستی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۷] ملک‌پور، م.، فراهانی، ح.، آقایی، ا. و بهرامی، ب. (۱۳۸۵). «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی»، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲، ۶۷۶-۶۶۱.
- [۸] محسنی، م. (۱۳۷۹). مقدمات جامعه‌شناسی، چاپ پنجم، تهران: نشر دوران.
- [۹] مجردکاهانی، ا. و قنبری هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۹۰). «ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳، ۴۱۲-۳۹۹.
- [۱۰] نظری، ش. (۱۳۸۴). بررسی نظر والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش‌زا و میزان سازگاری آنان با این عوامل در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته پرستاری، دانشگاه تهران.
- [۱۱] نوروزی، م. (۱۳۷۷). بررسی تأثیر عملکرد خانواده در ابتلاء به اختلال روانی نوجوانان گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- [۱۲] ویسمه، ع. (۱۳۸۴). رابطه برخی عوامل با نگرش معلمان نسبت به آموزش تلفیقی دانش‌آموزان دیرآموز در مدارس تلفیقی، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۸، ۴۶۴-۴۵۱.
- [۱۳] پاکزاد، محمود؛ کودکان استثنایی، سازمان چاپ و انتشارات، ۱۳۸۰، چاپ اول، صص ۵۵-۵۴.