

مقدمه‌ای بر بهداشت روانی افراد با نیازهای ویژه

دکتر مجید یوسفی لویه
اساتذہٴ عالیہ، دانشکادہٴ آزاد اسلامی (بہار، مرکز تبریز)

بهداشت روانی شامل ارزیابی، برنامه‌ریزی و پیشگیری، مدیریت موردی، درمان (ویست، نامبرز، میرزو و آرمرسترز، ۲۰۰۰) و آموزش‌های تحولی می‌شود.

آنچه در زمینه‌ی ارزیابی خدمات بهداشت روانی به کودکان با نیازهای ویژه مطرح است، یکی نوع دیدگاه روان‌شناختی نسبت به این گروه از کودکان و دیگری چگونگی سازمان‌دهی خدمات بهداشت روانی به آنهاست. هر چند که گروه‌های مختلف کودکان با نیازهای ویژه بر اساس یک ویژگی بارز طبقه‌بندی شده‌اند، اما همواره این خطر آنها را تهدید می‌کند که ما در ارزیابی خدمات بهداشت روانی به آنها دیدگاه مبتنی بر ناتوانی داشته باشیم. در این صورت از نکته مهمی که در تعریف بهداشت از نظر سازمان بهداشت جهانی آمده است، غفلت ورزیده‌ایم و آن تأکید بر جنبه‌ی مثبت بهداشت یعنی بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی است. چنین تعریفی از بهداشت بر نوعی نگرش سیستمی به انسان از جمله افراد با نیازها و ویژه استوار است.



از دیدگاه سیستمی، انسان سیستمی است که از نظام حیاتی متغیر و فرایندها و تعامل‌های پویا بین اجزاء و محیط و نیز از عناصری که ساخت و رفتار آنها در ارتباط با کارکرد کل سیستم تعریف می‌شود، تشکیل شده است (فرشاد، ۱۳۶۴). در این تعریف، نظام حیاتی متغیر بر توجه به جنبه تحولی و تکامل انسان تأکید دارد. در واقع هر فرد در مسیر تحول نوعی گرایش ذاتی به انسجام

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱ و ۱۹۹۳) به نقل از کمیته اصطلاح‌شناسی و طبقه‌بندی ادهاک (۲۰۰۲)، بهداشت حالتی از بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی کامل، و نه تنها عدم ناتوانی، تعریف شده است. این تعریف بر جنبه مثبت بهداشت تأکید دارد. به این معنی، تندرستی و سلامتی نبود ناتوانی نیست. تندرستی و سلامتی به خودی خود یک هدف است. نگرانی‌هایی که در زمینه مسایل بهداشتی افراد با نیازهای ویژه یا افراد استثنایی از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی مطرح می‌باشد، مشابه مسائلی است که در مورد افراد عادی وجود دارد. حتی می‌توان اظهار داشت که افراد با نیازهای ویژه (استثنایی) به دلیل ناتوانی‌ها و محدودیت‌هایی که در کارکرد فردی دارند، در حیطه‌های بهداشتی با دشواری‌های بیشتری روبه‌رو می‌باشند. برای نمونه مطالعه نیوچک و همکاران (۱۹۹۸)، نشان داد بسیاری از کودکان با نیازهای ویژه با موانع جدی در مراقبت‌های بهداشتی روبه‌رو هستند.

با توجه به تعریف بهداشت از نظر سازمان بهداشت جهانی، شاید بتوان بهداشت روانی را حالتی از بهزیستی روانی دانست که با کارکرد مؤثر و سازنده در زندگی فردی و اجتماعی متناسب با ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و امکانات همراه است. آنچه بهداشت روانی را به عنوان یک هدف تحقق می‌بخشد، خدماتی است که در چهارچوب راهنمایی، مشاوره و روان‌درمانی ارزیابی می‌شود. هر چند که بر مبنای تعریف راهنمایی (کمک به فرد برای درک بهتر خود و جهان پیرامون)، مشاوره و روان‌درمانی، جزیی از قلمرو راهنمایی محسوب می‌شوند. با وجود این، فرایند راهنمایی به پیشگیری و ارتقای سطح بهداشت روانی (فردی و گروهی) می‌پردازد. فرایند مشاوره بر ارزیابی خدمات یاریگرانه به منظور کمک به فرد یا افراد در سازگاری و انطباق با چالش‌های مرتبط با مشکلات خود، دیگران و جهان پیرامون تأکید دارد و سرانجام روان‌درمانی در راستای درمان، ترمیم و رفع محدودیت‌ها و ناتوانی‌های روان‌شناختی تا حد امکان گام بر می‌دارد. خدمات

انسان با تبادل اطلاعات با محیط نظام وجودی خویش را با شرایط محیطی هماهنگ می‌کند و بر نظم خویش می‌افزاید (فرشاد، ۱۳۶۲). این افزودن بر درجه انتظام خویش، با مفهوم مؤثر زیستن، یا بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی آن طور که در تعریف بهداشت آمده است، همخوانی دارد.

برخورداری از نگرش سیستمی به افراد با نیازهای ویژه در وهله نخست مانع از نگرش مبتنی بر ناتوانی نسبت به آنها خواهد

از نظر سازمان بهداشت جهانی، شاید بتوان بهداشت روانی را حالتی از بهزیستی روانی دانست که با کارکرد مؤثر و سازنده در زندگی فردی و اجتماعی متناسب با ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و امکانات همراه است.

شد. در واقع فرد با نیازهای ویژه نیز فردی است که از نظام حیاتی متغیر و پویا برخوردار می‌باشد. فرد با نیازهای ویژه انسانی از ماتمند، هدفمند، فعال، نظام آفرین و خلاق است، که اگر شرایط متناسبی برای او فراهم شود قادر به تغییر و تنظیم کارکردهای خویش است. در واقع هر یک از افراد با ناتوانی هوشی، ناتوانی



یادگیری، پریشانی‌های عاطفی و رفتاری، اختلال‌های زبانی، نقص شنوایی، نقص بینایی یا آسیب‌های جسمانی به علل مختلف در برخی از خرده سیستم‌های جسمانی، روانی و اجتماعی دچار نوعی ناتوانی شده و همین امر توازن سیستمی آنها را بر هم زده

و سازمان یافتگی بیشتر و دستیابی به مرتبه عالی تری از انطباق و سازگاری دارد. این گرایش ایجاب می‌کند که هر فرد با تغییر شرایط درونی و بیرونی، همواره پویا و فعال باشد تا بتواند به هماهنگی و انتظام عالی تر دست یابد. دستیابی به این تعادل پویا از راه روابط درونی (مانند رابطه بین شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به گونه‌ای که برای مثال با تغییر یک فکر می‌توان نوع هیجان و رفتار خویش را تغییر داد) و روابط بیرونی (مانند رابطه بین ما با دیگران، طبیعت و محیط فیزیکی و تبادل اطلاعات با آنها به گونه‌ای که برای مثال با تغییر و بهبود الگوی ارتباطی مادر کودک، هر دو می‌توانند به مرتبه‌ی عالی تری از انطباق دست یابند) میسر است.

«فرایندها و تعامل‌های پویا بین اجزاء و محیط» در تعریف مذکور بر این تأکید دارد که از هرگونه برخورد تجزیه‌گرایانه با انسان خودداری کنیم و او را برای مثال مجموعه‌ای از رفتارها یا موجودی اجتماعی در نظر نگیریم که فقط تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، تربیتی یا اجتماعی، رفتاری را از خود بروز می‌دهد. بلکه در نظر داشته باشیم که از یک سو هر فرد به عنوان یک کلیت، از عناصری (مانند عناصر شناختی، هیجانی، جسمانی، رفتاری و اجتماعی) تشکیل شده است که بین این عناصر پیوند و ارتباط وجود دارد. به عنوان نمونه، انسان توانایی آفرینش اطلاعات بدون محرک‌های خارجی را دارد، یعنی اطلاعات اندوزش شده در حافظه را بازیابی کرده، به تغییر و تبدیل و تلفیق آنها پرداخته و طی فرایند پردازش اطلاعات به اطلاعات جدیدی دست می‌یابد که ماهیت متفاوتی از اطلاعات پیشین دارد. دیگر اینکه انسان قادر است به کمک حافظه در برخورد با محیط خارج، از اطلاعات و تجربه‌های پیشین خویش بهره گرفته و در حل مشکلات و مسایل به کار گیرد. بنابراین رفتار انسان تنها واکنشی به محرک‌های محیطی نیست (برتالنفی، ترجمه پریانی، ۱۳۳۶).

از سوی دیگر، کلیت هر فرد با جهان پیرامون در ارتباط است. در این ارتباط، فرد هم قادر به تبادل اطلاعات با دیگران و محیط است، هم از جهان پیرامون تأثیر می‌پذیرد و هم بر آن اثر می‌گذارد و هم بر مبنای پس داد دریافتی از محیط قادر به تنظیم، تعدیل و کنترل رفتار خویش است. وجود شبکه‌های وسیع پس داد، کنترل و اطلاعات نه تنها امکان ارتباط مؤثر با محیط خارج را فراهم می‌کند، بلکه در تغییر و تنظیم رفتار نقش عمده‌ای ایفا می‌کند.

برخورداری از نگرش سیستمی به افراد با نیازهای ویژه در وهله نخست مانع از نگرش مبتنی بر ناتوانی نسبت به آنها خواهد شد.





است و به دنبال آن در فعالیت‌های روان‌شناختی، انسجام، نظم و یکپارچگی خود را از دست داده‌اند. هر چند که در این افراد برخی خرده سیستم‌ها دچار آسیب شده‌اند، اما از آنجا که بین خرده سیستم‌ها و عناصر آنها (مانند مؤلفه‌های هوشی، هیجانی، رفتاری، اجتماعی و جسمانی) از تباطؤ متقابل وجود دارد، کارکرد کلی فرد را تحت تأثیر قرار داده و سازگاری شخصی او را کاهش داده است. همچنین چون این افراد به تبادل و تعامل متقابل با سیستم‌های پیرامونی از جمله خانواده، دوستان، مدرسه و محیط اجتماعی و فیزیکی می‌پردازند، به سبب ناتوانایی‌هایشان که محدودیت‌های کارکردی را در آنها ایجاد می‌نماید، در ایجاد و حفظ توازن در روابط خودشان با جهان پیرامون و برآورده ساختن انتظارهای خانوادگی اجتماعی و عملکرد متناسب با مقتضیات، به نسبت نوع و شدت ناتوانی‌هایشان دچار مشکل خواهند شد و این امر به سازگاری

تجزیه‌گرایانه به افراد با نیازهای ویژه است.

در نظر گرفتن این نکته نیز حائز اهمیت است که افراد با نیازهای ویژه صرف نظر از نوع ناتوانی‌هایشان، معمولاً به دلیل محدودیت‌های کارکردی، نامتناسب بودن شرایط زندگی به طور عام و شرایط آموزشی به طور خاص و نیز پس‌دادهایی که از خود و محیط پیرامونی دریافت می‌کنند، با مشکلاتی از جمله مفهوم خود و عزت نفس آسیب‌دیده، ضعف در مهارت‌های رویارویی، ضعف توانایی حل مسأله‌پایین، ضعف در مهارت‌های ارتباطی، ضعف در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و مشکلاتی در نظام انگیزشی روبه‌رو می‌باشند. مشکلات اخیر، الزاماً از نوع ناتوانی آنها ناشی نمی‌شود، بلکه بیشتر به پس‌داد اطلاعاتی منفی‌ایی مربوط است که آنها از خود و جامعه دریافت می‌کنند.

این پس‌دادهای منفی، آنها را در دستیابی به تعادل پویا و انسجام و یکپارچگی در کارکردهای روان‌شناختی با دشواری روبه‌رو می‌کند. این امر بیشتر بیانگر ضعف و کاستی‌های موجود در ارایه خدمات بهداشتی به ویژه خدمات بهداشت روانی به افراد با نیازهای ویژه است.

بنابراین، در ارایه خدمات بهداشت روانی به کودکان استثنایی



اجتماعی آنها لطمه می‌زند (یوسفی لویه، ۱۳۷۴).

بر خورداری از نگرش سیستمی به افراد با نیازهای ویژه، در وهله دوم مانع از برخورد تجزیه‌گرایانه با آنها خواهد شد. تأکید بر ناتوانی در فرایند تشخیص و مداخله‌های درمانی و آموزشی و عدم توجه به سایر توانایی‌ها و ظرفیت‌های این افراد برای رشد کردن، برخورد‌های موضعی یا ناتوانی و نقایص آنها، جداسازی آنها از خانواده و محیط اجتماعی و تمرکز صرف بر برنامه‌های آموزشی، توان بخشی یا درمانی بر فرد، همه ناشی از نوعی رویکرد

**در ارایه خدمات بهداشت روانی به کودکان استثنایی
هر گونه برنامه‌ای که فاقد یک نگرش سیستمی باشد، با
شکست روبه‌رو می‌شود.**

برخورداری از نگرش سیستمی به افراد با نیازهای ویژه، در وهله دوم مانع از برخورد تجزیه گرایانه با آنها خواهد شد.

و والکر^۱ (۱۹۹۰) و بر اثربخشی سریع، پایدار و نظامدار خدمات بهداشت روانی هنگامی که این خدمات در مدرسه ارائه می شود، تأکید شده است (برای نمونه میرز، ۲۰۰۱ و برکوئیز^۲، ۲۰۰۱)؛ ضرورت دارد که در جامعه ما به سامان دهی خدمات بهداشت روانی با بهره گیری از متخصصان ذیربط در داخل مدارس همگام با برنامه های عادی سازی و آموزش فراگیر توجه شود.

۵) با وجود این که افراد با نیازهای ویژه گروه های مشخص و از پیش تعیین شده ای دارند، ولی در برنامه خدمات بهداشت روانی باید ماهیت بی همتای هر فرد (قطع نظر از نوع ناتوانی) مورد توجه قرار گیرد به گونه ای که این برنامه بتواند تمام نیازهای روان شناختی فرد را مرتفع سازد.

۶) تواناسازی افراد با نیازهای ویژه در بهره گیری از زندگی عادی و لذت بردن از آن تا حد امکان از دیگر محورهای برنامه خدمات بهداشت روانی است.

۷) ایجاد و تقویت ارتباطات بین رشته ای در میان متخصصان مختلف در خدمات بهداشت روانی افراد با نیازهای ویژه از جمله پزشکان، روان شناسان، مددکاران اجتماعی و مشاوران می تواند دستیابی به سلامت روان و بهزیستی روانی و اجتماعی افراد با نیازهای ویژه را تسهیل و تسریع نماید.

هر گونه برنامه ای که فاقد یک نگرش سیستمی باشد، با شکست روبه روی می شود. بلکه برنامه ای موفق است که محورهای زیر را مدنظر قرار دهد:

۱) ترمیم نوع ناتوانی (برای مثال ترمیم آسیب شنوایی تا حد ممکن) و تأکید بر استفاده ی حداکثر از کمترین توانایی در آن مقوله خاص (برای مثال حداکثر استفاده از باقی مانده شنوایی)

۲) کاهش تأثیرهای نوع ناتوانی بر کارکرد کلی و عمومی کودک استثنایی از راه به کارگیری سایر توانایی های فرد

۳) کاهش اثرات نوع ناتوانی بر سازگاری شخصی کودک استثنایی از راه ترمیم روابط بین سایر سیستم های روانی مانند: نظام شناختی، نظام انگیزشی، نظام هیجانی، نظام رفتاری و در نظر گرفتن تأثیرهای متقابل آنها

۴) کاهش اثرات نوع ناتوانی بر سازگاری اجتماعی (با خانواده، همسالان، مدرسه و محیط اجتماعی) از راه آموزش های عمومی رسمی و غیر رسمی، طرح ریزی برنامه هایی برای جلب مشارکت افراد حقیقی و حقوقی اعم از خانواده کودکان استثنایی، خانواده کودکان بهنجار، همسالان بهنجار و همکاری بین مدارس و مؤسسه و نهادهای اجتماعی در برنامه های بهداشت روانی کودکان استثنایی. مطالعه ویست و همکاران (۲۰۰۰) نیز آرایه خدمات گسترده ی بهداشت روانی را مستلزم فراهم کردن شرایط مناسب برای همکاری نزدیک بین مدارس و مؤسسه های اجتماعی دانسته است.

از آنجا که برخی بررسی ها نشان داده است که مدارس مهمترین محل تدارک و آرایه خدمات بهداشت روانی برای کودکان استثنایی است (برای نمونه پالفری^۳، سینگر^۴، رافائل^۵





1. Newacheck
2. Weist
3. Nabors
4. Myers
5. Armbruster
6. Palfrey
7. Singer
8. Raphael
9. Walker
10. Berkovitz

منابع:

- برتالنفی، لودویک فون. (۱۳۶۶). نظریه عمومی سیستم ها، (کیومرث پریانی، مترجم). تهران: نشر تندر فرشاد، مهدی (۱۳۶۲). نگرش سیستمی، تهران: امیرکبیر.
- یوسفی لویه، مجید. (۱۳۷۴). نگرش سیستمی به روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۴: ۱۳-۱۰.
- AAMR Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (2002). Mental retardation: Definition, classification and systems of support. Washington, DC: AAMR.
- Berkovitz, L. H. (2001). Evaluation of outcome in mental health consultation in schools, *Child and Adolescence Psychiatry Clin N Am. Lo* (1): 93- 103 .
- Myers, H.A. 3rd. (2001). Consultation in the classroom. *Child and Adolescence Psychiatry Clin N Am. Lo*(1): 169-177.
- Newacheck, P.W. ; Strickladd, B., Shonkoff, J.P., Perrin, J.M. , Mepherston , M. McManus, M. Lauver , C. Fax , h. , Arango , P. (1998) . An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. Io 2 (p+1): 117- 23.
- Palfrey , J.S. , Singer , J.D. , Raphael , E. S. & Walker , D.K. (1990) . Providing therapeutic services to children in special educational placements: An analysis of the related services provisions of public law 94-124 in five urban school districts. *Pediatrics*. 85(4): 518 - 25.
- Weist, M.D., Nabors, L.A. , Myers, C.P., Armbruster, P. (2000). Evaluation of expanded school mental health programs. *Community Mental health Journal*, 36(4): 395-411.