



پیام نوریها
public channel



✓ کانال پیام نوریها در سال 95 با هدف تهیه جزوات و نمونه سوالات افتتاح و از همان ابتدای تاسیس کوشیده است با تکیه بر تلاش بی وقفه، کارگروهی و فعالیت های بدون چشمداشت کاربران متمایز خود، قدمی کوچک در راه پیشرفت ارائه خدمات به دانشجویان این مرز و بوم بردارد.

@Payamnoria

[telegram.me/Payamnoria](https://t.me/Payamnoria)

رایگان است و همیشه رایگان میماند



اطلاع از اخبار و دانلود جزوات و نمونه سوالات

[برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید](#)

" کانال و خانواده تلگرامی پیام نوریها "

با عضویت در کانال و به آرشیو زیر دسترسی پیدا کنید

✓ تمام نمونه سوالات به روز تا آخرین دوره

✓ جزوات درسی

✓ بیش از ۱۰۰ فلش کارت دروس

✓ اخبار به روز پیام نور

✓ فیلم و فایل آموزشی اختصاصی

✓ انجام انتخاب واحد و حذف و اضافه

✓ پاسخگویی به سوالات دانشجویان

✓ معرفی گروه و انجمن های پیام نوری

✓ طنز و توییت دانشجویی

به یکی از بزرگترین کانال های پیام نوری بپیوندید

[برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید](#)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خلاصه کتاب توانبخشی گروه‌های خاص

نویسنده:

علی اصغر کاکوجویباری

اعظم شریفی

فصل اول: کلیات

معلولیت بدلیل اثرگذاری بر سرنوشت فرد و جامعه، یک مسئله اجتماعی تلقی شده و توانبخشی بعنوان یک پدیده، پاسخی به نیاز فرد و جامعه است که هم به زندگی فرد معلول در جامعه امید ببخشد و هم جامعه را برای پذیرش معلول بعنوان یک شهروند، آماده سازد.

تعریف توانبخشی:

- ✓ بخش اول واژه توانبخشی در لاتین (Rehabilitation) بمعنی مجدد و دوباره و بخش دوم آن بمعنی توانمندسازی است. در نتیجه، معنی دقیق آن در فارسی، بازتوانی است.
- ✓ توانبخشی، مجموعه اقدامات و مداخلاتی را در بر می گیرد که موجبات ارتقا و رشد عملکرد فرد آسیب دیده شده و بر سلامت جسمی و روانی وی تاثیر بسزایی داشته تا کیفیت زندگی وی بهبود یابد.
- ✓ توانبخشی عبارتست از فرآیندی متشکل از اقدامات هدفمند در جهت قادرسازی شخص معلول بمنظور دستیابی به سطح نهایی توانایی و عملکرد جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و حفظ این توانایی ها.
- ✓ توانبخشی، وسیله ای است در جهت تغییر زندگی معلولان برای استقلال بیشتر.

اهداف توانبخشی:

- ✓ هدف نهایی فرآیند توانبخشی، درمان نیست بلکه افزایش و ارتقای عملکرد فرد و بالا بردن سطح توانمندی فرد جهت انجام امور و کارکردها بصورت مستقل است.
- ✓ اهداف توانبخشی نوین براساس دیدگاه ارزشمداری افراد ناتوان در ۲ دسته قابل طبقه بندی است: الف) اهدافی که مرتبط با شخص آسیب دیده است و ب) اهدافی که مرتبط با جامعه و بسترهای اجتماعی لازمه در این خصوص است.

تاریخچه توانبخشی در جهان:

- ✓ ناهنجاری های اسکلتی از عهدهای بسیار دیرین موجود بوده و مومیایی های ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد، گواه سل ستوان فقرات و تورم مفاصل بوده است.
- ✓ مصریان باستان، اولین گروه هایی هستند که نسبت به معاولین و زندگی آنان، علاقه مندی نشان دادند.
- ✓ به اعتقاد رومیان و یونانیان، یک جامعه پویا و زنده از توان بالقوه شهروندان نشات می گیرد.
- ✓ به اعتقاد انسان های اولیه، عامل ایجاد اختلال جسمی و روانی، خدایان بوده و معلولیت بعنوان تنبیه به کسانی تحمیل می شود که مشمول غضب قرار گرفته اند.
- ✓ بقراط که سعی در جدا کردن علم پزشکی از خرافات داشت، تلاش در جهت تشخیص و درمان معلولان را آغاز نمود.
- ✓ با ظهور مسیحیت، چنین پنداشته می شد که خداوند بخاطر گناه انسان ها و یا پدران آنها، چنین تنبیهی را بر معلولان روا داشته است.
- ✓ در قرون وسطی، معلولین حق استفاده از ارث، گواهی و شهادت در دادگاه را نداشته و از عقد قرارداد با سایرین محروم گردیدند.
- ✓ از بین رشته های مربوط به توانبخشی، تخصص ارتوپدی، اولین تخصص پزشکی بوده که گسترش پیدا کرده است.

- ✓ در قرن ۱۸ در سوئیس، مدرسه‌ای برای افراد فلج و معلول توسط جین اندرونل دایر گردید.
- ✓ در اواخر قرن ۱۹، دکتر چارکوت، عوامل خون‌ریزی مغزی را با موفقیت مشخص، اثرات ضایعات نخاعی را توصیف و اولین بار توضیح دقیقی از فلج کودکان و عدم تعادل حرکتی ارائه داد.
- ✓ مطالعات علمی در خصوص اختلالات روانی و درمان آن توسط فیلیپ پینل در سال ۱۸۰۰ شروع گردید.
- ✓ روانپزشکی یک قرن بعد از پینل که امیل کروپ لین اولین بار طبقه‌بندی بیماران روانی را ارائه داد و فروید که رویکرد روان‌درمانی را معرفی نمود، یک تخصص شناخته شده نبود.
- ✓ شروع گسترش رویکرد پزشکی در ارتباط با معلولین در قرن ۱۹، آغازی برای شکل‌گیری مفهوم توانبخشی است.
- ✓ در سال ۱۹۰۶، دکتر کنراد، نخستین آمرگیری معلولین را در برلین انجام داده و این کار، منجر به ایجاد مرکزی شد که بعنوان اولین مرکز جامع توانبخشی جهان از آن یاد می‌شود.
- ✓ در فاصله بین جنگ جهانی اول و دوم، توانبخشی، متمرکز بر بازتوانی جسمی و حرفه‌ای افراد معلولی بود که در ارتباط با جنگ، مجروح شده بودند.
- ✓ از سال ۱۹۴۵، درکتر راسک، طرح اقدامات توانبخشی را برای نظامیان نیروی هوایی آمریکا برنامه‌ریزی و ارائه نمود. این برنامه برای تسریع در پایان دادن به دوران نقاهت و بازگرداندن افراد به خدمت مجدد طراحی شده بود.
- ✓ دکتر کسلر، برنامه توانبخشی برای نیروی دریایی آمریکا سازماندهی نمود.
- ✓ از اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، توجه به توانبخشی علمی و آموزش و پرورش ویژه آغاز گردید و بعد از جنگ جهانی اول و دوم، به اوج رسید.
- ✓ طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه، جایگزین ایجاد مراکز و انباشتن گروهی معلول در آن شده که راهبرد آن، آماده‌سازی جامعه جهت حضور افراد معلول در آن بود.
- ✓ طبق طرح فوق، جامعه باید از طریق آموزش، شیوه تطابق‌یابی و همزیستی افراد معلول در کنار افراد عادی را فرا گیرد.
- ✓ همچنین بایستی ساخت و سازهای معماری، امکان تردد و حضور افراد معلول نیز رعایت شود.
- ✓ سازمان بهداشت جهانی، سال ۱۹۸۱ را بعنوان سال جهانی توجه به معلولان نامگذاری نمود. در آن موقع، از هر ۱۰ نفر انسان، یک نفر از معلولیت رنج می‌برد (۵۰۰ میلیون معلول).

تاریخچه توانبخشی در ایران:

- ✓ در ایران، توانبخشی متکی بر قانونی است که در سال ۱۳۴۷ مورد تصویب و تایید قرار گرفت. بموجب این قانون، دولت مکلف شد جهت تجدید فعالیت و حرفه‌آموزشی و تقویت روحی معلولین، انجمنی به نام انجمن توانبخشی وابسته به وزارت کار و امور اجتماعی ایجاد نماید.
- ✓ در سال ۱۳۴۸، بیمارستان شفاپیشیان برای انجام امور پزشکی و درمانی معلولین از طرف وزارت بهداشت، به انجمن توانبخشی واگذار گردید.
- ✓ در اوایل سال ۵۸ با تشکیل سازمان بهزیستی کشور، انجمن توانبخشی از وزارت بهداشت جدا و در این سازمان ادغام گردید.
- ✓ اولین مدرسه دوره آموزش فیزیوتراپی در دانشگاه تهران، مارگریت جانسون از طرف سازمان بهداشت جهانی است.

حیطه‌های توانبخشی:

۱. توانبخشی روانی:

✓ مجموعه اقداماتی که برای کاهش بحران‌های عصبی - روانی در فرد آسیب‌دیده و خانواده و اطرافیان فرد آسیب‌دیده صورت می‌پذیرد و موجب ارتقا و بهبود سازگاری آنها با شرایط بوجود آمده می‌شود را توانبخشی روانی می‌گویند.

۲. توانبخشی اجتماعی:

✓ این حیطه از توانبخشی، زمینه‌ساز حضور فرد در اجتماع بوده و به رفع موانع و مشکلات در این رابطه جهت فراهم نمودن شرایط بازگشت فرد به عملکردهای اجتماعی می‌پردازد.

✓ عمده فعالیت‌ها در این حیطه، شامل ۲ دسته تغییر استانداردهای رایج در زندگی اجتماعی و فراهم نمودن شرایط حضور در مکان‌های مناسب و متناسب دارای تجهیزات و امکانات لازم برای فرد آسیب‌دیده جهت فائق آمدن بر نقص و ضایعه است.

✓ تغییر استانداردهای رایج شامل تغییر الگوهای سازه‌ای ساختمان‌های عمومی و یا تغییر در سیاست‌های قانون‌گذاری‌های کلان کشوری تبلور می‌یابد.

۳. توانبخشی آموزشی:

✓ هدف آن عبارتست از فراهم نمودن شرایط ارتقای دانش و مهارت‌ها در قالب انتقال یافته‌ها و اطلاعات.

۴. توانبخشی حرفه‌ای:

✓ مجموعه اقداماتی که به جذب، استخدام و نگهداری معلول در شغل مناسب می‌انجامد.

✓ توانبخشی معلولین باید در همه ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و شغلی انجام پذیرد تا نتیجه مطلوب دهد.

۵. توانبخشی پزشکی (توان پزشکی):

✓ مجموعه اقدامات تشخیصی درمانی که در جهت بهبود نقص عارض شده و پیامدهای ناتوان‌کننده ناشی از نقص در فرد معلول به انجام می‌رسد.

✓ در این حیطه، باید پزشک متخصص را بعنوان مدیر تیم‌های توانبخشی تخصصی در نظر داشت.

۶. توانبخشی قلبی:

✓ طبق توصیه آژانس بین‌المللی تحقیقات و مراقبت‌های بهداشتی، بخشی از مراقبت‌های قلبی پذیرفته و از حیطه‌های نوین محسوب می‌شود.

✓ جزء اصلی از مراقبت‌های بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عروقی با تظاهرات بالینی گوناگون و متفاوت می‌باشد.

۷. توانبخشی سالمندی:

✓ هدف از آن، ارزیابی دقیق، درمان و مراقبت‌های ممتد در امر بهداشت و سلامت سالمندان بوده تا عملکردهای مستقل آنها در بالاترین سطح ممکن نگهداری و حفظ شود.

✓ یکی از رشته‌های نوین در کارکرد توانبخشی محسوب می‌شود.

اصطلاحات مرتبط با معلولیت:

- ✓ واژه معلولیت، ۳ مفهوم الف) مسائل مربوط به ساختار و عملکرد بدن، ب) مسائل مربوط به فعالیت‌های فرد معلول در جامعه و ج) مسائل مربوط به مشارکت فرد معلول در جامعه را پوشش می‌دهد.

نقص (اختلال):

- ✓ با غیرعادی بودن ساختار، نمود ظاهری بدن، کارکرد ارگانیسم و سیستم بدن که به هر دلیلی بوده، مرتبط است.
- ✓ هرگونه فقدان یا ناهنجاری در زمینه جسمانی، روانی، عملکردی یا آناتومی انسان، نقص نامیده می‌شود.

ناتوانی:

- ✓ هرگونه محدودیت یا فقدان در توانایی انجام فعالیت‌هایی که در سطح طبیعی، از هر انسانی انتظار می‌رود.

معلولیت:

- ✓ مرتبط است با محرومیت‌هایی که فرد، بعنوان نتیجه یا پیامد نقص و ناتوانی، تجربه می‌کند.
- ✓ عبارت دیگر، عبارتست از فقدان یا کاهش فرصت‌ها برای سهیم شدن در زندگی اجتماعی در سطحی برابر با دیگران.
- منظور از عوامل محیطی که خارج از کنترل فرد است، شامل نگرش جامعه، ویژگی دسترسی به امکانات جامعه و سیستم قانونی است.
- منظور از عوامل شخصی که مربوط به ویژگی‌های فردی است شامل سن، جنس، شرایط جسمانی، شیوه زندگی، عادات، سابقه اجتماعی، آموزشی و خصوصیات روحی و روانی است که در نحوه تجربه کردن معلولیت اثر می‌گذارد.

طبقه‌بندی معلولیت از دیدگاه پزشکی:

با توجه به امکانات باز توانی و ترمیمی و نتایج اجتماعی و اقتصادی، به ۴ دسته زیر تقسیم می‌شود:

۱. معلولیت‌های حسی شامل معلولیت‌های بینایی و شنوایی.
۲. معلولیت‌های احشایی شامل معلولیت‌های قلبی عروقی، تنفسی و کلیوی.
۳. معلولیت‌های حرکتی شامل انواع معلولیت‌های حرکتی و اعصاب.
۴. معلولیت‌های روانی شامل معلولیت‌های ذهنی و روانی.

- معلولین از دیدگاه توانبخشی، به ۳ دسته معلولین ذهنی و روانی، جسمی و اجتماعی تقسیم می‌شوند.

میزان شیوع:

- ✓ بیشتر معلولین در کشورهای جهان سوم زندگی کرده و یک سوم آنان را کودکان تشکیل می‌دهند.
- ✓ از هر ۱۰ کودک متولد شده در جهان، یک معلول بدنیا آمده یا بعداً معلول می‌شود.

فصل دوم: توانبخشی معلولان شنوایی

- ✓ گوش انسان، آسیب پذیرتر از چشم وی بوده و عواملی نظیر آسیب صوتی، ضربه و عفونت می تواند موجب نقص شود.
- ✓ گوش کردن، سخن گفتن، نوشتن و خواندن، مهارت های زبانی محسوب می شود.
- ✓ افرادی که دچار آسیب شنوایی می شوند، به مرور در مهارت های زبانی نیز به مشکل برخورد کرده و در برقراری ارتباط با سایرین، پیشرفت تحصیلی و برآوردن نیازهای خود، دچار مشکل می شوند.

ساختمان گوش:

۱. گوش بیرونی:

- ✓ مشتمل بر کانال شنیداری خارجی و لاله گوش است.
- ✓ کانال شنیداری به غشای صماخی (پرده گوش) ختم شده که مرز بین گوش بیرونی و میانی است.
- ✓ لاله گوش، بخشی از گوش بوده که کاملاً قابل رویت است اما از لحاظ شنیدن، کمترین اهمیت را داراست.
- ✓ کانال شنیداری مشتمل بر موهای زیر و موم آلود بوده که مسئولیت محافظت از ساختارهای عمیق تر گوش در مقابل حشرات و ذرات گرد و غبار را به عهده دارد.
- ✓ نقش گوش بیرونی در انتقال اصوات، نقشی نسبتاً جزئی است.
- ✓ وظیفه لاله گوش، جمع آوری صداست.

۲. گوش میانی:

- ✓ مرکب است از پرده گوش و استخوان بسیار ظریف به نام های چکشی، سندان و رکابی که در فضایی پر از هوا قرار دارند.
- ✓ در انتقال اصوات و ارتعاش پرده گوش، زنجیره استخوانچه های چکشی، سندان و رکابی با دريچه بیضی که رابط گوش میانی و درونی است، برخورد می کند.
- ✓ برای پیشگیری از اتلاف انرژی بین ارتعاش پرده گوش و ارتعاش دريچه بیضی، زنجیره استخوانچه ها به گونه ای ساخته شده اند که حائز مزایای قوانین فیزیکی غضروف ها باشند.

۳. گوش درونی:

- ✓ به اندازه یک لوبیا بوده و به لحاظ پیچیدگی، اغلب لابیرنت خوانده می شود.
- ✓ برحسب عملکرد می توان به دو بخش مکانیسم دهلیزی و حلزون گوش تقسیم نمود که به هم وابسته اند.
- ✓ مکانیسم دهلیزی در قسمت بالای گوش درونی واقع شده و اطلاعات مربوط به حرکت، از طریق عصب دهلیزی به مغز رفته و مسئولیت حس توازن را به عهده دارد.
- ✓ حلزون گوش، مهمترین اندام شنیدن محسوب شده و در زیر مکانیسم دهلیزی واقع شده است.
- ✓ اندام حلزونی شامل بخش های ضروری برای تبدیل کنش مکانیکی گوش میانی به نشانه های الکتریکی در گوش درونی است.
- ✓ در یک گوش سالم، صوت موجب حرکت استخوانچه های چکشی، سندان و رکابی می شود.
- ✓ وقتی استخوانچه رکابی حرکت می کند، به دريچه بیضی فشار آورده و موجب حرکت مایع درون حلزون می شود.

تعریف معلولیت شنوایی:

- ✓ آسیب شنوایی، کارکرد غیر طبیعی یا نقص شنوایی بدلیل اختلال شنوایی می باشد.
- ✓ کم شنوایی، نشانگر معلولیت یا ناتوانی شنوایی است و از لحاظ شدت طیفی از خفیف تا عمیق را شامل می شود.
- ✓ شنوایی را معمولا با دسی بل که نوعی سنجش نسبی شدت صوت است، اندازه گیری می شود.
- ✓ فرد با شنوایی طبیعی به کسی اطلاق می شود که نسبت به پسامدهای مختلف شنیداری، حساسیتی در حدود صفر تا ۱۵ دسی بل داشته باشد.
- ✓ ناشنوا فردی است که ناتوانی او، مانع از پردازش موفقیت آمیز اطلاعات زبانی از طریق حس شنوایی می شود.
- ✓ سخت شنوا فردی است که با استفاده از وسایل کمک شنوایی، قادر به پردازش موفقیت آمیز از طریق حس شنوایی باشد.
- ✓ بیشتر افرادی که از نظر آموزشی در گروه ناشنویان قرار می گیرند، دارای مقدار جزئی شنوایی هستند.

طبقه بندی کتز برای شناسایی مقدار آسیب شنوایی:

درجات آسیب شنوایی	مقدار شدت صوت (دسی بل)
خفیف	۱۶ - ۲۵ دسی بل
مختصر	۲۶ - ۴۰ دسی بل
متوسط	۴۱ - ۵۵ دسی بل
متوسط رو به شدید	۵۶ - ۷۰ دسی بل
شدید	۷۱ - ۹۰ دسی بل
عمیق	۹۰ دسی بل به بالا

سبب شناسی:

- ✓ بین علت آسیب دیدگی شنوایی و میزان از دست دادن شنوایی، ارتباط وجود دارد.
- ✓ از دست دادن بسیار زیاد شنوایی بدلیل مننژیت، سرخچه مادرزادی و عوامل ارثی رخ می دهد.
- ✓ حداقل ۵۰٪ کودکان مدرسه رو که آسیب دیدگی ناشی از ۳ گانه فوق را دارند، در طیف عمیق (بیش از ۹۰ دسی بل) دچار نقص شنوایی هستند.

۱. عوامل پیش از تولد:

- ✓ علت عمده کم شنوایی های مادرزادی، عفونت است که شایع ترین آن، ویروس سیتومگالو و سرخچه مادرزادی است
- ✓ ویروس سیتومگالو از طریق تماس نزدیک ماده مترشحه جسمانی شخص مبتلا، انتقال خون و از مادر مبتلا به نوزاد تازه متولد شده سرایت می کند.
- ✓ سیتومگالو، شایع ترین ویروس در میان نوزادان است.
- ✓ بیماری سیتومگالو با زردی، کوچک سری، کم خونی هموگلوبین، ناتوانی هوشی، بزرگی طحال و کبد و نارسایی شنوایی همراه بوده و واکنسی برای درمان آن وجود ندارد.
- ✓ از طریق آزمایش آمینوسنتز، سیتومگالو در رحم قابل تشخیص است.

- ✓ سرخچه مادرزادی، اختلالی است که سبب نقص جنینی شده و از سرخچه مادر ناشی می‌شود.
- ✓ نشانه‌های سرخچه عبارتند از آب مروارید یا آب سیاه، نقص‌های قلبی عروقی، عقب‌ماندگی ذهنی، عقب‌ماندگی روانی حرکتی و کاهش شنوایی حسی عصبی از نوع شدید یا عمیق.

۲. عوامل ارثی:

- ✓ بیش از ۲۰۰ نوع کم‌شنوایی مربوط به عوامل وراثتی شناخته شده ولی علت ۵۰٪ از آن، ناشناخته باقی مانده است.
- ✓ یکی از بیماری‌های شایع موثر بر حس شنوایی، اتواسکلروزیس بوده که تشکیل استخوان اسفنجی در اطراف استخوانچه رکابی و در اطراف دریچه بیضی است.
- ✓ تشکیل این استخوان اسفنجی باعث محدودیت در حرکت استخوان رکابی و در نتیجه کاهش تدریجی شنوایی را منجر می‌شود.

۳. عوامل پس از تولد:

- ✓ عفونت‌های پس از تولد مانند سرخک، اوریون، آنفولانزا، تب تیفوئید و مخملک، با نارسایی شنوایی همراه است.
- ✓ التهاب گوش میانی نوعی تورم گوش میانی بوده که می‌تواند از سرماخوردگی، بزرگ شدن لوزه‌ها و لوزه سوم ناشی شود.
- ✓ التهاب گوش میانی در هر سنی می‌تواند رخ دهد اما در اصل، یک بیماری دوران کودکی بوده و عمدتاً کودکان زیر ۲ سال را تهدید می‌کند و در ۵٪ کودکان زیر ۱۰ سال رخ می‌دهد.
- ✓ التهاب گوش میانی، بالاترین همبستگی را با مشکلات شنوایی در پی دارد.
- ✓ لاله گوش و کانال شنیداری خارجی گوش، اهمیت کمتری برای شنوایی دارد.

انواع نقص شنوایی:

۱. نقص شنوایی انتقالی:

- ✓ زمانی اتفاق می‌افتد که بر سر راه انتقال صوت از کانال گوش خارجی به گوش داخلی، مانعی ایجاد شود.
- ✓ در این حالت، عملکرد گوش داخلی طبیعی بوده ولی ارتعاشات صوتی، قادر به راهیابی به حلزون از راه انتقال هوایی نیستند.
- ✓ پارگی پرده گوش، وجود جسم خارجی در کانال گوش و التهاب گوش میانی می‌تواند باعث بروز این نقص شنوایی شود.
- ✓ اغلب این کم‌شنوایی‌ها از طریق دارو یا عمل جراحی، برطرف می‌شود.

۲. نقص شنوایی حسی - عصبی:

- ✓ زمانی اتفاق می‌افتد که سلول‌های مویی حلزون یا الیاف عصب شنوایی، ضایعه دیده باشند.
- ✓ کم‌شنوایی حسی - عصبی، غیر قابل برگشت بوده و فرد، صحبت دیگران را می‌شنود ولی قادر به درک آن نیست.
- ✓ تاثیر سوء داروها بر گوش داخلی، سر و صدای غیرمجاز، سرخچه مادرزادی، اوریون، مخملک و پیرگوشی می‌تواند این نوع کم‌شنوایی را ایجاد نماید.

۳. نقص شنوایی آمیخته:

- ✓ وقتی فردی بطور همزمان کم‌شنوایی انتقالی و حسی - عصبی دارد، دچار این نوع نقص شده است.

✓ اگر نقص شنوایی انتقالی هم برطرف شود، نقص حسی - عصبی همچنان باقی بوده و این نقص کاملاً درمان نمی‌شود.

۴. نقص شنوایی مرکزی:

✓ با کاهش حساسیت شنوایی همراه نیست ولی به درجات مختلف، کاهش در درک شنیداری را نشان می‌دهد.

✓ ممکن است فرد، یک شنوایی طبیعی داشته ولی قادر به درک گفتار نباشد.

✓ کشف این کم‌شنوایی نیاز به آزمایشات تخصصی کم‌شنوایی دارد.

۵. نقص شنوایی غیر عضوی:

✓ به ۲ گروه تقسیم می‌شوند که گروه اول، به ۲ دسته تقسیم می‌شود: الف) به هر دلیل تمایل دارند خود را کم‌شنوا جلوه

داده در حالی که اصلاً ضایعه‌ای وجود نداشته یا به این اندازه که وانمود می‌کنند، وجود ندارد و ب) بالواقع دچار

کم‌شنوایی هستند ولی بدلائل گوناگون نظیر پذیرش و استخدام، تظاهر به سالم بودن می‌کنند.

✓ گروه دوم، کسانی هستند که بدلیل مشکلات عاطفی - روانی، علی‌رغم عدم وجود ضایعه در سیستم شنوایی، احساس

کم‌شنوایی می‌کنند.

میزان شیوع:

✓ از نظر سازمان‌های بین‌المللی و یونسکو، تعداد تقریبی افرادی که نیاز به برنامه‌های آموزشی ویژه دارند در هر جامعه،

بین ۱۰٪ الی ۱۵٪ است.

✓ طبق تحقیقات صاحب‌نظران آموزش و پرورش استثنائی، بطور متوسط ۱.۵٪ از حدود ۱۲٪ کودکان سنین مدرسه، در

گروه کم‌شنوا قرار دارند.

آزمون‌های شنوایی:

۱. شنوایی سنجی تن خالص:

✓ اولین و اساسی‌ترین آزمون بمنظور اندازه‌گیری میزان شنوایی محسوب می‌شود.

✓ توسط دستگاه شنوایی سنجی و توسط فردایی به نام شنوایی شناس در محلی به نام کلینیک شنوایی که از نظر

آکوستیکی دارای شرایط ویژه‌ای است انجام می‌شود.

✓ هر گوش بطور مجزا مورد آزمون قرار می‌گیرد.

✓ پس از آزمون و دریافت پاسخ‌های بیمار، با رسم مقادیر شدت در برابر مقادیر بسامد، نمودار شنوایی تن خالص بدست

می‌آید.

۲. شنوایی سنجی گفتاری:

✓ تست ساده‌ای که از طریق آن می‌توان توانایی درک اصوات گفتاری را در فرد تشخیص داد.

✓ هدف اصلی این روش، این است که تعیین نماید فرد در چه شدتی توانایی درک اصوات گفتاری را دارد.

۳. شنوایی سنجی از طریق بازی:

✓ در اصل برای ایجاد همدلی با کودک و برانگیختن او جهت پاسخ‌دهی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

✓ آزمون بشکل بازی در آمده و با استفاده از تن خالص یا گفتار آزمایشگر، انجام فعالیت‌های مختلف را در مواقعی که

علامتی می‌شنود به کودک آموزش داده می‌شود.

۴. شنوایی سنجی از طریق بازتاب‌ها:

- ✓ نوزادان معمولاً رفتارهایی بازتابی نسبت به اصوات نشان می‌دهند.
- ✓ آنچه در آغاز تولد وجود دارد، بازتاب موورو بوده که بعنوان حرکت صورت، بدن، دست‌ها، پاها و به هم خوردن چشم‌ها تعریف می‌شود.
- ✓ پاسخ جهت‌دار یعنی کودک، سر و بدن خود را بسوی منبع صدا بر می‌گرداند.

۵. شنوایی سنجی پاسخ برانگیخته:

- ✓ بیمار در انجام و نتیجه آزمون، کمترین نقش و تاثیر را دارد.
- ✓ با ارائه تحریک صوتی، واکنش‌های الکتریکی حاصل شده، ثبت شده و نیازی به پاسخ‌دهی بیمار نیست.
- ✓ در این آزمون، قسمت‌های مختلفی نظیر عصب هشتم مغزی، هسته‌های حلزونی و کورتکس شنوایی مورد بررسی قرار گرفته و محل ضایعه مشخص می‌شود.
- ✓ از دستگاه پاسخ شنوایی ساقه مغز می‌توان در تشخیص کاهش شنوایی کودکان بسیار خردسال و افراد سخت آزمونی که با شنیدن صورت در آزمون‌های شنوایی سنجی تن خالص قادر به ارائه واکنش نیستند، استفاده کرد.

نیازها و اقدامات توانبخشی:

- ✓ کم‌شنوایی ناشی از نوع نقص شنوایی انتقالی قابل درمان هستند و فرد پس از بهبودی، به زندگی عادی باز می‌گردد.

۱. تشخیص زودهنگام معلولیت شنوایی:

- ✓ تشخیص زودهنگام کم‌شنوایی، بهترین راهکار برای پیشگیری از معلولیت شنوایی محسوب می‌شود.
- ✓ سنین اولیه کودکی، بیشترین تاثیر را در رشد مهارت‌های گفتار و زبان دارد.
- ✓ گوش دادن، اولین مهارت زبانی محسوب می‌شود که فرد در جریان رشد خود فرا می‌گیرد.
- ✓ امروزه بیماریابی شنوایی نوزادان بدو تولد بوسیله آزمون‌های استاندارد الکتروفیزیولوژیک مانند پرتوهای صوتی گوش توسط کارشناسان شنوایی‌شناسی انجام می‌پذیرد.
- ✓ به هر میزان که تشخیص کاهش شنوایی از سنین زبان‌آموزی فاصله بگیرد، مهارت‌های زبانی او به تعویق می‌افتد.
- ✓ بزرگترین مشکل در اختلال شنوایی وقتی است که کودک در اولین سنین رشد به آن مبتلا شده و هنوز تکلم و ارتباط زبانی را نیاموخته باشد.
- ✓ کم‌شنوایی پیش زبانی یعنی آسیب شنوایی به هنگام تولد یا اوایل زندگی کودک بوده و به سنینی تعلق دارد که هنوز زبان و گفتار، شکل نگرفته است.
- ✓ کم‌شنوایی پس زبانی یعنی آسیب شنوایی در سنینی بعد از رشد گفتار و زبان رخ داده است.

۲. تجویز بموقع سمعک و عادت به آن:

- ✓ بزرگترین وجه تمایز انسان و حیوان، سخنوری و زبان‌آموزی انسان است.
- ✓ جریان طبیعی زبان‌آموزی با تحریک شنیداری آغاز می‌شود.
- ✓ قبل از تجویز سمعک، باید میزان باقی‌مانده شنوایی مشخص شود حتی اگر در طیف کاهش شنوایی شدید باشد.

۳. مداخله پزشکی:

✓ پیشگیری از نارسایی شنوایی، دغدغه اولیه متخصصان ژنتیک است.

۴. مشاوره با والدین:

- ✓ وظیفه مددکار اجتماعی در کاهش فشارها از والدین بعد از تشخیص آسیب شنوایی اهمیت ویژه‌ای دارد.
- ✓ اغلب فرآیند مشاوره با والدین خردسالان دچار نقص شنوایی بصورت گروهی، از کارآمدی بالایی برخوردار است.
- ✓ برای گذار از انکار به کسب آگاهی از واقعیت و عبور از ماتم سلامتی فرزند و رسیدن نسبی به پذیرش واقعیت معلولیت شنوایی، حداقل به ۱۵ جلسه مشاوره گروهی نیاز است.

۵. آموزش به والدین:

- ✓ مادرانی که به معلولیت شنوایی کودکان خود بیشتر واقفند، تعامل بهتری با مربیان کودکان فرزندانشان خود دارند.
- ✓ والدین، مهارت‌های والدینی را اغلب در مسیر زندگی طبیعی با کمترین نیاز آموزشی فرا می‌گیرند.
- ✓ ایجاد کفایت‌های والدینی برای والدین کودکان کم‌شنوا، اقدامی توانبخشی بوده که متخصصان شنوایی و مربیان دوره پیش دبستانی می‌توانند به والدین کمک کنند.

۶. تربیت شنوایی، آموزش گفتار و گفتارخوانی:

- ✓ آموزش‌ها در قالب شناسایی صدا و ترکیب آنها (واج‌شناسی)، آشنایی با ساختار درونی کلمات (صرف) و نحوه ترکیب و ساختن جمله (نحو) از جمله وظایف متخصصان گفتار درمانی می‌باشد.
- ✓ در گفتار خوانی، تاکید کودک صرفاً به لب‌های گوینده (لب‌خوانی) نیست بلکه برای دریافت معنا، دقت به کل صورت و چگونگی بیان فرد در حین صحبت کردن مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- ✓ کودک کم‌شنوا، خانواده، مربی (معلم)، شنوایی‌شناس و گفتار درمانگر، تیم ثابت در برنامه توانبخشی شنوایی هستند.

۷. سوادآموزی و تحصیل:

- ✓ کودکانی که دارای نقص شنوایی کمتری بوده و سخت‌شنوا هستند، می‌توانند در مدارس عادی تحصیل کنند.
- ✓ به آموزش فوق در مدارس عادی، آموزش تلفیقی یا آموزش فراگیر می‌گویند.
- ✓ تصمیم‌گیری درباره اینکه کودک از چه نوع آموزشی بهره‌گیرد، نوعی اقدام توانبخشی آموزشی بوده که توسط شنوایی‌شناس و کارشناس آموزش و با مشورت والدین انجام می‌شود.

۸. انتخاب روش ارتباط:

الف) روش شفاهی – شنیداری:

- ✓ در این روش، باقیمانده شنوایی فرد را تقویت نموده و از طریق گفتارخوانی و تکلم، برای رشد مهارت‌های ارتباطی استفاده می‌نمایند.

- ✓ در مدرسی که از این روش استفاده می‌کنند، معمولاً از زبان اشاره استفاده نمی‌کنند.

ب) زبان اشاره و روش هجی کردن با انگشتان (روش دستی):

- ✓ این روش بر استفاده از الفبای دستی و زبان اشاره بعنوان وسیله آموزش و پرورش دانش‌آموزان کم‌شنوا تاکید دارد.
- ✓ در این روش، چشمان دانش‌آموز جای گوش او را می‌گیرد.

✓ کودکان با آموزش زبان اشاره از طریق اشاره قادر به بیان مقصود خود و تفهیم آن به مخاطب هستند.

ج) روش مختلط یا جامع (ترکیبی):

✓ این روش، اختلاطی از هجی کردن با انگشتان دست، زبان اشاره، گفتارخوانی، تکلم و تقویت شنوایی بطور همزمان است.

◀ در آموزش مهارت‌های ارتباطی به کودکان کم‌شنوا، توجه به ویژگی‌های ذهنی - روانی و نیز شرایط محیطی کودک جهت گزینش شیوه آموزشی، بسیار با اهمیت است.

۹. توانبخشی حرفه‌ای:

✓ مشکل ایجاد شده در زمینه‌های شغلی افراد آسیب‌دیده شنوایی بیش از آنکه به فقدان مهارت‌های شغلی معلولین شنوایی مرتبط باشد، به ضعف مهارت‌های ارتباطی آنان وابسته است.

✓ کم‌شنوایان در رشته‌های فنی ترسیمی، هنرهای ترسیمی و تجسمی بهتر عمل می‌کنند.

۱۰. اشتغال و کارایی:

✓ یکی از عوامل روشنی که بر نوع مشاغل کم‌شنوا تاثیر می‌گذارد، فرصت‌های آموزشی محدود آنهاست.

۱۱. حمایت‌های اجتماعی - قانونی:

✓ افرادی که از بدو طفولیت دچار معلولیت شنوایی می‌شوند، ساده‌اندیش بوده و از پیچیدگی‌های ارتباط انسانی اطلاع چندانی ندارند.

ابزارهای توانبخشی:

۱. سمعک:

✓ بلندگوی ساده‌ای که از ۳ قسمت اساسی میکروفون، تقویت‌کننده و بلندگو تشکیل شده است.

الف) میکروفون:

✓ انرژی صوتی را دریافت کرده و به انرژی الکتریکی تبدیل می‌کند و به تقویت‌کننده ارائه می‌دهد

ب) تقویت‌کننده:

✓ ضمن کنترل کیفیت صوت، انرژی الکتریکی را تقویت می‌کند.

ج) بلندگو:

✓ موج الکتریکی تقویت شده را به موج صوتی تبدیل و وارد گوش کرده و در واقع عکس میکروفون عمل می‌کند.

◀ انرژی الکتریکی لازم برای انجام عملیات در سمعک توسط باتری تامین می‌شود.

◀ سمعک‌ها به گروه‌های جیبی، پشت گوشی، داخل گوشی، داخل کانال (داخل مجرای گوش خارجی) و عینکی طبقه - بندی می‌شوند.

۲. دستگاه کاشت حلزون:

✓ کاشت حلزون، نوعی روش درمانی برای افراد با کم‌شنوایی حسی - عصبی در حد عمیق است.

- ✓ از این دستگاه در بزرگسالان و کودکان دچار کم‌شنوایی قبل و پس از زبان‌آموزی می‌توان استفاده کرد.
- ✓ دستگاه کاشت حلزون از ۲ بخش داخلی و خارجی تشکیل شده است. بخش داخلی، پروتز کاشت نام داشته و از طریق جراحی، زیر پوست قرار می‌گیرد و بخش خارجی، پردازشگر گفتار نام داشته و پشت لاله گوش قرار می‌گیرد.
- ✓ کاشت حلزون در سنین اولیه بهتر است.
- ✓ کودکان از ۱۸ ماهگی تا ۱۷ سالگی اگر در هر ۲ گوش، نارسایی شنوایی عمیق داشته و هم کودک و هم خانواده انگیزش بالا و انتظارات متناسبی را دارا باشند، مورد مناسبی برای کاشت حلزون محسوب می‌شوند.

فصل سوم: توانبخشی معلولان بینایی

◀ چشم، قوی ترین راه ارتباطی موجود زنده و مخصوصا انسان با محیط است.

ساختمان چشم:

- ✓ دیدن یعنی قدرت دریافت نورهای مرئی و در نتیجه آن قدرت احساس شکل، رنگ و اندازه اشیای خارجی.
- ✓ چشم، پیام‌های عصبی را به بخش پس‌سری مغز منتقل کرده تا به این طریق، آن پیام‌ها را ادراک کنیم.

۱. پلک:

- ✓ پلک‌ها، ساختمان‌های تمایز یافته‌ای از جنس پوست و عضلات زیر پوستی بوده که وظیفه محافظت از چشم‌ها را برعهده دارند.
- ✓ مژه‌ها مثل یک صافی از ورود گرد و غبار و ذرات مختلف به داخل چشم، جلوگیری می‌کنند.
- ✓ وظیفه پلک‌ها عبارتست از الف) محافظت از کره چشم و ب) جارو کردن میکروب‌ها با هر بار باز و بسته شدن.
- ✓ باز و بسته شدن پلک‌ها به توزیع یکنواخت اشک بر روی کره چشم کمک می‌کند.

۲. ملتحمه:

- ✓ یک لایه شفاف محافظ بوده که سطح داخلی پلک‌ها و روی سفیدی کره چشم را می‌پوشاند.
- ✓ در ملتحمه، رگ‌های خونی و گلبول‌های سفید بمقدار زیادی وجود داشته و تا حد زیادی از ورود میکروب‌ها و عوامل بیماری‌زا به قسمت‌های عمقی چشم جلوگیری می‌کند.
- ✓ ترشحات ملتحمه، سطح چشم را نرم و مرطوب نگه داشته و در حقیقت، آن را روغن کاری می‌کند که باعث آسان‌تر شدن حرکات چشم در جهات مختلف می‌شود.

۳. قرنیه:

- ✓ قسمت شفاف جلوی کره چشم بوده که از پشت آن، ساختمان‌های داخلی تر چشم مثل عنبیه و مردمک دیده می‌شود.
- ✓ قرنیه را می‌توان به شیشه پنجره تشبیه کرد.
- ✓ قرنیه بعلت کروی بودن، مثل یک ذره‌بین عمل کرده و نورهای محیط را بصورت پرتوهای همگرا در می‌آورد تا تصویر واضحی روی شبکیه ایجاد شود.
- ✓ اگر انحنای قرنیه بیش از حد طبیعی باشد، تصویر در جلوی پرده تشکیل شده و فرد دچار نزدیک بینی است.
- ✓ اگر انحنای قرنیه کمتر از حد طبیعی باشد، تصویر در پشت پرده تشکیل شده و فرد دچار دوربینی است.

۴. عنبیه و مردمک:

- ✓ عنبیه، بخش رنگی پشت قرنیه بوده که رنگ چشم افراد را تعیین و از آبی و سبز تا عسلی و قهوه‌ای تغییر می‌کند.
- ✓ در وسط عنبیه، سوراخی به نام مردمک وجود دارد که مقدار نور وارد شده به چشم را تنظیم می‌کند.
- ✓ کار مردمک، مثل پرده‌ای است که پشت پنجره آویزان شده و وظیفه تنظیم نور ورودی به اتاق را دارد.
- ✓ در محیط پر نور، مردمک تنگ شده تا نور کمتری وارد شده و در محیط کم نور، مردمک گشاد می‌شود تا نور بیشتری وارد چشم شود.

۵. اتاق قدامی:

- ✓ فضای کوچکی بین قرنیه و عنبیه بوده که مایعی به نام زلالیه در آن جریان دارد که به شستشو و تغذیه بافت‌های داخل چشم کمک می‌کند.
- ✓ اگر مقدار زلالیه در چشم افزایش پیدا کند، فشار داخل کره چشم بیش از حد طبیعی می‌شود.
- ✓ مقدار طبیعی فشار چشم در افراد بالغ، بین ۱۰ تا ۲۱ میلیمتر جیوه است.
- ✓ بالا رفتن فشار چشم، به پرده شبکیه و عصب بینایی آسیب زده و باعث بیماری آب سیاه می‌شود.

۶. عدسی:

- ✓ ساختمان شفاف در پشت عنبیه بوده که در متمرکز کردن دقیق پرتوهای نور بر روی شبکیه، به قرنیه کمک می‌کند.
- ✓ ضخامت عدسی در شرایط مختلف، تغییر کرده و به فاصله شی مورد نظر از فرد بستگی دارد.

۷. زجاجیه:

- ✓ مایع ژله مانند شفاف بوده که داخل کره چشم را پر کرده و به آن شکل می‌دهد.
- ✓ از پشت عدسی تا روی پرده شبکیه، زجاجیه وجود دارد.
- ✓ با افزایش سن، بعضی قسمت‌های زجاجیه شفافیت خود را از دست داده و سایه‌ای روی پرده شبکیه می‌اندازد که فرد، آن را بصورت اجسام شناور کوچکی می‌بیند که مثل مگس، در میدان بینایی بالا و پایین می‌روند که به این حالت، اصطلاحاً مگس پران گفته می‌شود.

۸. شبکیه:

- ✓ یک پرده نازک حساس به نور بوده که در عقب کره چشم قرار دارد.
- ✓ گیرنده‌های استوانه‌ای بیشتر برای دید در محیط‌های تاریک بکار رفته و گیرنده‌های مخروطی، برای تشخیص رنگ و جزئیات ضعیف تمایز یافته‌اند.
- ✓ در ناحیه مرکزی شبکیه، تعداد گیرنده‌های مخروطی بیشتر است. پس وقتی فرد بصورت مستقیم به شی نگاه می‌کند، شی را با وضوح بیشتری مشاهده می‌کند.

۹. مشیمیه:

- ✓ پرده نازک سیاه رنگی بوده که دور شبکیه را احاطه کرده است.
- ✓ این پرده دارای تعداد زیادی رگ‌های خونی بوده که مواد غذایی را به بخش‌هایی از شبکیه می‌رساند.
- ✓ سلول‌های این لایه حاوی تعداد زیادی رنگدانه سیاه ملانین بوده که علت رنگ سیاه این قسمت است.
- ✓ وجود رنگ سیاه مانع انعکاس نورهای اضافی در داخل کره چشم شده و به تشکیل تصویر واضح‌تر کمک می‌کند.

۱۰. صلیبه:

- ✓ بخش سفید رنگ و نسبتاً محکمی که دور تا دور کره چشم بجز قرنیه را پوشانده و از ساختمان‌های داخلی کره چشم محافظت می‌کند.
- ✓ اثر مستقیمی در فرآیند بینایی نداشته و در واقع مثل یک اسکلت خارجی از کره چشم محافظت می‌کند.

۱۱. عصب بینایی:

- ✓ رابط کره چشم و مغز بوده که از عقب کره چشم، خارج شده و از طریق سوراخی در استخوان پروانه‌ای جمجمه، به مغز می‌رسد.
- ✓ این عصب، پیام‌های بینایی را به مغز ارسال کرده و مغز، آنها را تفسیر می‌کند.

تعریف معلولیت بینایی:

- ✓ یکی از شایع‌ترین و مهمترین گروه‌های معلولین جسمی، معلولیت بینایی است.
- ✓ تعریف قانونی معلولیت بینایی بر تیزی و میدان بینایی تاکید دارد در صورتی که تعریف آموزشی در عین جدیدتر بودن، مبتنی بر کارکرد از میزان باقیمانده بینایی در ارتباط با اهداف آموزشی است.
- ✓ اهمیت تعریف قانونی در استفاده افراد از برنامه‌هایی نظیر معافیت مالیاتی، استفاده از کتابخانه‌ها، فرصت دریافت مواد آموزشی ویژه و حق استفاده از برنامه‌های توانبخشی است.
- ✓ براساس تعریف آموزشی تیلور، افراد با نقایص بینایی شدید به ۲ دسته نابینا و نیمه بینا تقسیم می‌شوند.
- ✓ افرادی که میزان بینایی آنها برای استفاده از خطوط نوشتاری مناسب نیست، از روش بریل، لامسه و وسایل شنیداری در آموزش استفاده می‌کنند.
- ✓ نقص بینایی عبارتست از بدکاری عصب چشمی یا بینایی که مانع از دیدن بهنجار فرد می‌شود.
- ✓ نقص بینایی را می‌توان به نابینای مطلق، نابینا، نیمه بینا و دیر بینا درجه‌بندی کرد.
- ✓ نابینای مطلق به فردی اطلاق می‌شود که الف) هیچگونه دیدی ندارد یا هیچگاه آن را نداشته است و ب) نور برای آن فرد، قابل رویت نباشد.
- ✓ نابینا به فردی گفته می‌شود که الف) قدرت بینایی وی پس از حداکثر ترمیم، برابر $\frac{20}{200}$ باشد، ب) زاویه دید وی کمتر از ۲۰ درجه باشد (دید تونلی)، ج) تشخیص نور و حرکت از فاصله ۱ متری برای وی مقدور نباشد و د) آموزش تنها از طریق شنوایی و لامسه امکانپذیر باشد.
- ✓ نیمه بینا به فردی گفته می‌شود که الف) قدرت بینایی در چشم بهتر و با استفاده از وسایل کمک بینایی از $\frac{20}{200}$ بیشتر و از $\frac{20}{70}$ کمتر باشد و ب) با استفاده از ذره‌بینو خطوط درشت به آموزش و مطالعه بپردازد.
- ✓ دیر بینا به فردی گفته می‌شود که با توجه به نقص بینایی خود، از باقیمانده بینایی با استفاده از وسایل کمک بینایی، بهره‌برداری نسبی نماید (قدرت دید وی از $\frac{20}{70}$ بیشتر است).
- ✓ مرز بین نابینایی و بینایی، $\frac{20}{200}$ است.

سبب‌شناسی:

- ✓ نزدیک‌بینی، دوربینی، تاریینی و لوچی را می‌توان با استفاده از عینک یا روش‌های درمانی، رفع کرد.
- ✓ ضایعات ارثی و مادرزادی، سوء تغذیه و کمبود ویتامین A، ابتلا به بیماری تراخم، آب سیاه، آب مروارید، بیماری قند و آسیب‌دیدگی اندام بینایی سبب ضایعات بینایی یا نابینایی رسمی می‌شود.
- ✓ سوء تغذیه و کمبود ویتامین A باعث خشک شدن قرنیه چشم شده و فرد را به نابینایی سوق می‌دهد.

✓ تراخم، یک بیماری چشمی عفونی بوده که بر اثر آلودگی محیط و تماس آلودگی با چشم از طریق دست یا حشرات بوجود می‌آید.

✓ آب سیاه بعد از ۳۵ سالگی و بعلت فشار زیاد داخل چشم که مانع از جریان یافتن خون در داخل چشم و عصب بینایی شده، موجب کوری می‌شود.

✓ علامت اولیه آب سیاه، دیدن هاله‌ای در اطراف منبع نور است.

✓ در آب مروارید، لکه‌های سفید در عدسی دیده شده و دید دور و تشخیص رنگ‌ها در آن بطور جدی آسیب می‌بیند.

طبقه‌بندی:

✓ یکی از انواع طبقه‌بندی در مشکلات بینایی، زمان ابتلای فرد است به این صورت که اگر از ابتدای طفولیت دچار مشکل شده باشد، زود نابینا و اگر در سال‌های بعد زندگی مبتلا شده باشد، دیر نابینا نام دارد.

✓ نابینایی قانونی، حدی از نابینایی بوده که مقبولیت عام داشته و مورد پذیرش افراد صاحب‌نظر در جهان است.

الف) معلولیت بینایی عمیق:

✓ در این معلولیت، انجام دادن بسیاری از تکالیف درشت بینایی برای دانش‌آموز مشکل است.

ب) معلولیت بینایی شدید:

✓ در این معلولیت، برای انجام دادن تکالیفی که به بینایی نیاز دارد، زمان و انرژی زیادی‌تری لازم است.

ج) معلولیت بینایی متوسط:

✓ در این معلولیت، انجام دادن تکالیف به کمک وسایل ویژه و روشنایی مناسب، ممکن شده و سطح کارکردی دانش‌آموز با افراد بهنجار و عادی، قابل مقایسه است.

ارزیابی بینایی:

✓ ساده‌ترین و رایج‌ترین آزمون برای ارزیابی تیزی دیداری، استفاده از تابلوی اسنلن است.

✓ در استفاده از تابلوی اسنلن، فرد باید در فاصله ۶ متری از آن بایستد.

✓ اگر مقدار دید از $\frac{20}{20}$ کمتر باشد، نقص بینایی و آگه بیش از آن باشد، تیزبین است.

ارزیابی میدان دید:

✓ زاویه دید بسیاری از افرادی که دید مرکزی مناسبی دارند، در حدود ۱۷۰ درجه است.

✓ در کودکان خردسال، برآورد تقریبی میدان دید فقط با استفاده از وسایل نظیر توپ‌های استیکار ممکن است.

✓ ارزیابی دقیق میدان دید، مستلزم استفاده از وسیله‌ای به نام پریمتر است. در این روش، کودک به مستقیم نگاه کرده و نقطه نورانی کوچکی به آهستگی در اطراف میدان دید وی پدیدار می‌شود.

ویژگی‌های افراد نابینا:

۱. هوش:

✓ کودکان با نارسایی بینایی، ادراک خود از جهان را بر مبنای درون‌داد حواس می‌گذرانند.

✓ تفاوت هوشی کودکان نابینا با همسالان عادی خود در گستره‌ای از ادراک مفاهیم فضایی تا دانش عمومی در مورد دنیای اطراف است.

✓ پیازه معتقد است یادگیری، از اعمال کودک بر دنیای فیزیکی بوجود می‌آید.

✓ پیازه، تجربه‌های حسی - حرکتی را عامل مهمی در تحول شناختی کودک و رسیدن او به مراحل پیشرفته‌تر تحول می‌داند و معتقد است که کودک هنگامی به درون‌سازی اطلاعاتی که از محیط پیرامون خود کسب کرده، می‌پردازد که ساخت‌های پیش‌نیازی را که مبتنی بر فعالیت‌های حسی - حرکتی است، در اختیار داشته باشد.

۲. مهارت‌های گفتاری و زبانی:

✓ رشد گفتار و زبان کودکان بینا ابتدا از طریق یکپارچه‌سازی تجربه‌های دیداری و نمادهای واژه‌های گفتاری صورت می‌گیرد.

✓ کودکان با نارسایی بینایی، از نظر رشد مهارت‌های گفتاری و زبانی، تاخیر محسوسی دارند.

✓ زمانی که کودکان به مرحله غان و غون که از مراحل رشد گفتاری است می‌رسند، کودکان نابینا در مقایسه با همسالان خود، تولید صدای کمتری دارند.

✓ کودکان با نارسایی در سنین مدرسه، پدیده‌ای را نشان می‌دهند که کلامی‌گرایی یا بکارگیری افراطی گفتار (پر حرفی) نامیده می‌شود.

۳. پیشرفت تحصیلی:

✓ پیشرفت تحصیلی این دانش‌آموزان با دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری شباهت دارد.

✓ در حوزه زبان نوشتاری، این کودکان در سازماندهی افکار خود برای نوشتن انشا، مشکلات بیشتری داشته زیرا در رمزگشایی برای خواندن تاخیر دارند.

✓ فرآیند رمزگشایی در کتاب‌های خط بریل یا خطوط درشت، کندتر است.

✓ درک مطلب خواندن، وابستگی زیادی به تجربه‌های خواننده دارد.

✓ بطور متوسط، کودکان با نارسایی بینایی، ۲ سال از همسالان بینای خود عقب‌تر هستند.

۴. رشد اجتماعی:

✓ توانایی کودکان با نارسایی بینایی برای سازگاری با محیط اجتماعی، به عوامل وراثتی و تجربی بستگی دارد.

✓ یکی از مهمترین مسائلی که کودکان نابینا با آن دست به گریبان است، دوست‌یابی است.

✓ اگر کودکی به سازگاری با خویشتن نرسیده باشد، قادر به سازگاری با دیگران نخواهد شد.

✓ کودک نابینا قادر نیست از حالات و اطوار بدنی دیگران تقلید کرده و در نتیجه، یکی از اجزای بسیار مهم نظام ارتباط اجتماعی یعنی زبان بدنی در او ایجاد نمی‌شود.

۵. جابجایی و جهت‌یابی:

✓ محدودیت اصلی افراد با نارسایی، مشکل در جابجایی از یک مکان به مکان دیگر است.

✓ نارسایی بینایی بر هماهنگی حرکات ظریف اثر گذاشته و با توانایی دستکاری اشیاء تداخل می‌کند.

۶. رشد ادراکی - حرکتی:

- ✓ رشد ادراکی - حرکتی نه تنها در رشد مهارت‌های جابجایی نقش اساسی دارد بلکه برای رشد شناخت، زبان، اجتماعی شدن و شخصیت نیز اهمیت دارد.
- ✓ اغلب کودکان با نارسایی بینایی در مقایسه با همسالان بینا، توانایی تمییز ادراکی بیشتری دارند.

نیازها و اقدامات توانبخشی:

۱. ارزیابی:

- ✓ سنجش، یکی از عمده‌ترین دشواری‌های افرادی است که با کودکان نابینا سر و کار دارند.
- ✓ اطلاع از نقاط قوت و ضعف فرد و همچنین اطلاع از پیشینه وی، ارزیابی را معنادار می‌سازد.
- ✓ انتخاب آزمون‌های مناسب، اطلاع از وضعیت بینایی دانش‌آموز، تکمیل اطلاعات حاصل از آزمون‌ها با مشاهده‌های معنادار، مصاحبه‌ها و تشخیص وجود سایر معلولیت‌ها، از عوامل بسیار مهم در ارزیابی بشمار می‌رود.
- ✓ ارزیابی بالینی، از ارزیابی‌های مهمی است که توسط پزشک انجام می‌گیرد.
- ✓ برای سنجش هریک از توانایی‌های این افراد، سنجش انفرادی لازم است.
- ✓ کاستی‌های مشاهده شده در این افراد از پیامدهای طبیعی معلولیت بینایی و شرایط همراه آن ناشی می‌شود.
- ✓ ارزیابی، یکی از اجزای مهم طراحی برنامه آموزش انفرادی نیز بشمار می‌رود.
- ✓ در سنجش توانبخشی افراد، مهمترین موردی که باید مورد بررسی قرار گیرد، میزان تاثیر این مشکلات بر زندگی و توانمندی‌های کارکردی فرد است.
- ✓ از دیدگاه کار درمانی، باید شرایط برای فرد فراهم آورد که علی‌رغم وجود مشکل، بتوان در اجتماع حضور داشته باشد.
- ✓ یکی از مدل‌های مطرح در کار درمانی، مدل شخص - کار - محیط است.

۲. مشاوره والدین:

- ✓ در مرحله ماتم که مرحله بحرانی است، والدین به تسهیل مشاوره‌ای نیاز دارند.
- ✓ تسهیل مشاوره‌ای روانشناس، عبور از بحران ماتم را آسان می‌کند.

۳. آموزش والدین:

- ✓ والدین برای رسیدن به کفایت در مورد نحوه تربیت کودک معلول خود، نیازمند آگاهی و مهارت‌های جدیدی هستند که از طریق متخصص توانبخشی بینایی، کار درمان و یا معلمان صورت می‌گیرد.

۴. آموزش قبل از دبستان:

- ✓ تجربه‌های پیش از دبستان برای رشد و تحول کودکان معلول بینایی اهمیت دارد.
- ✓ تنها شرط لازم برای جایگزینی کودکان معلول بینایی در مراکز پیش دبستانی عمومی، داشتن ذهنی باز، بازخوردی مثبت و اندکی خلاقیت است.

۵. مهارت‌های زندگی روزمره:

- ✓ توانایی شرکت در فعالیت روزمره خانواده بمنظور توسعه عزت نفس و یادگیری کارکردی مستقل، اهمیت دارد.

۶. مفهوم «خود» و اجتماعی شدن:

✓ یادگیری رویارویی با مردم، یکی از اجزای طبیعی و مهم فراگیری زندگی در جامعه است.

۷. اطلاع از وضعیت چشم:

✓ لازم است این کودکان، علت نابینایی خود را دانسته و بتوانند درباره آن با دیگران صحبت کنند.

✓ این ادراک، سبب پذیرش و توانایی کنار آمدن با این نارسایی می‌شود.

۸. فناوری:

✓ از جمله وسایل مناسب برای این کودکان، ضبط صوت و رایانه است.

۹. مهارت‌های فکر کردن:

✓ این کودکان برای داشتن کارکرد در دنیای واقعی، به تفکر منطقی و حل مسئله نیاز دارند.

✓ تصمیم‌گیری، برطرف کردن تعارض و حل مسئله از موارد مهم در زمینه آموزش به این کودکان است.

✓ خردسالان از طریق انجام کارها بطور مستقل، حل مسئله را یاد می‌گیرند.

۱۰. تحریک بینایی:

✓ مهارت‌هایی که این کودکان به ترتیب می‌توانند در آن پیشرفت کنند عبارتست از آگاهی دیداری، تقارب، تطابق،

تناوب (خیره شدن)، دنبال کردن، تشخیص فاصله دور و نزدیک، مهارت‌های ادراک بینایی، به دقت نگریستن، میدان

دید پیرامونی، هماهنگی چشم و دست و ادراک رنگ و شکل.

۱۱. تربیت حواس:

✓ حس لامسه و شنیداری، از حواس بسیار مهم در آموزش و توانبخشی این کودکان است.

۱۳. آموزش تحرک و فعالیت برای زندگی مستقل:

✓ هدف از این آموزش این است که نابینا می‌تواند برای خود، زندگی مستقل داشته و به دیگران احتیاج نداشته باشد.

۱۴. آموزش خط بریل:

✓ بریل خوانی، یکی از رایج‌ترین شیوه‌های خواندن و نوشتن برای افراد مبتلا به معلولیت شدید بینایی و نابینایی

کارکردی است.

۱۵. ورزش:

✓ ورزش به تحول هرچه بیشتر شخصیت، خودسازی و ارتباط نابینایان با افراد بینا کمک کرده و انزوا طلبی و عدم تحرک

ناشی از نابینایی را کاهش می‌دهد.

موسیقی درمانی:

✓ عبارتست از استفاده ساختارمند از تجربه‌های موسیقایی بمنظور تسهیل نمودن تغییرات مثبت و ایجاد این تغییرات

در رفتار آدمی.

✓ منظور از اهداف عینی، اهدافی است که با دستیابی به آنها، مسیر نیل به اهداف کلی میسر می‌شود.

موسیقی درمانی برای افراد نابینا:

- ✓ موسیقی ریتمیک، آموزش حرکت به نابینایان را تسهیل می کند.
- ✓ از فعالیت های موزیکال می توان برای ایجاد و یا بهبود درک شنوایی در نابینایان بهره گرفت.
- ✓ ابراز احساسات و عواطف از طریق موسیقی، از دیگر اهداف کاربرد موسیقی در نابینایان است.

فصل چهارم: توانبخشی معلولان ذهنی

◀ تاخیر در راه رفتن، صحبت کردن و عدم توانایی در انجام امور متناسب با سن، زنگ‌های خطری هستند که وجود کودک غیر طبیعی را اعلام می‌کنند.

تعریف کم‌توان ذهنی:

- ✓ یکی از تعاریف حاضر، کم‌توانی ذهنی را عدم توانایی در پردازش اطلاعات در راستای تعادل زیستی - روانی دانسته که عموماً با هوش بهر پایین‌تر از حالت طبیعی و کاهش کارایی، تطابق و سازگاری همراه است.
- ✓ انجمن کم‌توانی ذهنی و رشدی آمریکا، کم‌توانی ذهنی را ناتوانی با محدودیت قابل ملاحظه در کارکرد ذهنی و رفتار انطباقی تعریف کرده است که در مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و انطباقی نمود پیدا کرده و قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شود.
- ✓ هوش، اشاره به توانمندی ذهنی مغز در حل مسئله و یادگیری دارد.
- ✓ رفتار انطباقی عبارتست از مهارت‌های اجتماعی، عملی و مفهومی که افراد در زندگی روزمره خود بکار می‌گیرند.
- ✓ مهارت‌های مفهومی شامل مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مربوط به حفظ پول و حسابداری و خود رهنمودی است.
- ✓ مهارت‌های اجتماعی در بر گیرنده مهارت‌های بین فردی و توانمندی فهمیدن و پیروی از قوانین و مقررات است.
- ✓ مهارت‌های عملی، آن دسته از مهارت‌ها بوده که فرد برای فعالیت‌های شخصی و فعالیت‌هایی که نیازمند استفاده از ابزار هستند و نیز فعالیت‌های مرتبط با شغل، از آنها استفاده می‌کند.
- ✓ کم‌توانی ذهنی، ۳ عامل کلیدی دارد: الف) آسیب جدی به توانایی هوشی، ب) آغاز قبل از ۱۸ سالگی و ج) آسیب به توانایی‌های انطباقی.

سبب‌شناسی:

- ✓ علل کروموزومی و مادرزادی، از دلایل عمده کم‌توانی ذهنی بشمار می‌روند.
- ✓ بیماری سرخجه، دریافت اشعه ایکس، دیابت و بیماری‌های عفونی از جمله عوامل مادرزادی کم‌توانی ذهنی هستند.
- ✓ از عوامل حین تولد می‌توان به خفگی یا قطع تنفس، صدمه مستقیم به سر و مغز، پیچیدن بند ناف، آنوکسی (نرسیدن اکسیژن لازم در زمان تولد به نوزاد) و طولانی شدن زایمان اشاره کرد.
- ✓ از عوامل بعد از تولد می‌توان به صدمه به سر، تومورهای مغزی، عفونت‌هایی نظیر یرقان و مننژیت، گرسنگی و سوء تغذیه، تشنج و محرومیت‌های فرهنگی و محیطی اشاره کرد.
- ✓ کم‌توانی ذهنی خفیف‌تر افراد متعلق به محرومیت فرهنگی و طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین، بطور قابل توجهی شایع‌تر است.
- ✓ در طبقات پایین جامعه، حاملگی در سنین نوجوانی وجود داشته که با عوارض مربوط به وضع حمل، نارس و کم وزن بودن کودک همراه است.
- ✓ مراقبت‌های پزشکی ناکافی پس از تولد، سوء تغذیه و مواجه شدن با مواد سمی همچون سرب و ضربه‌های فیزیکی نیز در طبقات پایین جامعه شایع است.
- ✓ بی‌ثباتی خانواده، نقل مکان‌های مکرر و تعداد افراد زیاد خانوار نیز در این طبقات بیشتر مشاهده می‌شود.

میزان شیوع:

✓ کم توانی ذهنی، شایع ترین ناتوانی رشدی بوده که شیوع آن، بین ۰.۸ تا ۳ درصد افراد در جامعه است.

طبقه بندی:

✓ برحسب معلولیت جسمانی، کم توانی ذهنی به دو گروه الف) اختلال ذهنی خالص و ب) اختلال ذهنی ناخالص تقسیم می شود.

✓ در اختلال ذهنی خالص، افراد دارای هوش بهر پایین تر از حد طبیعی هستند و هیچگونه اختلال حرکتی و معلولیت جسمانی در آنها دیده نمی شود اما دشواری های رفتاری و مشکلات اجتماعی دارند.

✓ در اختلال ذهنی ناخالص، علاوه بر هوش بهر پایین تر از حد طبیعی، اختلالات حرکتی نیز بدلیل آسیب نیمکره های مغزی یا راه های ارتباطی و یا اعصاب محیطی وجود دارد و برحسب محل ضایعه، ممکن است از یک تا چند اختلال متفاوت باشد.

✓ در اختلالات ذهنی ناخالص، اختلالات رفتاری نیز محتمل است.

✓ یکی از اولین طبقه بندی ها برای کم توانی ذهنی، در اوایل ۱۹۰۰ توسط گودارد انجام شده که بر پایه سن عقلی است.

✓ گودارد افراد با سن عقلی کمتر از ۳ سال، کودن و بین ۳ تا ۷ سال، ناقص العقل و بین ۷ تا ۱۰ سال را کند ذهن نامید.

✓ برای تقسیم بندی اختلال ذهنی از عواملی نظیر هوش بهر، شدت اختلال و محدودیت نیز استفاده کرده اند.

✓ هوش بهر، شایستگی و استعداد یادگیری افراد را مورد بحث قرار می دهد.

✓ پیازه، هوش را توانایی سازگاری و انطباق با محیط تعریف کرده است.

✓ وکسلر، هوش را مجموعه شایستگی های فرد در تفکر عاقلانه، رفتار انطباقی و اقدام موثر در سازش با محیط تعریف می کند.

✓ محاسبه هوش بهر بصورت تقسیم سن عقلی (برحسب ماه) بر سن واقعی (برحسب ماه) بدست آمده که حاصل آن را در ۱۰۰ ضرب کرده و میزان هوش بهر فرد را نشان می دهد.

جدیدترین تقسیم بندی بر مبنای سیستم حمایتی ۴ مرحله ای:

۱. متناوب:

✓ حمایت ها براساس نیاز بوده و نامنظم و کوتاه مدت است.

۲. محدود:

✓ حمایت ها براساس تداوم مشخص می شوند؛ زمان مورد نیاز ممکن است محدود باشد اما متناوب نیست.

✓ هزینه های این روش، کمتر از روش هایی است که با سطح بسیار عمیقی از حمایت همراه هستند.

۳. گسترده:

✓ حمایت با مشکرت درگیری منظم در برخی از محیط ها نظیر محل کار یا خانه مشخص شده و از نظر زمانی، محدود نیستند.

۴. فراگیر:

- ✓ حمایت‌ها باید پیوسته و بسیار عمیق باشند.
- ✓ حمایت‌های فراگیر معمولاً نسبت به حمایت‌های گسترده یا کوتاه مدت، نیازمند کارکنان بیشتری بوده و بسیار عمیق هستند.

طبقه‌بندی کم توانی ذهنی براساس DSM-IV:

۱. کودکان با کم توانی ذهنی خفیف:

- ✓ این افراد در سطح آموزش‌پذیر بوده و بهره‌های آنها بین ۵۰ تا ۷۰ بوده و حدود ۸۰٪ از کم توانان ذهنی را تشکیل داده و وسیع‌ترین گروه آنان هستند.
- ✓ قادر به رشد اجتماعی در سنین تا ۵ سالگی هستند.
- ✓ نقیصه آنها در طیف حسی - حرکتی، بسیار کم است.

۲. کودکان با کم توانی ذهنی متوسط:

- ✓ در سطح تربیت‌پذیر بالا و بهره‌های آنها ۳۵ تا ۴۹ بوده و حدود ۱۲٪ از کم توانان ذهنی را تشکیل می‌دهند.
- ✓ در سنین پیش دبستانی قادر به صحبت کردن یا آموختن شیوه ارتباط هستند ولی هوشیاری آنها نسبت به قراردادهای اجتماعی اندک است.
- ✓ پیشرفت تحصیلی آنها تا سطح کلاس دوم ابتدایی بیشتر نیست.
- ✓ قادر به فراگیری انجام تردد تنها در مسافت‌های بین افراد فامیل هستند.

۳. کودکان با کم توانی ذهنی شدید:

- ✓ بهره‌های آنها بین ۲۰ تا ۳۴ بوده و حدود ۷٪ کم توانان ذهنی را تشکیل داده و در سطح تربیت‌پذیر پایین هستند.
- ✓ در سنین پیش دبستانی، رشد حرکتی ضعیفی داشته و تکلم آنها در حداقل میزان بوده و در ارتباط کلامی، رشد بسیار نامحسوسی دارند.

۴. کودکان با کم توانی ذهنی عمیق:

- ✓ اساساً کمتر از ۱٪ مجموع کم توانان ذهنی را تشکیل داده و دارای بهره‌های هوشی کمتر از ۲۰ بوده و در سطح حمایت‌پذیر قرار دارند.

کم توانی ذهنی با علائم بالینی:

۱. سندرم داون:

- ✓ علت این بیماری، یک اختلال و نقص کروموزومی بوده که این افراد در کروموزوم ۲۱ خود، یک کروموزوم اضافی دارند.
- ✓ با افزایش سن مادر، آمار بدنیا آمدن کودک با سندرم داون بالا می‌رود.
- ✓ این کودکان دارای سر کوچک و مدور و چشم‌های مورب هستند.
- ✓ قوام پایین عضلانی و شلی و بی‌ثباتی رباط‌های مفاصل از علائم مهم در این کودکان است.
- ✓ تکلی در این کودکان با تاخیر همراه است.

۲. فنیل کتونوری:

- ✓ جزء اختلالات مربوط به سوخت و ساز مواد پروتئینی بوده و از راه ژن مغلوب و کروموزوم‌های معمولی از والدین به کودک منتقل شده و منجر به کم توانی ذهنی نسبتاً شدید می‌شود.
- ✓ علت این بیماری، فقدان آنزیمی است که فنیل آلانین را به تیروزین تبدیل می‌کند.
- ✓ این کودکان دارای موهای بور و روشن، چشمان آبی روشن، پوست لطیف و حساس بوده و هوش بهر آنان بین ۵۰ تا ۷۰ است.
- ✓ این کودکان، فعال و مخرب بوده و رفتار آنها بیشتر ناگهانی است.
- ✓ در جریان درمان، رنگ موها بتدریج تیره‌تر شده و جنب و جوش کودک کاهش می‌یابد.

۳. هیدروسفال:

- ✓ این بیماری بعلت ازدیاد ترشح مایع مغزی نخاعی یا عدم امکان جریان و جذب آن در بطن‌های مغزی ایجاد شده که باعث ازدیاد فشار داخل جمجمه و در نتیجه جلوگیری از رشد مغزی می‌شود.
- ✓ این بیماری با کم توانی ذهنی بسیار شدید و اختلالات حسی و حرکتی مانند نابینایی، ناشنوایی و فلج‌های مختلف همراه است.
- ✓ عمل جراحی در هیدروسفالی، تنها فشار مایع مغزی نخاعی را کم کرده و به هیچ عنوان اختلال رشدی مغز را جبران نمی‌کند.

ارزیابی و ملاک‌های تشخیص:

- ✓ مهمترین موردی که باید در ارزیابی افراد با ناتوانی مورد توجه قرار گیرد، سطح مشارکت و رفاه فرد بوده که هدف تمام برنامه‌های آموزشی و درمانی نیز است.
- ✓ سطح مشارکت بهینه زمانی حاصل می‌شود که تعامل مناسبی میان ویژگی‌های فرد، محیط و کارهایی که فرد باید انجام دهد، بوجود آمده باشد.
- ✓ استفاده از نمرات IQ می‌تواند یک عامل مناسب در پیش‌بینی کارکرد شناختی فرد در آینده باشد.

مواردی که فرد، کم توانی ذهنی ندارد اما علائمی از آن را نشان می‌دهد:

۱. آفازی:

- ✓ اختلال گفتاری که بدلیل آسیب به مناطق بروکا و ورنیکه رخ داده و به ۲ صورت بیانی و درکی است.
- ✓ در نوع بیانی، فرد مفهوم کلمات را می‌داند اما قادر به ادای صحیح نیست و در نوع درکی، کلمات را بخوبی بر زبان می‌آورد اما کلمات، بی‌مفهوم و فاقد معنا هستند.

۲. اختلالات ویژه یادگیری (رشدی):

- ✓ مانند تاخیر در تکلم، ضعف در خواندن و ... بوده که رابطه‌ای با هوش ندارد و تاخیر، در یک یا چند جنبه است.
- ✓ اختلالات یادگیری، آن دسته از اختلالات بوده که بر توانایی کودک برای مهارت در تکالیف مدرسه، پردازش اطلاعات و کارآمدی ارتباط اثر می‌گذارد.

۳. فلج مغزی:

- ✓ ۷۵٪ کودکان فلج مغزی، دچار کم توانی ذهنی هستند.
- ✓ فلج مغزی، اختلال حرکتی غیر پیشرونده بوده و در مغز در حال رشد رخ می‌دهد.
- ✓ مشکلات حرکتی، نواقص چهره‌ای و عصب شناختی از مشکلات ایجاد شده در فلج مغزی است.

نیازها و اقدامات توانبخشی:

- ✓ توانبخشی دارای ۴ بخش اصلی الف) توانبخشی پزشکی، ب) توانبخشی اجتماعی، ج) توانبخشی آموزشی و د) توانبخشی حرفه‌ای است.
- ✓ کار درمانگران، بیشترین نقش را در توانبخشی کودکان با کم توانی ذهنی داشته و سعی می‌کنند با بکارگیری کار، مراجع خود را به بهترین سطح مشارکت در اجتماع برسانند.
- ✓ درمانگران از رویکردهای مراجع محور و مبتنی بر خانواده و جامعه استفاده می‌کنند. البته از رویکردهای درمانی نیز که با عنوان رویکردهای اصلاحی یا درمانی نامیده می‌شود نیز استفاده می‌کنند.
- ✓ در رویکرد اصلاحی، ۲ فن اصلی مورد استفاده قرار می‌گیرد: الف) آموزش مهارت‌های جدید و ب) تغییر در فرآیندهای زیست‌شناختی، فیزیولوژیکی، روانشناختی و عصب‌شناختی.
- ✓ تمرکز، بر کاهش درد مراجع و تاثیر آسیب بر عملکرد شغلی وی است.
- ✓ مراقبت از خود، اوقات فراغت و شغل، مهمترین کارهای زندگی یک فرد است.
- ✓ هدف نهایی کار درمانگران، ایجاد عملکردهایی است که بصورت کارکردی باشند و سعی بر آن است که تغییرات دوران کودکی در جهت مثبت انجام پذیرند.
- ✓ در کار درمانی، فعالیتی انتخاب می‌شود که برای کودک معنادار باشد و کودک، بصورت موفقیت‌آمیز در آن شرکت کند.
- ✓ گاهی از رویکردهای جبرانی برای جبران تاخیرها یا نواقص در عملکردها استفاده می‌شود.
- ✓ رشد مهارت‌های حرکتی درشت بطور کلی با جابجایی از جمله تعامل بدن با محیط سر و کار دارد.
- ✓ مهارت‌های حرکتی درشت از حرکت‌هایی که تعادل را امکانپذیر می‌سازند تا الگوهای جابجایی سطح بالاتر، بطور مداوم رشد می‌کنند.
- ✓ الگوهای جابجایی باعث حرکت آزادانه فرد در محیط می‌شود.
- ✓ مهارت‌های حرکتی درشت شامل کنترل سر و گردن، غلتیدن، درست نگهداشتن راستای بدن، سینه خیز رفتن، خزیدن، ایستادن، راه رفتن، دویدن، پریدن و جست و خیز کردن است.
- ✓ رشد مهارت‌های حرکتی ظریف، بیش از رشد مهارت‌های حرکتی درشت نیازمند دقت و استواری است.
- ✓ هماهنگی چشم و دست، عامل یکپارچگی بسیاری از مهارت‌ها و همچنین رشد مهارت حرکتی ظریف است.
- ✓ هماهنگی چشم و دست، اساس فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی است.
- ✓ آموزش مهارت‌های اجتماعی بر اهمیت یادگیری مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری و استفاده از روابط مناسب در موقعیت‌های اجتماعی تاکید دارد.
- ✓ توانایی برقرار کردن ارتباط با دیگران، یکی از مولفه‌های اصلی رشد و تحول است.
- ✓ بدون برقرار کردن ارتباط، هیچ تعاملی وجود نخواهد داشت.

- ✓ سامانه‌های ارتباطی با کودکان کم توان ذهنی، ۳ نوع کلی است: الف) زبان کلامی، ب) ارتباط مکمل (شامل زبان اشاره) و ج) ترکیبی از رویکردهای کلامی و اضافی.
- ✓ مدل‌های پزشکی، رشدی، رفتاری، شناختی، انسان‌گرایانه و بوم‌شناختی از جمله روش‌هایی هستند که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- ✓ استفاده از رویکردهای پردازش حسی، فرآیندهای ادراکی - حرکتی و یکپارچگی حسی، از رویکردهای رایج میان کار درمانگران است.
- ✓ روش یکپارچگی حسی که در سال‌های اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته، در سال ۱۹۷۹ توسط جین آیرز بوجود آمده و فرضیه اصلی آن، این است که با فراهم‌سازی درون‌دادهای حسی برنامه‌ریزی شده و متناسب با نیازهای کودک، می‌توان برون‌دادهای مورد نظر و رفتارهای انطباقی را انتظار داشت.
- ✓ تاکید اصلی روش فوق بر ۳ حس لامسه، عمقی و دهلیزی است.
- ✓ بزرگترین نیاز والدین اطفال کم توان ذهنی، مشاوره در مراحل مختلف زندگی کودک است.
- ✓ مشاوره فردی معمولاً برای والدینی که کودکان آنها نیازهای ویژه‌ای نظیر وابستگی شدید عاطفی، انواع ناسازگاری‌ها چون پرخاشگری و بالاخره اختلالات رفتاری مشخصی دارند، مفیدتر است.
- ✓ توانبخشی حرفه‌ای، نقطه‌نهایی در توانبخشی افراد محسوب می‌شود.
- ✓ آماده‌سازی برای اشتغال در افراد معلول شامل حرفه‌آموزی، اشتغال و پیگیری است.
- ✓ حرفه‌آموزی، آماده‌سازی فرد معلول برای احراز یک شغل مناسب است.
- ✓ ۸ سال اول زندگی که برنامه‌های آموزشی و توانپزشکی انجام می‌گیرد، مرحله آماده‌سازی عمومی است.
- ✓ اشتغال افراد دارای کم توانی ذهنی می‌تواند بصورت اشتغال مستقل، حمایت شده و اشتغال در منزل باشد.

بازی درمانی در کودکان با کم توانی ذهنی:

- ✓ بازی، تجربه اصلی کودک برای ادراک جهان پیرامون بوده و جایگاه وی در جهان را مشخص می‌کند.
- ✓ بازی‌ها از دیدگاه اجتماعی، به بازی‌های مشاهده‌ای، انفرادی، موازی، شراکتی و تعاونی دسته‌بندی می‌شوند.
- ✓ توانایی برقراری ارتباط‌های احساسی و ابراز عقاید و خواسته‌ها و نشان دادن واکنش‌های عاطفی و رفتاری از طریق شیوه‌های غیر کلامی در انسان، ذاتی است.
- ✓ هدف از ارزیابی به روش بازی درمانی، ارزیابی توانمندی هوشی کودک و تعیین نمره هوش وی نیست بلکه در بازی درمانی تشخیصی، تعیین سطح کارکردی و عملکرد عمومی کودک مدنظر است.
- ✓ بازی درمانی منجر به افزایش انگیزه در کودکان کم توان ذهنی می‌شود.
- ✓ بازی درمانی گروهی بمنظور تسهیل سازگاری روانی کودکانی که کم توانی ذهنی دارند، استفاده می‌شود.
- ✓ بازی درمانی منجر به افزایش میزان علاقه کودکان به برقراری ارتباط با دیگران شده که این امر، عامل افزایش بهبودی توان گفتاری و کلامی فرد خواهد شد.

فصل پنجم: توانبخشی معلولان جسمی - حرکتی

◀ معلولین جسمی - حرکتی دچار ضعف و یا عدم توانایی در سیستم حرکتی می‌شوند.

تعریف معلولیت جسمی - حرکتی:

- ✓ معلولین جسمی - حرکتی کسانی هستند که بدلیل نقص جسمانی، دچار مشکل حرکتی هستند.
- ✓ این نقص می‌تواند بدلیل ضایعه مغزی، آسیب‌دیدگی نخاع، ضایعات استخوانی و عضلانی بصورت فلج عضو و یا ناموزونی عضو حرکتی نمایان شود.
- ✓ معلول، کسی است که بدلیل نقص جسمی - حرکتی قادر نیست فعالیت‌های عادی زندگی روزمره را بنحو مطلوب انجام دهد و یا در انجام فعالیت‌های مربوطه، با محدودیت‌هایی مواجه است.
- ✓ معلولین جسمی - حرکتی به افرادی اطلاق می‌شود که به هر دلیل، دچار ضعف، اختلال و یا عدم توانایی در سیستم حرکتی باشند و یا برای تحرک، نیاز به وسایل کمکی داشته باشند.

شایع‌ترین آسیب‌های منجر به معلولیت:

- ✓ از شایع‌ترین آسیب‌هایی که عوارض آن به شکل معلولیت جسمی - حرکتی نمایان می‌شود می‌توان به فلج مغزی، شکاف ستون فقرات، سکته مغزی و ضایعات نخاعی اشاره کرد.

۱. فلج مغزی:

- ✓ یک ناتوانی رشدی محسوب شده و یک موقعیت چند معلولیتی است.
- ✓ وقتی مغز آسیب می‌بیند، توانمندی‌های حسی، شناختی و حساسیت هیجانی همراه با کارکرد حرکتی فرد، معمولاً تحت تاثیر قرار می‌گیرد.
- ✓ تعریف معمول فلج مغزی ناظر بر شرایطی است که ویژگی آن فلج، ضعف، ناهماهنگی و یا دیگر بدکاری‌های حرکتی منبعت از آسیب وارده بر مغز کودک قبل از رسیدگی است.
- ✓ فلج مغزی، اصطلاحی است که در توصیف قسمت وسیعی از ناتوانی‌های حرکتی که پیشرونده نیست، بکار می‌رود.
- ✓ طبقه‌بندی فلج مغزی براساس ۲ نوع الف) اندام‌های درگیر و ب) ناتوانی حرکتی مورد پذیرش است.
- ✓ رایج‌ترین گروه‌بندی اندام‌های درگیر عبارتست از الف) درگیری در یک سمت بدن، ب) درگیری بیشتر پاها نسبت به دست‌ها، ج) درگیری چهار اندام بدن و د) درگیری فقط در ناحیه پاها.
- ✓ انواع ناتوانی حرکتی که طبقه‌بندی دیگری از فلج مغزی بحساب می‌آیند عبارتست از الف) انقباضی (فرد دارای عضلات سفت منقبض و متشنج بوده و ۵۰٪ فلج مغزی، از این نوع است)، ب) حرکت غیر ارادی (حرکات غیر ارادی کند و مکرر که سرچشمه آن در مفاصل است)، ج) عدم تعادل مخچه‌ای (آسیب به مخچه و د) ترکیبی (حالت نادر و ترکیب انقباضی و حرکات غیر ارادی).
- ✓ مننژیت، ضربه‌های دوران بارداری، تولد زودرس، ضایعات زمان تولد، کمبود اکسیژن هنگام تولد، نارسایی و اختلال در جریان خون‌رسانی به مغز و تومورهای مغزی از جمله عوامل مهم در ایجاد فلج‌های مغزی هستند.

۲. شکاف ستون فقرات:

- ✓ متداول ترین نارسایی ناتوانی ساز دائمی از هنگام تولد، شکاف ستون فقرات است.
- ✓ این نارسایی در هنگام تشکیل ستون فقرات جنین در شکم مادر، رخ داده و بسته به محل شکاف، بعضی از قسمت‌های بدن فلج می‌شود.
- ✓ شکاف ستون فقرات معمولاً به ۲ نوع (الف) شکاف ستون فقرات پنهان و (ب) شکاف ستون فقرات کیسه‌ای طبقه‌بندی می‌شود.
- ✓ شکاف ستون فقرات پنهان، نوع خفیفی بوده که در آن، شکاف کوچکی در یک یا چند ساختار مهره‌ای وجود دارد.
- ✓ شکاف ستون فقرات کیسه‌ای، نوعی بدشکلی ستون فقرات بوده که در آن، کیسه‌ای غده مانند از یک شکاف واقعی در پشت کودک بیرون زده است.
- ✓ عوارض این ضایعه، طیف وسیعی از فقدان حسی و حرکتی تا فلجی هر دو اندام تحتانی و عدم کنترل ادرار را در بر می‌گیرد.
- ✓ اختلالات مجاری ادرار، تغییر شکل‌های استخوانی و حساسیت‌های پوستی، از دیگر عوارض این بیماری هستند.
- ✓ عدم کنترل ادرار و مدفوع، مهمترین مانع حضور این کودکان در مدارس عادی تلقی می‌شود.

۳. سگته مغزی:

- ✓ اگر تغذیه خونی قسمتی از مغز قطع گردد، مغز دچار ضایعه شده و علائمی را بدنبال خواهد داشت که سگته مغزی نامیده می‌شود.
- ✓ سگته مغزی در نتیجه پاره شدن یک رگ خونی که در قلب و یا ایجاد انسداد توسط رسوبات در داخل شریانی که خون مغز را تامین می‌کند یا لخته خونی که در قلب یا در یک شریان ایجاد شده و سپس از محلی که لخته ایجاد شده کنده شده و بسمت مغز می‌رود، است.
- ✓ بهنگام سگته مغزی، طرف مقابل آن قسمت از مغز که ضایعه دیده، قادر به حرکت نخواهد بود.
- ✓ سگته مغزی، اولین علت معلولیت در کهنسالان است.
- ✓ عواملی افزایش فشار خون، ناهنجاری‌های قلبی، بیماری قند، افزایش چربی‌های خون، چاقی و استعمال دخانیات در بروز سگته مغزی موثرند.

۴. ضایعات نخاعی:

- ✓ مجموعه بیماری‌ها و اختلالاتی که منجر به ضایعه نخاع شوکی و ستون فقرات گردد، به ضایعات نخاعی مرسوم است.
- ✓ نوع فلج براساس اینکه ضایعه در فواصل کدام یک از مهره‌ها رخ بدهد، متفاوت است.
- ✓ اگر ضایعه بین مهره‌های ۳ تا ۷ گردنی رخ بدهد، بصورت فلج چهار ستون بدن (دست‌ها، پاها و تنه) ظاهر می‌شود.
- ✓ اگر آسیب به مهره‌های پشتی و پایین‌تر وارد شود، انسان از هر ۲ پا فلج می‌شود.
- ✓ آسیب نخاعی وقتی رخ می‌دهد که نخاع دچار آسیب یا قطع شدگی بشود.

سبب‌شناسی:

۱. نقیصه‌های مادرزادی:

✓ شامل نقیصه‌های ناشی از عوامل ناشناخته مانند شکاف ستون فقرات و ناشی از مصرف داروهای تاثیرگذار بر جنین توسط مادر مانند داروی ضد تهوع تالیدومید.

۲. نقیصه‌های مراحل اولیه طفولیت:

✓ ابتلای کودک به بیماری‌های میکروبی مانند مننژیت و یا بیماری‌های ویروسی مانند فلج اطفال یا آسیب‌دیدگی ناشی از وارد شدن ضربه به مغز و نخاع و یا موضع حرکتی.

۳. نقیصه‌های بعد از مراحل اولیه طفولیت:

✓ اختلال ژنتیک که موجب تغییرات تدریجی بافت عضلانی به فیبر چربی در اندام حرکتی می‌شود.
✓ آسیب‌دیدگی بخش‌های مغز و نخاع یا اندام حرکتی بدلیل جنگ، حوادث ورزشی، سوانح صنعتی و ترافیکی.

۴. نقیصه‌های دوران سالمندی:

✓ سکت‌های مغزی که بیشتر منجر به فلج یک طرفه در بدن می‌شود، پوکی استخوان و شکستگی‌های موضعی.

میزان شیوع:

✓ میزان شیوع این معلولیت برای جمعیت زیر ۶۰ سال، حدود ۱٪ در کل دنیاست.

نیازها و اقدامات توانبخشی:

✓ شناسایی نشانه‌های تاخیر در رشد به گونه‌ای که مداخله را بتوان هرچه زودتر آغاز کرد، در پیشگیری از ناتوانی‌ها حائز اهمیت است.

✓ ارزیابی دقیق در جهت تشخیص میزان و شدت معلولیت فرد، از اقدامات مهم و نخستین جریان بازپروری و توانبخشی است.

✓ جراحی‌های ترمیمی، دارو درمانی اولیه، رژیم درمانی و ارائه توصیه‌های پزشکی، شرط اول رسیدن به بهبود کودک معلول جسمی - حرکتی یا پیشگیری از گسترش دامنه نقص و به تاخیر انداختن سیر انتشار نقص است.

✓ فعالیت‌های پزشکی معمولاً اولین و ضروری‌ترین اقدامات بشمار می‌آیند.

✓ مددکار اجتماعی، خانواده فرد معلول را نسبت به ماهیت معلولیت و پیامدهای آن آگاه می‌سازد.

دستگاه‌ها و وسایل کمکی:

الف) دستگاه‌ها:

۱. ارتز:

✓ به کلیه وسایلی اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از بدشکلی‌ها و یا تصحیح آنها و یا نگهداری و تثبیت قسمت‌های مختلف بدن به موازات آنها بکار می‌روند.

✓ ارتزها به ارتزهای اندام‌های فوقانی، تحتانی، ستون فقرات و کفش طبی تقسیم می‌شوند.

۲. پروتز:

✓ عبارتست از جایگزینی عضوی مصنوعی برای عضوی که از دست رفته است مثل دست و پای مصنوعی.

(ب) وسایل کمک فنی:

۱. وسایل ساده:

✓ این وسایل به اشکال مختلف برای چاره‌سازی به هر مشکلی، طراحی و ساخته شده است مانند قاشقی که در عین حال، کارد نیز هست.

(ب) وسایل حرکتی:

۱. کراچ:

✓ وسیله‌ای که برای استفاده از نیروهای اندام فوقانی در راه رفتن و حرکت دادن بدن مورد استفاده قرار می‌گیرد نظیر عصای زیر بغل، عصای آرنجی، عصاهای دستی یک یا چند پایه.

۲. واکر:

✓ وسیله‌ای است برای آن دسته از معلولین که جهت راه رفتن، به تکیه‌گاه بیشتری نیاز داشته و جنس آن از آلومینیوم است.

۳. صندلی چرخدار:

- ✓ در زمره وسایل تحرک برای کسانی است که غالباً قادر به راه رفتن با وسایل دیگر نیستند.
- ✓ جنس این وسیله از فلز بوده و دارای ۴ چرخ است.
- ✓ بهترین وسیله جابجایی معلول بویژه در خارج از منزل، صندلی‌های چرخدار موتوری و الکترونیکی است.

فصل ششم: توانبخشی در برخی بیماری‌های خاص

◀ شناخت دقیق و همه جانبه از نیازها و انتظارات معلولین، نقطه شروع و عامل کلیدی برای دستیابی به نتایج موفقیت - آمیز خدمات توانبخشی بشمار می‌آید.

اتیسم:

۱. تعریف و توضیح:

- ✓ یکی از بیماری‌های دوران کودکی و مربوط به گروه اختلالات فراگیر رشدی بوده که آن را اتیسم شیرخوارگی یا اتیسم کودکی نامگذاری کرده‌اند.
- ✓ اتیسم را به خواب و خیال در بیداری تعبیر می‌کنند.
- ✓ اتیسم، یک ناتوانی تکاملی بوده و شدت و دامنه آن وسیع است.
- ✓ نشانه‌های مورد توافق اتیسم عبارتست از: الف) انزوای اجتماعی، ب) عقب ماندگی ذهنی، ج) نقایص زبانی و د) رفتارهای کلیشه‌ای و یکنواخت.
- ✓ بین ۷۷ تا ۸۹ درصد آنان، هوش بهر کمتر از ۷۰ دارند.
- ✓ این افراد اغلب از تماس چشمی اجتناب کرده و انزوای اجتماعی نشان می‌دهند.

۲. سبب‌شناسی:

- ✓ این باور که اتیسم، ناشی از والدین طرد کننده و سرد است در دهه ۱۹۵۰ و ۶۰ میلادی رایج بوده است.
- ✓ پژوهشگران هم اکنون روی بدکاری مغز و سیستم عصبی برای علت‌شناسی این بیماری متمرکز شده‌اند.
- ✓ پژوهشگران زیستی بیشتر بر مولفه‌های ژنی، کروموزوم‌ها، عوامل زیست شیمیایی و عامل عصبی تاکید دارند.
- ✓ پژوهشگران شناختی بر اشکال در کارکردهای شناختی مثل کارکردهای اجرایی، حافظه، طبقه‌بندی، درک اجتماعی و نظریه ذهن تاکید می‌کنند.

۳. میزان شیوع:

- ✓ در هر ۱۰ هزار کودک، ۵ نفر مبتلا به این اختلال بوده و نسبت آن در پسران، ۴ تا ۵ برابر بیش از دختران است.
- ✓ عوارض این اختلال در دختران بیشتر بوده و کارکردهای ذهنی و هوشی آنان بیشتر آسیب می‌بیند.
- ✓ نرخ شیوع این اختلال در ایران، حدود ۰.۵٪ است.

۴. نیازها و توانبخشی افراد دچار اتیسم:

- ✓ این بیماری حتماً تا قبل از ۳۰ ماهگی شروع می‌شود.
- ✓ تشخیص دقیق براساس مشاهده وضعیت ارتباطی و رفتار کودک و سطح رشدی وی صورت می‌گیرد.
- ✓ در مرحله اول تشخیص اختلال، تست غربالگری رشد کودک توسط پزشک وی انجام می‌شود.
- ✓ از ابزارهای غربالگری در مرحله اول می‌توان به چک لیست اتیسم طفولیت و ابزار غربالگری برای اتیسم در ۲ سال اول اشاره نمود.
- ✓ در مرحله دوم تشخیص از درمانگران و متخصصین در حوزه‌های مختلف کمک گرفته می‌شود.

- ✓ تقریباً همه درمان‌های موثر، از نوع درمان رفتاری بوده و تجویز دارو نظیر مصرف آرامبخش‌ها، معمولاً به جهت کاهش بی‌قراری و اضطراب کودک بمدت کوتاه یا طولانی صورت می‌گیرد.
- ✓ هدف از مداخله‌های رفتاری، مهارت‌آموزی به کودکان و کاستن از رفتارهای مخرب است.
- ✓ کودکان دچار اتیسم، تمایل به بازی نداشته و این کودکان، تعامل بصورت اجتماعی را تکلیف سخت می‌یابند.

کمبود توجه/بیش‌فعالی:

۱. تعریف و توضیح:

- ✓ از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان و بویژه دانش‌آموزان دبستانی است.
- ✓ از برجسته‌ترین ویژگی‌های این اختلال می‌توان به بی‌قراری افراطی و توجه بسیار ضعیف اشاره نمود که به رفتار تکانشی و فاقد سازمان منجر می‌شود.
- ✓ اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، مشکل عملکردی نیز تعبیر شده است.
- ✓ این کودکان در تعامل با هم‌تایان، فاقد سازمان و درمانده بوده و اغلب از سوی آنان، بخاطر رنجش‌آور بودن، طرد می‌شوند.

۲. سبب‌شناسی:

- ✓ متغیرهایی نظیر عوامل عصب‌شناختی و تاثیرات ژنتیکی ممکن است در این اختلال دخیل باشند.
- ✓ اثرات محیطی می‌تواند شدت این اختلال را افزایش دهد ولی علت آن، محسوب نمی‌شود.

۳. میزان شیوع:

- ✓ میزان شیوع آن در سطح جهانی بین ۱ تا ۶ درصد است.
- ✓ نسبت ابتلای پسران به دختران، حدود ۶ به ۱ است.

۴. نیازهای توانبخشی در افراد دچار کمبود توجه/بیش‌فعالی:

- ✓ این اختلال، در واقع اختلالی با شروع زودرس همراه با نشانه‌های رفتاری بوده که قبل یا همزمان با آغاز مدرسه خود را نشان می‌دهد.
- ✓ شناسایی دقیق و مداخله زودهنگام در طی پایه‌های ابتدایی، بهترین راه جلوگیری از نقایص معنی‌دار رفتاری، تحصیلی و اجتماعی در این کودکان محسوب می‌شود.

صرع:

۱. تعریف و توضیح:

- ✓ آنچه در همه انواع صرع مشترک است، تخلیه ناگهانی انرژی الکتریکی سلول‌های مغزی بوده که از آن تحت عنوان حملات صرع، نام برده می‌شود.
- ✓ شایع‌ترین تقسیم‌بندی، به تقسیم صرع به ۲ نوع موضعی (مربوط به منطقه محدودی از مغز) و عمومی (تقریباً تمام محدوده مغز) مربوط است.
- ✓ نوع موضعی ممکن است با از دست دادن هوشیاری و یا بدون آن باشد.

۲. صرع بزرگ:

- ✓ در این صرع، شخص به یکباره بیهوش شده و محکم به زمین می‌خورد، بدن وی سفت و سخت شده، فریادهای نامفهوم از گلوئی او خارج و سپس شروع به لرزش می‌کند.
- ✓ این حملات از چند ثانیه تا چند دقیقه طول کشیده و بعد از پایان حمله، برای چند دقیقه به فرد، حالت خفگی دست داده و شدیداً احساس خستگی و خواب‌آلودگی می‌کند.

۳. صرع کوچک:

- ✓ فراوان‌تر از صرع بزرگ بوده و ناگهانی و بدون مقدمه، شروع و چند ثانیه طول می‌کشد.
- ✓ بیمار، شعور و شناسایی خود را از دست می‌دهد ولی دچار تشنج نشده، به زمین نمی‌افتد و به خواب نمی‌رود.

۴. صرع روانی - حرکتی:

- ✓ شخص بمدت کوتاهی دچار فراموشی یا نوعی حالت خلسه می‌شود.
- ✓ محیط اطراف در نظر وی، کمی محو و تاریک شده و شروع به تکلم و صحبت نامفهوم می‌کند.
- ✓ در شخص، حرکاتی نظیر مالیدن دست‌ها به هم، راه رفتن بدون هدف، بازی کردن با لباس و حرکات خود بخودی دهان بصورت جویدن دیده می‌شود.
- ✓ در این نوع صرع علاوه بر علائم حرکتی، ممکن است علائم روانی نظیر تغییر در حافظه، گریه یا خنده شدید نیز مشاهده شود.
- ✓ بعد از حمله که معمولاً ۱ تا ۲ دقیقه طول می‌کشد، بیمار چیزی از زمان حمله را بوضوح به یاد نمی‌آورد.

۵. سبب‌شناسی:

- ✓ دلایل متعددی از جمله عوامل پیش از تولد، غدد مغزی، عوارض آسیب به سر، آسیب یا عفونت‌های مادرزادی، عوامل ژنتیک و برخی از داروها می‌توانند دخیل باشند.

۶. میزان شیوع:

- ✓ بین ۰.۵ تا ۱٪ افراد جامعه به عارضه صرع مبتلا هستند.

۷. نیازهای توانبخشی در افراد دچار صرع:

- ✓ درمان این بیماری به ۳ نوع دارویی، جراحی و روان درمانی تقسیم می‌شود.
- ✓ صرع، صرفاً یک بیماری جسمی بوده که بدلیل اختلال در کارکرد سلول‌های مغز ایجاد شده و با مصرف دارو، تا حد ممکن حملات صرع مهار می‌شود.
- ✓ تعداد و شدت حملات صرع، عامل تعیین‌کننده در وخامت بیماری است.

مولتیپل اسکلروزیس (MS):

۱. تعریف و توضیح:

- ✓ یک بیماری مزمن دستگاه اعصاب مرکزی بوده که مغز و نخاع و نواحی مختلفی از آن را درگیر می‌کند و نام دیگر آن، تصلب چندگانه عصبی است.
- ✓ عمدتاً در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی شایع است.

✓ مشکلات حسی مختلف بویژه آشفته‌گی‌های دیداری، ضعف عضلانی و مشکل در راه رفتن، اختلالات گفتاری و سرگیجه، از نشانه‌های این بیماری محسوب شده و شروع بیماری، معمولاً کند و تشخیص آن مشکل است.

۲. نوع عود کننده - فروکش کننده:

✓ ابتدا حمله‌ای ناگهانی رخ داده و سپس تا حمله بعدی، هیچگونه پیشرفتی در بیماری ایجاد نمی‌شود.

۳. نوع پیشرونده اولیه:

✓ خطرناک‌ترین نوع بیماری بوده و ۱۵٪ بیماران، اینگونه‌اند که بتدریج حال بیمار بدتر می‌شود.

✓ در بین حملات، بهبودی ایجاد نشده یا بهبودی اندکی دارند.

✓ اغلب در ۵ سال اول بیماری، دچار ناتوانی‌های شدیدی می‌شوند.

۴. نوع پیشرونده ثانویه:

✓ با نوع عود کننده - فروکش کننده شروع شده و در آخر به نوع پیشرونده تبدیل می‌شود.

۵. نوع پیشرونده - عود کننده:

✓ آسیب‌های پیشرونده از شروع بیماری وجود دارد اما حملاتی نیز گاهی مواقع ایجاد می‌شود.

➤ نوع خفیفی از این بیماری نیز وجود دارد که اصطلاحاً به آن، حسی خوش خیم گفته می‌شود که فقط باعث از بین رفتن بینایی یا حس‌های دیگر شده و علائم، موقتی است و بندرت، باعث بروز ناتوانی‌های دائمی می‌شود.

۶. میزان شیوع:

✓ شیوع این بیماری در زنان، بیش از مردان بوده و هرچه از خط استوا دورتر شویم، این بیماری بیشتر دیده می‌شود.

۷. نیازهای توانبخشی در افراد دچار مولتیپل اسکلروزیس (MS):

✓ الگوی‌های این بیماری در ۵ سال اول، نشانگر خوبی است که نمای بلندمدت این بیماری را در افراد نشان دهد.

نشانه‌های نقص ایمنی اکتسابی (ایدز):

۱. تعریف و توضیح:

✓ این بیماری در حال حاضر، چهارمین علت مرگ در سراسر جهان است.

✓ در این بیماری، سیستم دفاعی بدن بشدت مختل شده و عفونت و بیماری، فرصت مناسبی برای رشد پیدا می‌کنند.

۲. سبب‌شناسی:

✓ علت این بیماری، ویروس نقص ایمنی بدن (HIV) است.

✓ انتقال این ویروس از طریق تماس جنسی، انتقال خون، تزریق مواد مخدر، انتقال از مادر آلوده به جنین یا نوزاد در دوران شیردهی صورت می‌پذیرد.

✓ نخستین مرحله، ابتلا بوده که ویروس به بدن منتقل می‌شود.

✓ در مرحله دوم، بدن بیمار شروع به تولید پادتن می‌کند.

✓ در مرحله سوم، دستگاه ایمنی بدن ضعیف شده و ویروس، شروع به نابودی سلول‌های دستگاه ایمنی می‌کند.

✓ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، علائم این بیماری شامل دو نشانه اصلی و یک نشانه فرعی است.

۳. نشانه‌ها:

- ✓ نشانه‌های اصلی شامل کاهش ۱۰٪ وزن بدن بطور ناگهانی، اسهال شدید و مداوم بیش از یک ماه و تب شدید بمدت بیش از یک ماه.
- ✓ نشانه‌های فرعی عبارتند از سرفه‌های مداوم بیش از یک ماه، زخم‌های خارش‌دار پوستی در سطح بدن، تبخال‌های عود کننده، عفونت قارچی، تبخال و تاول‌های آبکی روی پوست و پرده‌های مخاطی بطور مزمن و تورم غدد لنفاوی در سطح بدن.

۴. نیازهای توانبخشی در افراد دچار ایدز:

- ✓ مشاوره، یکی از مهمترین اقدامات حمایتی در رفع نگرانی این افراد خواهد بود.
- ✓ به هر میزان که پایه‌های اعتقادی و مذهبی محکم‌تر باشد، فرد کمتر گرفتار رفتارهای مخاطره‌آمیز خواهد شد.

۵. راه‌هایی که باعث انتقال ویروس ایدز نمی‌شود:

الف) اشک، عرق، عطسه و سرفه ب) دست دادن و در آغوش گرفتن ج) دست زدن به وسایل فرد مبتلا د) گزش حشرات

فصل هفتم: توانبخشی معلولان روانی

بیماری‌های حوزه روح و روان، بیماری‌هایی هستند که بطور مستقیم اساسی‌ترین ابعاد یعنی افکار، عواطف و رفتارهای انسان را نشانه گرفته و بار ناشی از این بیماری‌ها بر افراد مبتلا، خانواده آنان و جامعه، بسیار طاقت‌فرسا است.

تعریف اختلال روانی:

- ✓ اختلال روانی یک ناخوشی بوده که دارای تظاهرات روانشناختی یا رفتاری بوده و با ناراحتی‌های قابل ملاحظه و اختلال عملکرد ناشی از آشفتگی‌های زیست‌شناختی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیکی، جسمی یا شیمیایی همراه است.
- ✓ معیار سنجش اختلالات روانی، میزان انحراف از پاره‌ای از هنجارهای طبیعی هستند.
- ✓ از دیدگاه توانبخشی، اختلال روانی به آن دسته از اختلالات روانی مزمن اطلاق می‌شود که بعلت بستری شدن طولانی در بیمارستان‌ها و نیز بدلیل گسستگی روابط خانوادگی و از دست دادن موقعیت‌های فردی و اجتماعی گذشته، به عادت و رفتارهایی خو گرفته‌اند که ترخیص و ادامه زندگی آنان در خارج از بیمارستان و جامعه، باید تحت حمایت و برخورداری از خدمات توانبخشی روانی صورت پذیرد.

اختلال روانی مزمن:

- ✓ بیماری که در آن، فرد اختلالات شدید و پا بر جای روانی داشته و در تعارض جدی با توانایی‌های کارکردی او در ارتباط با جنبه‌های اولیه زندگی روزمره همچون مراقبت از خود، روابط با دیگران، کار یا تحصیل است و نیازمند درمان و مراقبت دیرپای روانی می‌باشد.

طبقه‌بندی اختلالات روانی:

- ✓ ویراست چهارم اصلاح شده DSM، حاوی ملاک‌های تشخیصی برای ۱۷ طبقه اصلی اختلالات و متشکل از ۳۷۵ بیماری جداگانه است.

۱. اختلالات مربوط به رشد:

- ✓ شامل اختلالاتی نظیر کم‌توانی ذهنی یا اختلالات یادگیری که معمولاً برای اولین بار در دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شود.

۲. اختلالات شناختی:

- ✓ نظیر دلیریوم (روان آشفتگی)، دمانس (زوال عقل) و اختلال نسیانی (فراموشی) است.
- ✓ مشخصه این طبقه، تغییر در ساختمان و عملکرد مغز بوده که موجب اختلال عملکردهای یادگیری، موقعیت‌سنجی، قضاوت، حافظه و هوش می‌شود.

۳. اختلالات روانی ناشی از مشکلات عمومی طبی:

- ✓ شامل علائم و نشانه‌های اختلالات روانپزشکی بوده که مستقیماً بدلیل بیماری‌های طبی رخ می‌دهد مانند اختلالات خلقی و یا اضطرابی.

۴. اختلالات مرتبط با مواد:

✓ مصرف موادی نظیر الکل ممکن است به اختلالات خلقی، اضطرابی و اختلال خواب منجر شود.

۵. اسکیزوفرنی (روان گسیختگی):

✓ اختلالاتی را در بر می‌گیرد که با آشفتگی تفکر و تفسیر نادرست واقعیت‌ها تظاهر کرده و اغلب همراه با هذیان و توهم است.

۶. اختلالات خلقی:

✓ با تغییری در خلق مثل افسردگی مشخص می‌شود.

✓ اختلالات خلقی ممکن است در نتیجه یک مشکل طبی و یا مصرف مواد نظیر داروهای روان‌گردان بوجود آید.

۷. اختلالات اضطرابی:

✓ وجه مشخصه این اختلال، یک اضطراب فراگیر و پایدار بوده یا در حد هول و ترس از خروج از منزل پیشرفت کرده و حتی می‌تواند به ترس از انجام کار یا صحبت کردن در حضور دیگران منجر شود.

۸. اختلالات شبه جسمی:

✓ در این اختلال، بیمار، علائم یک بیماری را نشان می‌دهد و باور دارد که مبتلاست در صورتی که چنین نیست.

✓ درمان این اختلال دشوار بوده و بیمار بصورت ناخودآگاه و یا بصورت مداخله‌گرایانه، نشانه‌های بیماری را ایجاد کرده تا نیازهای روانشناختی خود را ارضا کند.

۹. اختلالات ساختگی:

✓ بیمار عمدتاً اقدام به تظاهر نشانه‌های اختلالات طبی یا روانی کرده و شرح حال و علائم خود را خلاف واقع بیان می‌کند.

✓ تنها هدف آشکار در این اختلال، ایفای نقش بیمار است بدون آنکه انگیزه دیگری وجود داشته باشد.

✓ بستری شدن در بیمارستان، غالباً هدف اولیه و روش زندگی بیمار را تشکیل می‌دهد.

✓ این اختلالات دارای کیفیت وسواسی بوده ولی رفتار و نیت وی، ارادی و آگاهانه است.

۱۰. اختلالات تجزیه‌ای:

✓ محدود به فراموشی بوده و بیمار قادر نیست خاطرات مهم تشخیصی را بخاطر آورد ولی مطالب جدید را می‌آموزد.

✓ خاطرات فراموش شده معمولاً استرس‌زا بوده و در اثر مصرف دارو یا بیماری طبی نیست.

۱۱. اختلال جنسی و هویت جنسی:

✓ عملکرد جنسی تحت تاثیر عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و جامعه‌شناختی قرار دارد.

✓ نتیجه نهایی اختلال در یکی از موارد فوق، ایجاد اضطراب مربوط به کارکرد جنسی بوده که باعث مهار پاسخ‌های جنسی شده و مشکل جنسی را تشدید می‌کند.

✓ علامت اصلی در اختلال هویت جنسی، ترجیح این افراد به ایفای نقش جنس مخالف و داشتن این احساس است که بیمار با جنسیت اشتباهی بدنیا آمده است.

۱۲. اختلالات خوردن:

✓ بی‌اشتهایی عصبی دارای ۳ مشخصه است: الف) بیمار تا حد مشخصی بخود گرسنگی می‌دهد، ب) بیمار تمایل شدیدی به لاغر بودن و یا ترس مرضی از چاقی دارد و ج) نشانه‌ها و علائم طبی ناشی از گرسنگی کشیدن در بیمار دیده می‌شود.

✓ این اختلال در تصویر ذهنی بیمار از بدن خود همراه است.

۱۳. اختلالات خواب:

✓ این اختلال براساس معیارهای تشخیصی بالینی و علت احتمالی خود طبقه‌بندی شده‌اند.

✓ به ۳ گروه عمده الف) اختلال خواب اولیه، ب) اختلال خواب مرتبط با سایر اختلالات روانی و ج) سایر اختلالات خواب ناشی از بیماری‌های طبی و سوء مصرف مواد تقسیم می‌شود.

۱۴. اختلالات کنترل تکانه که در جای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند:

✓ شامل اختلالاتی است که در آنها، فرد قادر به کنترل خود نبوده و کنش‌نمایی می‌کند.

✓ این اختلالات عبارتند از اختلال انفجاری ادواری (پرخاشگری)، سرقت، آتش‌افروزی و وسواس کندن مو.

۱۵. اختلال سازگاری:

✓ واکنش غیر انطباقی به یک فشار روانی کاملاً مشخص و تعریف شده است.

✓ برحسب علائم، به زیرگروه‌هایی تقسیم می‌شود.

✓ این اختلال همراه با اضطراب، خلق افسرده و ترکیبی از خلق افسرده و اضطراب است.

۱۶. اختلال شخصیت:

✓ وجه مشخصه این اختلال، وجود الگوهای رفتاری ناسازگارانه‌ای است که عمیقاً ریشه‌دار بوده و عموماً در تمام عمر باقی مانده و در دوران نوجوانی یا قبل از آن می‌توان تشخیص داد.

✓ توانایی عملکرد افراد در بسیاری از زمینه‌ها دچار اختلال بوده و قابلیت انعطاف با موقعیت‌های جدید را ندارند و به شیوه‌ای انعطاف‌ناپذیر، محدود و نادرست عمل می‌کنند.

✧ اختلالاتی که مشکلات شخص آنقدر شدید نیست که بتوان تشخیص روانپزشکی قائل شد ولی باعث اختلال عملکرد می‌شوند عبارتند از رفتار ضد اجتماعی بزرگسالان و کودکان یا نوجوانان، مشکل هویت (انتخاب شغل) و مشکلات فرهنگ‌پذیری (مهاجرت).

روان‌نژندی:

✓ این اختلال در نتیجه کشمکش‌های روانی بوجود آمده که در آنها اختلال کارکرد روانی، جزئی است و نمونه‌هایی نظیر ترس، وسواس و اضطراب را می‌توان قرار داد.

✓ پاسخ ترس دارای ۴ عنصر شناختی (شامل انتظار آسیب‌های قریب‌الوقوع)، بدنی (واکنش‌های بدنی)، هیجانی (دلهره و وحشت، از عوامل نیرومند و همراه ترس است) و رفتاری (شامل واکنش‌های شرطی کلاسیک که غیر ارادی هستند و پاسخ‌های وسیله‌ای) است.

- ✓ زمانی که ترس با مقدار خطر موجود در موقعیت متناسب باشد، پذیرفتنی است اما وقتی با مقدار خطر تناسب نداشته باشد، نابهنجار و اختلال هراس بشمار می آید.
- ✓ هراس، نوعی ترس غیر منطقی است بطوری که حتی بیمار می داند ترس وی غیر منطقی است اما نمی تواند از خود دور کند.
- ✓ وسواس، یک ایده، فکر، تصور، احساس یا حرکت مکرر و یا مضری است که با نوعی احساس اجبار و ناچاری ذهنی و علاقه به مقاومت در برابر انجام آن همراه است و بیمار متوجه بیگانه بودن حادثه نسبت به شخصیت خود بوده و از غیر عادی بودن و نابهنجار بودن رفتار خود، آگاه است.
- ✓ وسواس، نوعی بیماری روان نژندی شدید بوده که تعادل روانی و رفتاری را از بیمار سلب می کند.
- ✓ وسواس نوعی غریزه وا خورده و ناخودآگاه معرفی شده و آن را حالتی می دانند که در آن، فکر، میل و عقیده های خاص که اغلب وهم آمیز است، فرد را در بند خود می گیرد.
- ✓ وسواس های نوع فکری، تصورات یا تکانه های تکراری بوده که هوشیاری را اشغال کرده و اغلب نفرت انگیز هستند.
- ✓ افراد مبتلا به وسواس فکری می دانند که این افکار، زاینده فکر او هستند.
- ✓ وسواس های عملی، پاسخ هایی هستند که به افکار وسواسی داده شده و شامل تشریفاتی مقرراتی یا اعمال ذهنی هستند.
- ✓ هدف وسواس های عملی، پیشگیری یا کاهش پریشانی و یا جلوگیری از رویدادهای هولناک است.
- ✓ اضطراب، نوعی احساس ترس، خطر و حالت بیمناکی بوده و در توضیحی ساده، بخشی از درون ما است.
- ✓ اضطراب نه تنها بد نیست بلکه پدیده ای دفاعی و ضامن بقای موجودات است که بدون آن نمی توان زندگی کرد و به همین دلیل، اضطراب، عامل انطباقی محسوب می شود.
- ✓ اضطراب در موقع وجود عامل ترساننده، عامل انطباقی و در غیر اینصورت، عامل آزاردهنده و مزاحم است.
- ✓ اضطراب باعث کم شدن ظرفیت روانی فرد برای تعامل با دیگران، حل تعارضات بین فردی و حل مشکلات ناشی از آن می شود.
- ✓ اضطراب شدید معمولا با تپش قلب و احساس خفگی همراه بوده که به وحشت و اضطراب های مداوم، منتشر و نوسان دار منجر می شود.

روان پریشی:

- ✓ اختلال کارکردهای روانی شدید و فراگیر بوده و بیمار به اختلال در تفکر، عدم تناسب عواطف، توهم و هذیان و رفتارهای غیر عادی دچار می شود.
- ✓ از انواع آن می توان به افسردگی دو قطبی (شیدایی - افسردگی) و روان گسیختگی (اسکیزوفرنی) اشاره کرد.
- ✓ افسردگی دو قطبی به تناوب با حملات شیدایی همراه است.
- ✓ شیدایی، نوعی اختلال خلقی بوده که با علائمی برعکس افسردگی ظاهر می شود یعنی بیمار، بسیار شاد، پر حرف، پر فعالیت و کم خواب است.
- ✓ افراد مبتلا به دو قطبی، بصورت ژنتیکی در برابر این بیماری آسیب پذیر هستند.
- ✓ تقریبا ۱٪ مردم دنیا در طول زندگی خود از اسکیزوفرنی رنج می برند.

- ✓ این اختلال در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی روی می‌دهد.
- ✓ اسکیزوفرنی با اختلال شدید در عملکرد همراه است.
- ✓ مبتلایان به اسکیزوفرنی غالباً از نظر اجتماعی، گوشه‌گیر و منزوی هستند و نمی‌توان به آسانی با آنان ارتباط داشت.
- ✓ از عوارض این بیماری می‌توان به توهم (ادراک چیزی که بیرون از ذهن، وجود خارجی ندارد)، هذیان (باوری که ریشه در واقعیت ندارد) و اختلالات هیجانی اشاره کرد.
- ✓ پیدایش اختلال در روندها و روابط فکری و قطع تماس با دنیای واقعی، از صفات مشخص اسکیزوفرنی است.
- ✓ بیش از یک چهارم بیماران روانی که نیاز به بستری شدن دارند، مبتلا به اسکیزوفرنی بوده و پرهزینه‌ترین مرض است.

ارزیابی روانشناختی:

- ✓ ارزیابی برای دستیابی به شناخت عمیق فرد صورت گرفته و منجر به تشخیص می‌شود.
- ✓ شیوه‌های ارزیابی به ۳ فرآیند مصاحبه بالینی، آزمون روانی و مشاهده تقسیم می‌شود.

۱. مصاحبه بالینی:

- ✓ وسیله مطلوب روانشناسان بالینی و روانپزشکان است.
- ✓ برای آنکه مصاحبه بیشترین آموزندگی را داشته باشد، لازم است بیمار، مصاحبه‌گر را بصورت فردی ببیند که تهدیدکننده نیست بلکه حمایت‌کننده است.
- ✓ همدلی، صمیمیت و صداقت شخصی درمانگر در مصاحبه، رابطه درمانی را تسهیل می‌کند.
- ✓ منظور از همدلی، توانایی درمانگر در فهمیدن دقیق و ظریف تجربیات و احساسات بیمار است.
- ✓ صمیمیت زمانی است که درمانگر به بیمار خود بفهماند که عمیقاً و واقعاً برای وی اهمیت قائل است.
- ✓ منظور از صداقت، آن است که درمانگر از ارتباط سختگی و تصنعی اجتناب نموده و عمیقاً، خودش باشد.

۲. آزمون روانی:

- ✓ کسب اطلاعات بیشتر روانشناختی درباره ماهیت مشکلات و ناتوانی‌های فرد، از طریق آزمون روانی حاصل می‌شود.
- ✓ پایاترین و معتبرترین آزمون روانی، آزمون‌هایی هستند که هوش را اندازه‌گیری می‌کنند.
- ✓ آزمون‌های هوش، نقش مهمی در ارزیابی عقب‌ماندگی ذهنی و آسیب مغزی ایفا می‌کنند.
- ✓ اولین آزمون هوش بوسیله آلفرد بینه در سال ۱۹۰۵ ساخته شد.
- ✓ ترمن در سال ۱۹۱۶، آزمون هوش را از لحاظ زبان، اختصاصات فرهنگی و جغرافیایی با شرایط آمریکا منطبق ساخته و به نام آزمون استنفورد - بینه مورد استفاده قرار گرفت.

۳. مشاهده:

- ✓ شیوه‌های ارزیابی مصاحبه بالینی و آزمون روانی، غالباً کلامی هستند.

سبب‌شناسی:

- ✓ در سال ۱۹۷۹، سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی را به ۳ بعد قبلی یعنی جسمی، روانی و اجتماعی برای سلامت فرد اضافه کرد.

میزان شیوع:

✓ براساس آمار بین‌المللی، ۲۵٪ از مردم هر جامعه‌ای، به انواع اختلالات روانی دچار هستند.

نیازها و اقدامات توانبخشی در افراد دچار اختلالات روانی:

✓ ساده‌ترین تعریف از توانبخشی اختلالات روانی، تلاش مستمر بمنظور کمک به بیمار برای نیل به یک زندگی مستقل است.

✓ مشاوره به روانپزشک یا روانشناس بالینی، در پیشگیری ثانویه و تشخیص زودهنگام قرار دارد.

✓ داروهای روانپزشکی به گروه‌های زیر تقسیم می‌شود: الف) داروهای ضد افسردگی، ب) داروهای ضد جنون (آنتی سایکوتیک‌ها)، ج) داروهای ضد لرزش (آنتی کولرژنیک)، د) داروهای تنظیم‌کننده خلقی، ه) داروهای مورد استفاده در ترک مواد افیونی، و) داروهای محرک مغزی - روانی و ز) سایر داروهای موثر در روانپزشکی (نظیر هورمون تیروئید که بعنوان داروی کمکی با داروهای ضد افسردگی بکار می‌رود).

✓ از داروهای ضد اضطراب، آرامبخش و خواب‌آور و داروهای ضد جنون و داروهای مورد استفاده در ترک مواد افیونی می‌توان به ترتیب به آنتی هیستامین، رسپیریدون و متادون اشاره کرد.

✓ الکترو شوک با گذراندن مقداری برق از الکترودهایی انجام می‌پذیرد که روی سر بیمار و در حالت بیهوشی کار گذاشته شده و بیشترین کاربرد آن، در درمان افسردگی است.

✓ اثرات درمانی الکترو شوک، سریع‌تر از دارو درمانی است.

✓ مهمترین عارضه الکترو شوک، فراموشی کوتاه مدت است.

✓ یکی از دردناک‌ترین جنبه‌های مرتبط با بیماری‌های روانی، نگرش و دیدگاه‌های افراد نسبت به بیماران روانی و خانواده‌های آنان است.

✓ بسیاری از بیماران با وجود شناسایی مشکل، به جهت ترسیدن از انگ اجتماعی و باورهای غلط و وحشت از برچسب خوردن توسط اطرافیان، اقدام به درمان نمی‌کنند.

✓ نخستین وظیفه روانپزشک در برخورد با یک بیمار روانی، تفهیم این موضوع است که بیماری‌های روانی، تفاوتی با بیماری‌های جسمی ندارد.

✓ سنگر اصلی کار با بیمار روانی، خانواده است.

✓ خانواده اغلب، اولین مراقبان بیمار بوده و چتر مناسبی برای بیمار بمنظور تحقق اهداف درمانی و توانبخشی هستند.

✓ اصلی‌ترین برنامه برای آحاد جامعه، تغییر در نگرش‌های اجتماعی بوده و ابزار مناسب آن، آموزش است.

مداخله تیمی در توانبخشی افراد دچار اختلالات روانی:

✓ اصلی‌ترین عناصر تیم درمانی در اختلالات روانی، اعضای متخصص، بیمار و خانواده وی است.

✓ در توانبخشی، کمک‌رسانی باید به طریقی عملی شود که بیمار قادر باشد از توانمندی‌های موجود خود بهره گرفته و به اعتماد بنفس و رضایت فردی نائل گردد.

✓ توانبخشی روانی، فرایندی حاصل از تلاش اعضای تیم درمان بوده که با هدف ارتقا در توسعه توانمندی‌های باقیمانده بیمار، برای رسیدگی به زندگی، آموزش، اجتماعی شدن و بطور کلی سازگاری در حد طبیعی صورت می‌پذیرد.

- ✓ فعالیت مددکار اجتماعی در ۴ مرحله انجام گرفته که عبارتست از ارزیابی، درمان، آمادگی برای بازگشت به خانواده و جامعه و پیگیری.
- ✓ در مرحله ارزیابی، بیمار در مرکز درمانی بستری شده و تحت درمان قرار می‌گیرد.
- ✓ اولین گام که در درمان بیمار بسیار مهم است، طبقه‌بندی وی است.
- ✓ فعالیت مددکار در مرحله درمان، بیشتر بصورت گروهی است.
- ✓ مددکار در این مرحله به اعضای خانواده آموزش می‌دهد که چگونه با بیمار برخورد نمایند.
- ✓ مددکار در مرحله پیگیری، با استفاده از بازدید منزل نسبت به اطلاع موقعیت بیمار و خانواده وی پس از ترخیص از بیمارستان، آگاهی می‌یابد.
- ✓ در هر اختلال روانی، فرد از لحاظ روابط اجتماعی، سلوک و رفتار دچار اختلال می‌شود.
- ✓ منظور نهایی در فرایند توانبخشی که بصورت کار تیمی اجرا می‌شود، رفع اختلالات رفتاری و برگرداندن حس اجتماعی به بیماران است.
- ✓ اثر مستقیم بیماری، در سلوک و رفتار بیماران منعکس می‌شود.
- ✓ در کار درمانی که توسط کار درمانگر انجام می‌شود، روابط بین افراد اصلاح شده و احساسات مرضی مانند عدم اطمینان و اعتماد، ترس و سوء ظن، خشم و ... که سبب پیدایش رفتارهای نامناسب شده، از بین برود.
- ✓ در کار درمانی بیش از هر چیز به اجتماعی شدن مجدد اهمیت داده می‌شود.
- ✓ در شرایط درمانی کار درمانی، حس اجتماعی بیمار یعنی احساس امنیت، احساس مسئولیت و حس همکاری که از نشانه‌های سلامت است، به بیمار باز گردانده می‌شود.
- ✓ روان پرستار مسئول ارائه یک برنامه مراقبتی مشخص برای تسهیل بازتوانی است تا بیمار در وضعیت مطلوبی از بهداشت و سلامت قرار گرفته و از عوارض احتمالی بیماری او پیشگیری شود.
- ✓ روان پرستار در تیم توانبخشی، نقش مراقبت‌کننده، مشورت‌دهنده و حمایت‌کننده را دارا می‌باشد.
- ✓ بازگشت فرد معلول به زندگی شغلی، هدف نهایی خدمات توانبخشی است.
- ✓ اشتغال، عامل قدرتمندی در تامین نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روانی محسوب می‌شود.

فصل هشتم: توانبخشی معلولان اجتماعی

- ◀ پیروی اعضای جامعه از قرارداد مورد قبول آن جامعه، باعث بوجود آمدن نظم شده و مجموعه‌ای متناسب و مرکب از این نظم‌ها در هر جامعه، سیستمی را پدید می‌آورند که نظام نامیده می‌شود.
- ◀ افرادی که خود را با این نظام تطابق دهند، عادی و طبیعی محسوب شده و آنانی که برخلاف آن قرار گیرند، افرادی ناسازگار و غیر عادی نامیده می‌شوند.
- ◀ دچار اختلال شدن حیات اجتماعی، عامل پدید آورنده معلولیت اجتماعی است.

تعریف معلولیت اجتماعی:

- ✓ معلول اجتماعی به فرد اطلاق می‌شود که در نتیجه نابسامانی‌های اجتماعی - اقتصادی، ناهنجاری‌های فرهنگی - تربیتی و وضع نامساعد خانوادگی دچار انحرافات اخلاقی و رفتاری شده باشد.
- ✓ در تعریف فوق، معلول اجتماعی برحسب عامل انحراف تعریف می‌شود.

تعریف انحراف از دیدگاه‌های متفاوت:

- ✓ از دیدگاه روانشناسان، کجروی (انحراف) عبارتست از خروج از حالت تعادل روانی و رفتاری و یا فقدان همسازی و وحدت بین اجزای شخصیت و داشتن رفتار منحرفانه.
- ✓ از دیدگاه جامعه‌شناسان، انحراف رفتاری تبیهکارانه محسوب شده که خلاف موازین اجتماعی مورد قبول بوده و وجود آن برای دوام نظام و ایجاد عدالت، زیان‌بخش است.
- ✓ از دیدگاه حقوق‌دانان، کجروی عبارتست از انجام عملی که بصورت قانون‌شکنی و یا سرپیچی از قانون باشد و یا عملی است که قانونگذار آن را بعنوان رفتاری ناهنجار و ضد اجتماعی معرفی می‌کند.
- ✓ از دیدگاه علمای اخلاق، انحراف عبارتست از عدم رعایت و نادیده گرفتن ضوابط اخلاقی جامعه و یا انحراف، نوعی دوری از راه اصلی و سرپیچی و تخلف از ارزش‌های موجود جامعه است.
- ✓ از دیدگاه مذهب، انحراف عبارتست از تخطی از جنبه‌های اعتقادی و تعالیم مذهبی و یا سرپیچی و طغیان در برابر اوامر و منهیات الهی.

طبقه‌بندی معلولان اجتماعی:

- ✓ معلولان اجتماعی از دیدگاه توانبخشی عبارتند از: الف) کودکان آسیب‌دیده، ب) محکومین درازمدت زندان‌ها، ج) معتادین، د) متکدیان و ه) روسپیان.

کودکان آسیب‌دیده:

۱. کودکان بی‌سرپرست:

- ✓ به کودکی اطلاق می‌شود که به علل گوناگون از حمایت، مراقبت و نگهداری موثر توسط خانواده محروم بوده و امکان زندگی در محیط خانواده را ندارد.

✓ اگر کودک قبل از سن تشخیص و قبل از آنکه بتواند نیازهای خود را به تنهایی تامین کند اولیای خود را از دست بدهد، بی سرپرست نامیده می شود.

✓ از دست داده سرپرست، یکی از عمده ترین عواملی بوده که باعث از هم گسیختگی خانواده ها می شود.

✓ پیامد اولی از دست دادن سرپرست، پدیدار شدن مشکلات اقتصادی از جمله مشکل تامین معاش خانواده است.

الف) اقدامات توانبخشی کودکان بی سرپرست:

✓ وجود پرورشگاه، اولین اقدام رسمی از طرف جامعه برای اهمیت دادن به این افراد است.

✓ خانواده، نخستین آموزشگاه و محل پرورش انسان است.

✓ وجود یک رابطه پایدار و با ثبات عاطفی شبیه فضای خانواده در پرورشگاه، موثر بوده و باعث رشد شخصیت فردی و اجتماعی کودک می شود.

۲. کودکان خیابانی:

✓ پدیده کودکان خیابانی، یکی از آشکارترین نشانه های سوء رفتار و نبود پایگاه سالم اجتماعی و عدم رعایت و تامین نیازهای اولیه کودکان است.

✓ در تعاریف مربوط به این پدیده، ۳ جز مشترک است: الف) کودکان وقت زیادی را در خیابان سپری می کنند، ب) خیابان، منبع معاش کودکان است و ج) از آنها بطور شایسته و مطلوب توسط بزرگسالان نگهداری نمی شوند.

الف) اقدامات پیشگیری اولیه:

✓ این قسمت شامل الف) اتخاذ سیاست های منجر به کاهش فقر، تامین عدالت اجتماعی و تامین رفاه اجتماعی، ب) تدوین قوانین مناسب جهت حمایت از حقوق کودکان و ج) گسترش چتر آموزش در مناطق محروم و ایجاد زمینه های مناسب برای ادامه تحصیل کودکان شاغل می شود.

ب) اقدامات پیشگیری ثانویه:

✓ شامل اقداماتی نظیر الف) پذیرش مسئولیت قانونی آنان از طرف یک سازمان دولتی، ب) شناسایی کودکان خیابانی و تفکیک آنان از نظر داشتن خانواده، ج) ایجاد پناهگاه، د) ارائه خدمات بهداشتی و آموزشی، ه) ارائه کمک های مالی و حمایتی به خانواده آنان و و) به کار گماردن آنها با رعایت شرایط کار کودکان و نظارت مداوم بر آنها.

۳. کودکان فراری:

✓ فرار از خانه، یکی از انواع کجروی های اجتماعی است.

✓ فرار، نوعی رفتار ناسازگارانه است که کودکان مرتکب آن شده و بدون اجازه والدین یا وصی قانونی، خانه را ترک می کنند.

✓ فرار از خانه، یکی از بازتاب های بد سرپرستی بوده که بر امنیت اجتماعی و افزایش ناهنجاری های اجتماعی در کلان شهرها تاثیر می گذارد.

✓ فرار از خانه، یک معضل اجتماعی - خانوادگی و در دختران، بیش از پسران رخ می دهد.

✓ دختران بدلیل فشار خانواده، کنترل شدید و محدودیت در معاشرت با دوستان، بیش از پسران دست به فرار می زنند.

- ✓ فرار دختران می‌تواند زمینه‌ساز انواع جرائم و انحرافات نظیر فحشا، اعتیاد، قاچاق مواد مخدر، سرقت و شیوع بیماری‌های مقاربتی باشد.

الف) اقدامات توانبخشی کودکان فراری:

- ✓ مراکزی که بطور موقت این افراد را نگهداری می‌کنند، می‌توانند مرهمی بر زخم‌های اجتماعی باشند.

۴. کودکان بزهکار:

- ✓ اقدام به هرگونه عملی که برخلاف موازین، مقررات، قوانین و هنجارهای اجتماعی هر جامعه‌ای باشد، بزهکاری یا جرم تلقی می‌شود.
- ✓ افرادی که مرتکب اعمال خلاف فوق می‌شوند را مجرم یا بزهکار می‌نامند.
- ✓ مفهوم بزه در تمام جوامع انسانی یعنی دست‌یازی به برخی اعمال علیه قانون که این اعمال می‌توانند دارای ماهیت‌های گوناگونی باشند.
- ✓ بین مجرم و بزهکار از نظر مفهوم، تفاوتی نیست و تفاوت فقط در این است که بزهکار به فردی اطلاق می‌شود که در هنگام ارتکاب جرم، سن او کمتر از سن قانونی است.
- ✓ سن قانونی در ایران، ۱۸ سال است.
- ✓ امروزه گرایش کودکان و نوجوانان به بزهکاری، یکی از مهمترین مشکلاتی بوده که گریبانگیر خانواده‌ها و جامعه است.
- ✓ بزهکاری کودک و نوجوان بعنوان یک پدیده زیستی، روانی و اجتماعی مطرح می‌شود.

الف) اقدامات توانبخشی کودکان بزهکار:

- ✓ اکثر مجرمین به عادت، کسانی هستند که اولین جرم خود را در سنین طفولیت مرتکب شده‌اند.
- ✓ بازسازی کودکان بزهکار، بمراتب موثرتر و ساده‌تر از اقدامات دیررس در سنین بالاتر است.
- ✓ بازداشت و نگهداری اطفال باید آخرین راه برخورد با بزه کودکان باشد.
- ✓ مددکار اجتماعی، رابطی است بین مسئولین کانون اصلاح و تربیت و خانواده کودک بزهکار که زمینه را برای بازگشت آنان به خانواده و جامعه مهیا می‌کند.

محکومین دراز مدت زندان‌ها:

- ✓ به آن گروه از زندانیان اطلاق می‌شود که مرتکب جرم و جنایت بزرگ شده و مدت محکومیت آنان، طولانی است.

الف) اقدامات توانبخشی محکومین دراز مدت زندانیان:

- ✓ اقدامات توانبخشی شامل تامین احتیاجات مادی و معنوی خانواده توسط انجمن حمایت از زندانیان نیازمند و پیشگیری از تاثیر نامطلوب مجازات حبس بر مجرمان است.

معتادین:

- ✓ تعریف سازمان بهداشت جهانی از معتاد عبارتست از قربانی هر نوع وابستگی دارویی و یا روانی به مواد مخدر.
- ✓ معتاد به کسی گفته می‌شود که به یکی از مواد افیونی اعتیادزا وابستگی شیمیایی و رفتاری پیدا کرده بطوری که در صورت قطع این عمل، با مشکلات جسمی، روانی و رفتاری به تنهایی و یا باهم روبرو می‌شود.

- ✓ برخی محققان می‌انگارند که زمینه مساعد، شرط اول و لازم ابتلاست.
- ✓ افرادی که مستعد اعتیاد شناخته می‌شوند، بیش از دیگران در معرض خطر وابستگی قرار دارند.
- ✓ شرایط عاطفی شخصی برای سوق دادن فرد به اعتیاد، شرطی لازم است اما مطلقاً شرط کافی بحساب نمی‌آید.

الف) اقدامات توانبخشی معتادین:

- ✓ از اقدامات موثر در این مسئله، مبادرت در امر بازپروری معتادین است.
- ✓ بازپروری عبارتست از فعالیتهای تربیتی، آموزشی، پزشکی و مددکاری اجتماعی که در جهت اعتیاد زدایی و بازگرداندن فرد معتاد به شرایط طبیعی زندگی صورت می‌گیرد.
- ✓ به کمک بازپروری می‌توان شخصیت و منش و رفتار فرد معتاد را بازسازی کرده و او را آماده زندگی و کار و پذیرش مسئولیتهای فردی و اجتماعی کرد.
- ✓ بازپروری، فعالیتی علمی و تخصصی بوده که از طریق آن به کمک شیوه‌ها، فنون تکنولوژی و یا بهره‌گیری از دانش‌های جدید، فرد را از بندهای اعتیاد نجات داده و شرایط و امکانات سازگاری با محیط اجتماعی را برای وی فراهم ساخت.

متکدیان:

- ✓ تکدی، پدیده‌ای اجتماعی بوده که هم بر سرنوشت فرد و هم بر کل جامعه تاثیر می‌گذارد.
- ✓ اگر در یک جامعه، ارزش‌ها سخت مخالف تکدی باشد، افراد بی‌بضاعت، راه‌های دیگری را برای ارتزاق می‌یابند.
- ✓ مسئله عمده متکدیان علاوه بر سربرار بودن، آمادگی برای ارتکاب جرائم مختلف است.
- ✓ تکدی در هر جامعه، شکل خاص آن جامعه را به خود گرفته و بدون شناخت کل آن جامعه، قابل تفسیر یا تقلیل نیست.
- ✓ تکدی در بستر جامعه پدید آمده و رشد می‌یابد و بر جامعه نیز اثر می‌گذارد.
- ✓ تکدی باعث اقتضای حرفه بر زشتی، زشت‌نمایی، کراهت و جلب ترحم از این راه است.

روسپیان:

- ✓ فحشا، آسیب مهم و اجتماعی بوده که حیات مادی و معنوی فرد و اجتماع را بخطر می‌اندازد.
- ✓ روسپی کسی است که از روابط جنسی بعنوان یک حرفه‌ای دائمی استفاده می‌نماید.
- ✓ روسپی‌گری زاییده ضعف اخلاق و تسلط فرهنگ غربی بوده و از عوامل سبب‌ساز معولیت اجتماعی شناخته شده است.

الف) اقدامات توانبخشی روسپیان:

بیشتر روسپیان، قربانیان عواملی نظیر فقر، خشونت، تجاوز و نابسامانی‌های خانوادگی بوده که آنها را به یک بیماری اجتماعی کشانده است.

- در پیشگیری آسیب‌های اجتماعی، ۳ پیشگیری مطرح است: الف) سطح اول که جامعه عمل کرده و شامل آموزش مهارت‌های زندگی برای کل افراد جامعه بویژه کودکان و نوجوانان است، ب) سطح دوم شامل تشخیص زودرس آسیب‌های اجتماعی همراه با اقدامات هماهنگ اجتماعی است و ج) سطح سوم که درصدد جلوگیری از شدت یافتن آسیب‌های اجتماعی و کاستن از تنش‌های آن در خانواده و جامعه است.