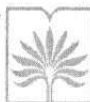


عزت نفس و سلامت روان
(دروائیدین کودکان عقب مانده ذهنی)

محمد جواد صادقی

www.ketab.ir



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران	سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور	عزت نفس و سلامت روان (در والدین کودکان عقب مانده ذهنی) / محمدجواد صادقی.
مشخصات نشر	فیض آباد مهولات: موسسه فرهنگی انتشاراتی جالیز، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری	۱۰۱ ص: ۵/۲۱×۵/۱۴؛ س.م.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۶۷۷۴-۱۸-۵ : ۲۲۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	فیب
یادداشت	کتابنامه.
موضوع	والدین کودکان استثنائی -- ایران -- بهداشت روانی
موضوع	Parents of exceptional children -- Iran -- Mental Health
موضوع	والدین کودکان توان خواه -- ایران -- روان شناسی
موضوع	Parents of children with disabilities -- Iran -- Psychology
موضوع	عزت نفس -- جنبه های روان شناسی
موضوع	Self-esteem -- Psychological aspects
رده بندی کنگره	۳۰۰/۴۵۰۹۵۵
رده بندی دیویی	۵۷۰۹۲۰۵
شماره کتابشناسی ملی	

عزت نفس و سلامت روان

در والدین کودکان عقب مانده ذهنی

مؤلف: محمد جواد صادقی

ناشر: موسسه فرهنگی انتشاراتی جالیز

چاپ: اول، تابستان ۱۳۹۸ / ۱۰۰۰ نسخه

قطع: وزیری / تعداد صفحه: ۱۰۱

قیمت: ۲۲۰.۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۷۷۴-۱۸-۵

طراح جلد: صالح مقدم

صفحه آرائی: محمد ناصر مرادپور

فهرست مطالب

۱	مقدمه
۶	بیان مسئله
۱۱	اهمیت و ضرورت موضوع
۱۵	تعاریف و مفاهیم
۱۵	عزت نفس
۱۵	سلامت روان
۱۶	کم‌توان ذهنی
۱۸	مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی
۲۱	عزت نفس در قرآن مجید
۲۳	عزت نفس کلی
۲۴	مؤلفه‌های اساسی عزت نفس
۲۵	ماهیت عزت نفس
۲۶	نظریات مرتبط با عزت نفس
۲۶	نظریه‌ی جامعه
۲۶	نظریه‌ی یاد
۲۸	نظریه‌ی کولی
۲۹	نظریه‌ی سانیون
۳۰	نظریه‌ی روزنبرگ
۳۱	نظریه‌ی هورنای
۳۲	نظریه‌ی آدنر
۳۳	سلامت روان
۳۵	سلامت روانی
۳۵	تعاریف سلامت روانی

۳۸	تعریف بهداشت روان در فرهنگ‌های مختلف
۴۱	اصول بهداشت روانی
۴۳	خصوصیات افراد دارای سلامت روانی
۴۷	عوامل مؤثر در تأمین سلامت روان
۴۷	نقش خانواده در تأمین سلامت روان
۴۸	نظریات مرتبط با سلامت روانی
۴۸	نظریه زیگموند فروید
۴۹	نظریه آدلر
۵۰	نظریه سالیون
۵۱	نظریه کارل راجرز
۵۱	نظریه آلبرت ایس
۵۴	نظریات نوین مبتنی بر شناخت درمانی
۵۴	نظریه وینبام گلاس
۵۵	نظریه اسکینر
۵۹	بهره‌یابی از شناختی
۶۲	عقب مانده ذهنی
۶۲	عقب مانده ذهنی آموزش پذیر (EMR)
۶۳	ویژگی‌های کودک استثنایی
۶۴	نیازهای والدین کودکان استثنایی
۶۵	احساسات و اندیشه‌های کودکان استثنایی
۶۶	پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با موضوع
۶۴	منابع و مآخذ



مقدمه

یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی، نابینا، یا ناشنوا باشد. کم‌توان ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید.

تولد و حضور کودکی کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش را تلقی شود که احتمالاً تداوم، سرخوردگی، احساس غم و نومیذی 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 محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند. در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کودک آن، آسیب می‌بینند، فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند کم‌توان 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 منصرف از سرخ علق 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 اصول 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 ارتباط دارند که نشان نیاورند به عزت نفس است. در ادبیات روانشناختی مطالب مفصلی درباره عزت نفس وجود دارد و تا امروز تحقیقات و مطالعات زیادی درباره عزت نفس و ارتباط آن با متغیرهای متعدد دیگر انجام گرفته است که بیشتر تحقیقات این مطلب مهم و اساسی را باید می‌کنند که عزت نفس بالا از عوامل مثبت و مؤثر در بهداشت روانی و عزت نفس پایین از عوامل مستعد کننده ناراحتی‌های روانی می‌باشد. عزت نفس عبارت است از احساس ارزشمند بودن، این حس از مجموع افکار احساسات، عواطف و تجربیاتمان در طول زندگی ناشی می‌شود. همه افراد، صرف نظر از سن، جنسیت، زمینه فرهنگی، جهت و نوع کاری که در زندگی دارند، نیازمند عزت نفس هستند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس



خوبی نیز به زندگی دارند. آن‌ها می‌توانند با اطمینان، مشکلات مواجه شوند و از عهده آن‌ها بر آیند (کلمز ۱۳۷۵).

کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر به گروهی از کم‌توانان ذهنی اطلاق می‌شود که دارای بهره هوشی ۵۰ تا ۷۵ هستند و از نظر سنی در محدوده ۶-۱۲ در قرار دارند. در پژوهش‌های اخیر، منظور از کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر کسی است که بر اساس تشخیص کارشناسان سنجش آموزش و پرورش در آموزشگاه‌های استثنایی مشغول به تحصیل هستند. همچنین والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی از جمله گروه‌های مورد بررسی در مطالعات حاضر هستند. در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می‌شود که مشکل کم‌توان ذهنی یا نابینایی و ناشنوایی ندارد و دچار اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی ندارد. کودک استثنایی را والدین نا تنها به یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان تحت تأثیر قرار می‌دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران‌ناپذیری را بر بیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابله با ضایعه گاه به جایی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب‌پذیری می‌شود. 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 سازگار باشد و در برابر تعارض‌های اجتناب‌ناپذیر درونی خود دچار استیصال نشود و خود را به وسیله جامعه طرد نسازد فردی است دارای سلامت روانی (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶).

تقریباً ۶۰ سال پیش سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن تعریف کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۴). جاهد (۱۹۵۸) از نداشتن بیمار روانی به عنوان معیار سلامت روانی

انتقاد و به جای آن معیارهای چندگانه را برای سلامت روانی ارائه کرد. متأسفانه تا مدت‌ها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در کاربرد این دیدگاه‌های در قلمروهای علمی و عملی مشاهده نشد. سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی‌گیرد. اغلب روان‌پزشکان، روان‌شناسان و محققان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند. تلاش‌هایی که در جهت گذر از الگوهای تنگ سلامتی صورت گرفته گر چه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته ولی کافی نیست. البته الگوهای جدید سلامت بر به‌طور عمده بر ویژگی‌های منفی تأکید دارند و در آن‌ها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحریک، درد، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سروکار دارند. در دهه گذشته ریف و همکارانش (۱۹۲۶) الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود. پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود) رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط). الگوی ریف به‌طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مؤلفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد.

از ویژگی‌های عمده انسان آگاهی او از رفتار خود و برخورداری وی از نیروی تفکر است، انسان می‌تواند از رفتار خود آگاه باشد و در برخورد با مسائل و امور مختلف از نیروی تفکر خود استفاده کند، اما انسان همیشه از آنچه که انجام می‌دهد آگاه نیست، به سخن دیگر گاهی انسان عملی را انجام می‌دهد که اما از انگیزه رفتار خود یا هدف آن رفتار آگاه نمی‌باشد. وقتی والدین برای اولین بار با این حقیقت روبرو می‌شوند که کودکان استثنایی است واکنش آن‌ها پیامدهایی خواهد داشت، وجود کودک معلول ذهنی اثرات عمیقی بر روی نحوه ارتباط یک یک افراد خانواده با هم و هریک از آن‌ها با کودک معلول وارد می‌سازد و همین اثرات آشوبناک چنانچه به گونه‌ای منطقی و چاره جویانه قابلیت حل نیابند ضایعات جبران ناپذیر بر والدین، سایر نوباوگان خانواده خصوصاً کودک معمول باقی می‌گذارد. واکنش‌های شایع والدین ممکن است به صورت احساس گناه ناکامی و محرومیت انکار واقعیت یا کتمان حقیقت اضلراب و نگرانی باشد میلانی فر (۱۳۴۷).

این قبیل واکنش‌ها تا زمانی که به کنترل درمی‌آیند و تعامل نشوند نه فقط سلامت روانی اعضای خانواده را به مخاطره می‌اندازند بلکه نوع تعامل و ارتباط اعضای خانواده و کودک معلول ذهنی یا جسمی را پیچیده می‌سازد و در نهایت موجب اضمحلال انرژی روانی و دیگر توانمندی‌های آنان می‌شوند.