

تفسیر مشکلات نوجوانان پسر کم توان ذهنی خفیف مدارس استثنایی: یک مطالعه کیفی

یوسف ادیب^۱، اسکندر فتحی آذر^۲، سینا شفیعی سورک^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: آگاهی از مشکلات فراگیران با نیازهای ویژه، خانواده‌ها و مسؤولان آموزش استثنایی را در نحوه درست رفتار و آموزش یاری می‌رساند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تحلیل مشکلات نوجوانان پسر کم توان ذهنی خفیف مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی انجام شد.

روش: این مطالعه به صورت کیفی و با روش پدیدارشناسی انجام گرفت. نمونه‌های مطالعه را ۱۶ دانش‌آموز پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله مبتلا به کم توانی ذهنی خفیف مدارس استثنایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل داد که در جریان یک مصاحبه ساختار نیافته و طی زمان ۲۰ تا ۷۰ دقیقه، مشکلاتشان را بیان نمودند. داده‌ها با روش Smith و همکاران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درون‌مایه‌های به دست آمده از مطالعه شامل «آسیب‌های خانوادگی (خانواده گسیخته و بیماری در خانواده)، ناراحتی‌های جسمانی (بیماری و بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی)، بدرفتاری با نوجوان، آسیب‌های روان‌شناختی (اضطراب، احساس گناه و خودکنترلی ضعیف)، نگرانی از آینده (نگرانی از امنیت خود در آینده و نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه‌ای)، تحصیل در مدرسه استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران» بود.

نتیجه‌گیری: کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی خفیف مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی با مشکلات پیچیده‌ای مواجه هستند. توجه به این مشکلات می‌تواند خانواده‌ها و مسؤولان نظام آموزشی کشور را در کاستن از آلام این گروه از فراگیران یاری رساند.

کلید واژه‌ها: نوجوانان، کم توانی ذهنی خفیف، آموزش استثنایی، پدیدارشناسی

ارجاع: ادیب یوسف، فتحی آذر اسکندر، شفیعی سورک سینا. تفسیر مشکلات نوجوانان پسر کم توان ذهنی خفیف مدارس استثنایی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۲): ۱۸۷-۱۷۵.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۶

Email: sina_shafiei@tabrizu.ac.ir

نویسنده مسؤول: سینا شفیعی سورک

مقدمه

افراد دارای کم‌توانی ذهنی به شکل سنتی با استفاده از کارکردهای هوشی توصیف می‌شوند، اما در دو دهه گذشته کارکرد انطباقی به عنوان ویژگی مهمی مورد تصدیق قرار گرفته است. بر اساس تعریف انجمن آمریکایی ناتوانی‌های ذهنی و رشدی (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities یا AAIDD)، مبتلایان به کم‌توانی ذهنی محدودیت‌هایی در هر دو کارکرد شناختی و انطباقی شامل ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی مستقلانه دارند (۱). در این میان، افراد دارای کم‌توانی ذهنی خفیف موضوع مناقشه می‌باشند. آیا کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف نسبت به همسالان با توانایی هوشی بهنجار مشکلات، ویژگی‌ها و نیازهای متفاوتی دارند؟ تا چه اندازه؟ آیا آن‌ها به مراقبت و آموزش اختصاصی در مدارس ویژه، به اتفاق افراد با کم‌توانی ذهنی شدیدتر، نیاز دارند؟ و آیا اصولاً این تدبیر صحیحی است؟

همان‌گونه که مشخص است، کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف دشواری‌هایی در حوزه‌های شناختی دارند. توصیف این افراد اغلب با بیان مشکلات تحصیلی و اختلالاتی در یادگیری، تفکر انتزاعی و حل مسأله صورت می‌گیرد (۲). آن‌ها رشد شناختی و پردازش اطلاعات تأخیری را نشان می‌دهند، حافظه کوتاه مدت و حافظه کاری محدودی دارند (۳) و با مسایل تمرکز و دقت انتخابی به ویژه هنگامی که تقاضاهای یک تکلیف یا تعداد تکالیف افزایش می‌یابد، مواجه می‌شوند (۴). این افراد از خودپنداره تحصیلی کم و توانایی محدودی در انجام مهارت خودتنظیمی به خصوص در ارتباط با حفظ تلاش و پایداری تا انجام کار برخوردار هستند (۵). همچنین، خودانگیزی پایین‌تری نسبت به همسالان خود دارند و کمتر در طرح‌ریزی به سمت یک هدف تعیین شده داخل می‌شوند و تکانشی‌تر عمل می‌کنند (۶).

اگرچه بیشترین توجه به کارکردهای شناختی داده می‌شود و در واقع، این کارکردها در عمل ملاک انتخاب است، اما کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف با چالش‌هایی در حوزه‌های اجتماعی-هیجانی و رفتاری مواجه هستند. اتخاذ

چشم‌انداز یا نظریه ذهن (Theory of mind)، توانایی دیدن جهان از دریچه چشمان دیگری، در این افراد رشد نیافته است. آن‌ها در بازشناسایی نشانه‌های هیجانی از بیانات رخساری، دشواری‌هایی دارند که این خود با مسایل رفتاری در ارتباط است (۷). در تفسیر موقعیت‌ها به خصوص موقعیت‌های اجتماعی و فهم نیت دیگران به ویژه هنگام مواجهه با اطلاعات پیچیده و متناقض، عملکرد ضعیفی دارند و در کسب مهارت‌های شناختی-اجتماعی مانند کارکردهای هماهنگ‌ساز و اتخاذ چشم‌انداز مناسب با دشواری‌های جدی مواجه می‌باشند (۸). در واقع، این افراد را می‌توان با فقدان مهارت‌های اجتماعی مناسب بازشناخت (۱). مهارت‌های حرکتی ضعیف‌تر (۹) و پرخاشگری (۱۰)، سلطه‌پذیری (۱۱)، رفتارهای ضد اجتماعی و بزهدکاری (۱۲)، افسردگی و اضطراب (۱۳) بیشتر نسبت به همسالان با توانایی هوشی بهنجار، از جمله دیگر ویژگی‌های گزارش شده در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف است. نرخ مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان این گروه حتی تا ۴ برابر بیشتر از همسالان بهنجار گزارش شده است (۱۴) و این مشکلات تا بزرگ‌سالی ادامه می‌یابد (۱۵).

قوانین حکومتی و فرهنگ حاکم بر جامعه نیز مسبب دسته‌گیری از مشکلات برای کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف است. جداسازی آموزشی، تعداد اندک فرصت‌های استخدامی، فقدان خدمات شایسته و درمان افتراقی در بیمارستان‌ها تنها نمونه‌ای از موارد تبعیض علیه این افراد است. رفتارهای تبعیض‌آمیز، منجر به فقدان ورود و پذیرش اجتماعی این افراد در جوامع محلی و جوامع بزرگ‌تر می‌شود. این افراد به احتمال بیشتری توسط دیگران آزار دیده، خیره نگاه شده و یا طرد می‌شوند. برجسب کم‌توانی، ننگ اجتماعی (Stigma) که افراد کم‌توان ذهنی در تعاملاتشان با دیگران تجربه می‌کنند، زاییده همین قوانین و فرهنگ عمومی می‌باشد. این تجربه به اندازه‌ای دردناک است که برخی از این افراد را به تلاش برای مخفی کردن ناتوانی خود وادار می‌کند (۱۶).

مشکلات کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی دامن والدین

خود نباشند، چندین مطالعه نشان داده است که آن‌ها می‌توانند احساسات و کارکردهای خود را گزارش کنند (۲۲، ۲۱). در همین راستا، هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی مشکلات کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف مدارس آموزش و پرورش استثنایی بود.

روش

این مطالعه در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در مدارس پسرانه ابتدایی و پیش‌حرفه‌ای (متوسطه اول) کم‌توان ذهنی شهر تبریز با رویکرد پدیدارشناسی و روش تحقیق کیفی انجام شد. نقص دانش موجود که نتیجه ناتوانی پژوهش‌های کمی در بررسی این موضوع و فقدان پژوهش کیفی مرتبط می‌باشد و نیاز به روشن‌سازی بیشتر به اضافه بکر بودن این بررسی در جامعه ما با توجه به تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی جوامع و اثرپذیری مشکلات از این تفاوت‌ها، دلیل انتخاب شیوه مذکور بود. مذكر بودن، بومی بودن، داشتن حداقل ۱۵ سال سن، تحصیل در مدرسه استثنایی کم‌توان ذهنی، نداشتن معلولیت حسی-حرکتی، احراز رتبه نخست یا دوم کلاس در سال تحصیلی گذشته، توانایی تکلم روان به زبان فارسی و داشتن آموزگار مرد برای دانش‌آموزان ابتدایی از جمله معیارهای ورود به مطالعه بود. احراز رتبه برتر کلاس و توانایی تکلم روان به زبان فارسی، از آن‌جایی که بررسی در جامعه آذری زبان انجام گرفت، می‌توانست معیارهای خوبی برای خفیف بودن معلولیت به شمار رود. معیارهای بومی بودن، نداشتن معلولیت حسی-حرکتی و داشتن آموزگار مرد با هدف پرهیز از پیچیدگی به مطالعه افزود شد؛ توضیح این که با توجه به امکان استخدام معلمان زن در مدارس ابتدایی پسرانه، دانش‌آموزان این آموزگاران می‌توانند مسایل و مشکلات خاص خود را داشته باشند. نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع (Saturation) داده‌ها ادامه یافت و منجر به انتخاب ۱۶ نفر با فاصله سنی ۱۵ تا ۱۸ سال شد که ۲ نفر از آن‌ها در کلاس ششم ابتدایی، ۷ نفر در کلاس دوم متوسطه اول و ۷ نفر در کلاس سوم متوسطه اول تحصیل می‌کردند. به سبب هم‌زمانی انجام تحقیق با نخستین سال اجرای طرح ۳-۳-۶ در نظام آموزشی

و خانواده را هم می‌گیرد. تعاملات ناپخته این کودکان و گاهی رفتار ضد اجتماعی آن‌ها موجب فشار بر خانواده می‌شود و روابط اجتماعی آن‌ها را متأثر می‌سازد (۱۷). کم‌توانی فرزندان، پیش‌بین مطمئنی برای سطح فشار روانی و تعارض موجود در روابط زناشویی است. اعضای خانواده بر مبنای ارتباطشان با فرد کم‌توان ذهنی، دشواری‌های مرتبط با کم‌توانی را تجربه می‌کنند و رابطه نزدیکی میان تجربه داغ و درماندگی در والدین وجود دارد (۱۸).

جستجو برای یافتن پژوهشی در کشور که به شناسایی مشکلات و ویژگی‌های کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف پرداخته باشد، بی‌نتیجه ماند. تنها در چند بررسی عملکرد دو گروه عادی و کم‌توان ذهنی در مقوله‌های مشخصی مقایسه شده بود. به عنوان مثال، پورآقا رودبرده و همکاران از مشکلات بیشتر کودکان ۷ تا ۱۵ ساله کم‌توان ذهنی در مؤلفه‌های درج‌اماندگی عملکردی، انعطاف‌پذیری ذهن و کنش‌های اجرایی (۱۹) و صدرالسادات و همکاران از عملکرد پایین‌تر کودکان ۷ تا ۱۸ ساله این گروه در حوزه‌های رفتار انطباقی شامل عملکرد مستقل، رشد زبان، فعالیت شغلی-پیش‌شغلی، خودفرمانی، مسؤولیت‌پذیری، اجتماعی شدن، هم‌نوایی کردن و قابل اعتماد بودن نسبت به همسالان خبر دادند (۲۰).

دانسته‌های به دست آمده از ویژگی‌های این افراد که به شکل سنتی محصول ارزیابی‌های والدین، مربیان و مراقبان است، در شناسایی و برآوردن نیازهای آن‌ها توفیق چندانی نداشته است. بر خلاف استفاده گسترده از اندازه‌های بیان شده توسط دیگران، این گزارش‌ها در خصوص وضعیت درونی شخص مبتلا به کم‌توانی ذهنی مشکوک به بی‌دقتی است. وضعیت درونی همواره از رفتار مشخص نیست و اغلب توافق کمی بین اندازه‌های خودگزارشی و گزارش‌های دیگران وجود دارد. جهت تدارک مراقبت صحیح، آموزش مناسب و هدایت استعدادهای این افراد، باید مشکلات و نیازهای واقعی آن‌ها را شناخت و برای این منظور اندازه‌های خودگزارشی مناسب‌تری دارد. اگرچه کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف ممکن است به طور کامل قادر به بازنمایی هیجانات و رفتار

رابطه با متن و سرچشمه گرفتن ارتباط بین درون‌مایه‌ها از متن نظرات شرکت کنندگان، به طور مرتب بین متن اولیه و فهرست درون‌مایه‌ها در حال سازماندهی رفت و برگشت شد. آنگاه با ایجاد یک جدول خلاصه از درون‌مایه‌ها و خوشه‌های استخراج شده برای نخستین شرکت کننده و تلفیق با درون‌مایه‌ها و خوشه‌های حاصل از شرکت کنندگان دیگر به صورت پیش‌رونده، توصیفی از مشکلات کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف به عمل آمد.

برای اطمینان از این همانی (Credibility) داده‌ها، در مراجعه مجدد به آموزشگاه‌ها، یافته‌ها با شرکت کنندگان در میان گذاشته شد و آن‌ها هماهنگی آن با تجربیات خویش را تصدیق کردند. از مساعدت یک دانشجوی دکتری که در تحقیق پدیدارشناسی تجربه داشت، نیز در بازنگری نسخه‌ها و تحلیل داده‌ها استفاده شد. علاقمندی پژوهشگران به پدیده تحت بررسی، تماس طولانی مدت با داده‌ها، استفاده از نظرات افراد مطلع و حفظ مستندات در تمام مراحل مطالعه، قابلیت تأیید (Confirmability) پژوهش را تضمین نمود. کنار هم قرار دادن بیانات شرکت کنندگان، یادداشت‌های عرصه و مضمون‌های استخراج شده و همچنین، حضور دو تن از استادان پژوهش‌های کیفی در تیم تحقیق، همسانی (Dependability) و هم قابلیت تأیید یافته‌ها را ممکن می‌سازد.

یافته‌ها

از بررسی داده‌ها، درون‌مایه‌های اصلی (و فرعی) همچون «آسیب‌های خانوادگی (خانواده گسیخته و بیماری در خانواده)، ناراحتی‌های جسمانی (بیماری و بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی)، بدرفتاری با نوجوان، آسیب‌های روان‌شناختی (اضطراب، احساس گناه و خودکنترلی ضعیف)، نگرانی از آینده (نگرانی از امنیت خود در آینده و نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه‌ای)، تحصیل در مدرسه استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران» در ارتباط با مشکلات کودکان و نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی خفیف که در مدارس استثنایی تحصیل می‌کنند، استنتاج گردید.

آسیب‌های خانوادگی: بسیاری از مشارکت کنندگان،

کشور، هیچ دانش‌آموز کلاس اولی در مدارس متوسطه اول مورد نظر تحصیل نمی‌کرد.

از مصاحبه باز و سازمان نیافته برای حصول اطلاعات مورد نیاز استفاده شد. پژوهشگر با مراجعه به آموزشگاه‌های مورد نظر از چند روز قبل و آشنایی با دانش‌آموزان در زنگ تفریح و ساعت درس ورزش، آن‌ها را برای جلسه مصاحبه و پاسخدهی به سؤالات تحقیق آماده نمود. طی جلسات آشنایی مقدماتی، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و ضبط جریان مصاحبه جلب شد. همچنین، محرمانه ماندن اطلاعات و حق کناره‌گیری یا پاسخ ندادن به برخی یا تمام سؤالات مصاحبه و نیز چگونگی انتخاب نمونه و هدف از انجام پژوهش به شرکت کنندگان اطلاع داده شد. در ابتدای جلسه هر مصاحبه از شرکت کنندگان درخواست شد تا مشکلاتشان را بیان کنند. پاسخ‌های شرکت کنندگان با طرح پرسش‌هایی راجع به میزان و چگونگی تأثیر آن مشکلات بر زندگی آن‌ها و سپس سؤال «آیا مشکل دیگری داری یا موضوع دیگری هست که تو را ناراحت کند؟» پیگیری شد. مصاحبه‌ها در یکی از کلاس‌های خالی هر آموزشگاه انجام گرفت و بین ۲۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید. با فهرست کردن پیش‌فرض‌های محقق که حاصل تجربه و مطالعه بود، قبل از جمع‌آوری داده‌ها و نیز در جریان کار از تأثیر آن‌ها بر نتیجه پژوهش جلوگیری به عمل آمد و مرور گسترده بر پیشینه تا اتمام تحلیل داده‌ها به تعویق افتاد.

مطابق با روش پیشنهادی Smith و همکاران (۲۳)، پس از اتمام هر مصاحبه و یادداشت فوری موارد غیر قابل ضبط، نوار ضبط شده برای چندین بار شنیده شد و عین بیانات شرکت کنندگان استخراج گردید تا ضمن اطمینان از دقیق بودن اطلاعات، به غوطه‌وری در داده‌ها که لازمه تحلیل است، کمک شود. به این ترتیب که نسخه‌ها مکرر خوانده شد و جملات و مفاهیم اصلی آن‌ها در مورد مشکلات شرکت کنندگان (درون‌مایه‌های فرعی) استخراج و عنوان داده شد. آنگاه درون‌مایه‌ها بر مبنای ارتباطشان دسته‌بندی و به خوشه‌هایی (درون‌مایه‌های اصلی) سازمان داده شدند. جهت حصول اطمینان از قابل درک بودن خوشه‌های ایجاد شده در

پوشانیده می‌شد و روزها از پوشک مای بی‌بی استفاده می‌کرد، ناراحتی خود از این بابت را چنین بیان نمود: «آقا من مشکلم خیلی زیاده. مای بی‌بی به من گذاشته بودن. دستشویی برم خیلی دردم می‌گیره. من می‌خواستم برم دستشویی مای بی‌بی نگذاشته بودم... من صبح که بیدار می‌شم، می‌گم چرا لاستیک به من گذاشته بودن». دیگران از سرطان (یک مورد)، ناراحتی قلبی (دو مورد)، ناراحتی تنفسی (دو مورد) و تشنج (یک مورد) به عنوان مشکلات خود یاد کردند. دانش‌آموزی گفت: «سرطان دارم، شیمی درمانی کردم. یک ماه رفتم ICU... خیلی ناراحتم به خدا. یادم می‌یاد، گریه می‌کنم».

عده‌ای از مشارکت کنندگان در بیان ناراحتی‌های خود به بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی شامل چاقی زیاد، بینایی ضعیف و لکنت زبان اشاره کردند. برای نمونه شرکت‌کننده‌ای گفت: «مشکلم بدنمه، شکمم چاقه... مادرزادی بوده» یا «وقتی صحبت می‌کنم، صدام گیر می‌کنه».

بدرفتاری با نوجوان: بدرفتاری با نوجوان، شایع‌ترین مشکل عنوان شده توسط مشارکت کنندگان بود. این مضمون که شامل طیف وسیعی از بدرفتاری‌های کلامی و بدنی می‌شود، توسط افراد مختلفی از والدین، اعضای خانواده، کارکنان آموزشگاه و همسالان اعمال می‌شد. در واقع، بسیاری از مسایل دیگر از آن جهت ناراحت‌کننده بود که بدرفتاری با نوجوان را در پی داشت. دانش‌آموزی که در سیستم دفع مشکل داشت، عنوان کرد که توسط پدر و برادر بزرگ‌تر تنبیه کلامی و بدنی می‌شود: «ونا حرفای زشت می‌گن. مثلاً میگن بی‌شعور، نامرد. بابام کتکم می‌زنه. خیلی بد کتک می‌زنه. سیلی می‌زنه. هم داداشم، هم پدرم...». بدشکلی‌های بدنی و نارسایی‌های عضوی نیز در مواردی تمسخر همسالان و افراد خانواده را در پی داشت. نوجوانی گفت: «بچه‌ها مسخره می‌کنن و می‌گن شکمو هستی، بزنییم به کومت». «دای منو درمی‌آرن... نمی‌تونم صحبت بکنم، داداشم می‌خنده، منم دلم می‌گیره...».

از بیانات شرکت‌کنندگان دریافت شد که بدرفتاری توسط هم‌کلاسی‌ها، شایع‌تر از انواع دیگر بدرفتاری است. این بدرفتاری شامل دشنام، حرف‌های رکیک، تمسخر، تهدید، درگیری فیزیکی و نسبت افترا دادن به نوجوان و خانواده وی

آسیب‌های خانوادگی را اصلی‌ترین مشکل خود می‌دانستند. در این ارتباط خانواده گسیخته یک مضمون (درون‌مایه) برجسته بود. طلاق مادر، ازدواج مجدد پدر، حضور نامادری در خانواده، زندگی با جدین، جدال خانوادگی و بی‌قیدی در تجربیات نوجوانان شرکت‌کننده مشاهده شد. نوجوان ۱۵ ساله‌ای که تا حدودی تمامی این مشکلات را با هم تجربه می‌کرد، نگرانی خود در این خصوص و علاقه به داشتن خانواده را چنین بیان کرد: «من خیلی دلم می‌خواست مادرم بیاد با ما زندگی کنه. حتی زنگ زدیم گفتیم بیا زندگی کن. گفت: نه بابات خوب نمی‌شه. الان خدا را شکر پدر بزرگم و مادر بزرگم انشالله همیشه زنده باشن، کنارم هستن... پدرم، ولی نامادری! این آدم نیاد به شئون خودش رفتار کنه. آقا هرچه باشه نامادری هست... وقتی که قضیه مادرم تموم شد، بابام صبر نکرد. مادر بزرگم هرچه گفت ازدواج نکن، بذار حالا ۲-۳ سال بگذره بچه‌ات بزرگ شه، اون موقع می‌ری به زن دوم می‌گیری، ولی پدرم صبر نکرد. رفت زن دوم گرفت. این منو ناراحت می‌کنه که من چرا پیش پدر بزرگ و مادر بزرگم هستم». شرکت‌کننده دیگری رنج حاصل از طلاق مادر را به سختی قابل توصیف و جدایی از او را قرین بدبختی می‌دانست: «شما الان خودتون یه بچه داشته باشی، زنتون تنهاتون بذاره و بره، یه بچه بمونه روی دست شما... اون موقع چه کار می‌کنی با این همه مشکلات بی‌مادری و بدبختی و این‌ها؟...».

بیماری در خانواده، مضمون دیگری در ارتباط با آسیب‌های خانوادگی بود که عنوان شد. در گفته‌های شرکت‌کنندگان این مضمون با مسایل اقتصادی خانواده گره خورده بود. دانش‌آموزی در این خصوص گفت: «بابام مریضه، قلبش درد می‌کنه. مامانم هم خانه‌داره... پول نداریم، فقط همین یارانه را داریم».

ناراحتی‌های جسمانی: بسیاری از شرکت‌کنندگان ناراحتی‌های جسمانی شامل دو دسته بیماری و بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی را مشکلی اساسی قلمداد می‌کردند که دشواری‌های گوناگونی در پی دارد. نوجوان ۱۶ ساله‌ای که به دلیل نداشتن کنترل بر سیستم دفع، شب‌ها با لاستیک

می‌کنم. یه لیوان آب می‌خورم و می‌خوابم... دوباره همین خواب را می‌بینم. اصلاً تا صبح نم‌تونم بخوابم». وی در بیان شدت عصبانیت از شرایط خود و شکایت از سرنوشت گفت: «هن انگار تو یه گودالی افتادم که هیچ کس نیست کمکم کند. خدا چقدر منو عاجز دونسته که این همه مشکلات گذاشته برای من. الانم بش می‌گم بشنوه. الانم من به خدا شکایت می‌کنم که این همه مشکلات را برای من گذاشته...».

احساس گناه، آسیب روان‌شناختی دیگری بود که در گفته‌های برخی نمایان شد. دانش‌آموزی گفت: «هن دلم می‌خواست این حرفای زشتو نمی‌زدم. پدر و مادرم از دست من راضی باشن. خدا به من عقل نمی‌ده که به حرف بزرگترا گوش کنم. خیلی اعصابم خرده...». در ارتباط با خودکنترلی ضعیف می‌توان به بیان یکی از شرکت کنندگان اشاره کرد: «مشکلی که دارم اینه که خیلی زود عصبانی می‌شم. کسی بلند حرف بزنه عصبانی می‌شم. بچه‌ها سر به سرم بذارند، منم عصبانی می‌شم».

نگرانی از آینده: نگرانی از آینده، دغدغه بسیاری از شرکت کنندگان بود. دانش‌آموزانی که درگیر آسیب‌های خانوادگی بودند، به امنیت زندگی آینده خود تردید داشتند. آن‌ها زندگی کنونی خود را شکننده می‌دیدند و نگران اتفاقات پیش رو بودند. شرکت کننده‌ای گفت: «حس می‌کنم اگه یه موقع خدایی نکرده اینا (پدر بزرگ و مادر بزرگم) یه طوریشون بشه و بمیرن، من دیگه جایی ندارم». دانش‌آموزان بیشتری نگران آینده نامطمئن تحصیلی و حرفه‌ای خود بودند. آن‌ها از صحبت‌های دوپهلوی مربیان و مسؤولان مدرسه در ارتباط با آینده تحصیل در مدارس استثنایی احساس گیجی می‌کردند و این بلا تکلیفی را عذاب‌آور می‌دانستند. دانش‌آموزی در بیان مشکلات خود گفت: «من فقط از این ناراحتم که نمی‌دونم این درسی که می‌خونم سرنوشت و آینده من چه طور می‌شه؟! نمی‌دونم این که می‌خونم آینده من خوب می‌شه، یه کاری برای من ایجاد می‌شه؟». دانش‌آموز دیگری اظهار نمود: «مشکل اصلی اشتغال است. برای انجام هر کاری مهارت لازم است. مهارت‌ها، کارگاه و امکانات خوب نیست. اینجا بیشتر برای وقت گذروندن است». ۵ نفر از شرکت کنندگان پژوهش نیز تردید خود نسبت به آینده تحصیلی

می‌شد. یکی از دانش‌آموزان کلاس ششم گفت: «فقط مشکلم اونه که پسرها منو اذیت می‌کنن، می‌زنن، حرف زشت می‌گن. منو مسخره می‌کنن... ۱۱-۱۰ نفری هستن».

دانش‌آموز ۱۷ ساله‌ای که خود را هم از ناحیه هم‌کلاسی‌ها و هم اولیای مدرسه در معرض بدرفتاری می‌دید، بیان کرد: «بچه‌ها خیلی اذیت می‌کنن. می‌گن تو دزدی کردی. می‌رن به آقای ... می‌گن این دزدی کرده. آقای ... میاد کیفمو می‌گرده، منم خیلی ناراحت می‌شم. می‌رن به آقای ... می‌گن این دزدی کرده یا حرف بد زده. بعد اون منو می‌زنه. بچه‌ها به پدر و مادرم حرف بد می‌زنن. به معلم می‌گم اونم کاری نمی‌کنه. به ... می‌گم، می‌گه باید صبر کنی دیگه». دانش‌آموز دیگری در بیان رفتار ناشایست راننده سرویس مدرسه اظهار داشت: «بد اخلاقه آقا. اصلاً هیچ کدوم بچه‌ها تو سرویس باش حرف نمی‌زنن، داد می‌زنه. سیگارم می‌کشه».

آسیب‌های روان‌شناختی: آسیب‌های روان‌شناختی مضمون اصلی دیگری بود که تعدادی از نوجوانان شرکت کننده به گونه‌ای ناراحتی خود را از وجود آن ابراز داشتند. این آسیب‌ها به سه شکل عمده «اضطراب، احساس گناه و خودکنترلی ضعیف» مطرح گردید. به طور کل این آسیب‌ها توسط نوجوانانی تجربه می‌شد که از ناراحتی‌های دیگر به ویژه آسیب‌های خانوادگی در رنج بودند. اضطراب یک ناراحتی چند بعدی است که درگیری فکری مزمن، بدبینی، بدخواهی، کابوس شبانه، مقصر دانستن فرد یا افرادی، نفرت از آن‌ها، بی‌قراری و حتی شکایت از سرنوشت را به همراه دارد. نوجوان ۱۵ ساله‌ای که آسیب‌های چندگانه خانوادگی را تجربه می‌کرد، اضطراب خود را چنین بیان نمود: «آقا من خوابای عجیب می‌بینم. خواب دیدم یه مرد سفیدپوش که شبیه خودم بود. آقا هر شب این خواب را می‌بینم... نمی‌دونم چرا! یه مرد سفیدپوش که شبیه خودمه پیر بود. گفتم: خدا من اینم. یکی از پشت گفت: تو همینی... تمام سر و صورتم پیر، عین خودم. حتی چاقو زیر سرم گذاشتم، ولی خوابایی می‌بینم وحشت‌زده می‌شم، بلند می‌شم آقا یه ساعت گریه می‌کنم. وقتی که بلند می‌شم تمام لبم خشک می‌شه، خیس عرق می‌شم، کله‌م داغ می‌شه، بدنم بی‌حس می‌شه. اینقدر گریه می‌کنم گریه

معلولیت دیگران است که توسط یک شرکت کننده مطرح شد. وی ناراحتی خود از معلولیت جسمی دیگران و چگونگی برخورد با افراد مبتلا را اینگونه بیان نمود: «این بچه‌ها این‌جورین صحبت که می‌کنم باهاشون دلسوزی می‌کنم، می‌گم کاشکی این آدم درست می‌شد، منم به بچه‌ها کمک می‌کنم، ویلچر را می‌برم براش، بهش کمک می‌کنم تا کفشش را بپوشه...».

نمونه‌ای از فرایند تحلیل در جدول ۱ ارائه شده است.

بررسی رابطه میان درون‌مایه‌ها نشان می‌دهد که مبتلایان به آسیب‌های خانوادگی، بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی بیشتر از دیگران در معرض بدرفتاری قرار دارند. همچنین، بدرفتاری با نوجوان همپوشانی بالایی با آسیب‌های روان‌شناختی دارد. از سوی دیگر، مضمون‌های «نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه‌ای، تحصیل در مدرسه استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران» از طرف نوجوانانی به عنوان ناراحتی مطرح شد که از آسیب‌های خانوادگی، ناراحتی‌های جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی در امان بودند.

شرکت کنندگان مطالعه حاضر دو شیوه متفاوت را در برابر مشکلاتشان پیش گرفتند؛ در حالی که تعدادی از مشارکت کنندگان این مشکلات را ناعادلانه دانستند و از عوامل ایجاد مشکل، شرایط و حتی خدا شاکی بودند. عده دیگری با تاسی به باورهای مذهبی و قیاس خود با دیگران، در پذیرش مشکلات توانا بودند. شرکت کننده‌ای با اعتقاد به خواست خدا تحمل مشکلات را آسان می‌دید: «خدا/این‌جوری آفریده، ما هم راضی هستیم».

بحث

در مطالعه حاضر، کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف مدارس استثنایی در بیان مشکلات خود درون‌مایه‌های «آسیب‌های خانوادگی، ناراحتی‌های جسمانی، بدرفتاری دیگران، آسیب‌های روان‌شناختی، نگرانی از آینده، تحصیل در مدرسه استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران» را برشمردند. بررسی‌های پیشین در بیان مشکلات این گروه از فراگیران بر کم‌توانی‌های شناختی و کش‌های اجرایی، اختلالات رفتاری و دشواری‌هایی در روابط اجتماعی متمرکز بود (۸، ۱).

و حرفه‌ای را با پرسیدن سؤالاتی همچون «از اینجا هم می‌شه دانشگاه رفت یا نه؟» برجسته کردند.

تحصیل در مدرسه استثنایی: بیشتر شرکت کنندگان

تحصیل در مدرسه استثنایی را ناخوشایند می‌دانستند و نسبت به ابراز آن اکراه داشتند. این افراد به ویژه کسانی که سابقه تحصیل در مدرسه عادی داشتند، این مضمون را اصلی‌ترین مشکل خود معرفی کردند. آن‌ها چنین انتخابی را ناعادلانه می‌دیدند و علاقمند به یافتن مسیری برای رهایی از آن بودند. بیشتر آنان اجبار خانواده را دلیل ماندن خود بیان نمودند. شرکت کننده‌ای رنج خود از تحصیل در مدرسه استثنایی را چنین عنوان کرد: «می‌خواستم اینجا درس نخونم، برم بیرون درس بخونم. پدر و مادرم می‌گن که نه اینجا خوبه، بهت کار می‌دن، ولی من می‌گم که نه اینجا کار نمی‌دن و نمی‌تونم دانشگاه برم. اونا می‌گن اینجا بخون، دانشگاه هم می‌ری. می‌گن که دانشگاه منم امیدوار می‌شم میام...». دیگری درباره ناراحتی خود از این موضوع و تمایلش به ترک تحصیل را چنین بیان نمود: «از این مدرسه خوشم نمیاد. دوستم می‌گه ترک تحصیل کن. خودم می‌خوام، مادرم نمی‌ذاره...». شرکت کننده دیگری گفت: «این منو ناراحت می‌کنه که من چرا استثنایی درس می‌خونم... به کسی نمی‌گم اینجا درس می‌خونم، وقتی ابتدایی بودم نمی‌دونستم که اینجا استثناییه. وقتی راهنمایی اومدم، متوجه شدم اینجا استثناییه... شما دانشجویی؟ راه داره که ما به مدرسه عادی بریم؟». در برخی موارد خانواده‌ها نیز در این مخفی‌سازی با نوجوان همراه بودند. یکی از دانش‌آموزان گفت: «صلاً کسی نمی‌دونه میام اینجا... فقط خانواده. مهمون میاد کتابام را جمع می‌کنیم، نمی‌ذاریم بدونن».

ضعف در فراگیری: ضعف در فراگیری، مضمون اصلی

دیگری بود که تنها توسط یکی از شرکت کنندگان به عنوان مشکل آزار دهنده‌ای عنوان گردید: «هجی می‌تونستم بکنم، ب ی ن. نمی‌تونستم جمعشون کنم. مشکل اصلی‌ام املا است». وی که تا اول راهنمایی در مدرسه عادی تحصیل کرده بود، این مسأله را دلیل ناتوانی خود برای ادامه تحصیل در آنجا و عمده‌ترین مشکل کنونی خود می‌دانست.

معلولیت دیگران: مضمون دیگر حاصل از بررسی حاضر،

جدول ۱. نمونه‌ای از فرایند تحلیل

واحد‌های معنایی	کدها	درون‌مایه‌های فرعی	درون‌مایه‌های اصلی
من خیلی دلم می‌خواست مادرم بیاد با ما زندگی کنه. ولی نامادری! این آدم نمیداد به شئونات خودش رفتار کنه. بابام مریضه، قلبش درد می‌کنه. مای بی‌بی به من گذاشته بودن. دستشویی برم خیلی دردم می‌گیره... سرطان دارم. شیمی درمانی کردم. یک ماه رفتم ICU... مشکلم بدنمه. شکمم چاقه... وقتی صحبت می‌کنم، صدام گیر می‌کنه... بابام کتکم می‌زنه... هم داداشم، هم پدرم... پسرها منو اذیت می‌کنن، می‌زنن. می‌رن به آقای ... می‌گن این دزدی کرده، بعد اون منو می‌زنه. آقا من خوابای عجیب می‌بینم. الآنم من به خدا شکایت می‌کنم که این همه مشکلات را برای من گذاشته...	جدایی مادر وجود نامادری بیماری پدر پوشانده شدن با پوشک داشتن بیماری سرطان چاقی لکنت زبان بدرفتاری توسط افراد خانواده بدرفتاری توسط هم‌کلاسی‌ها بدرفتاری توسط مسئولان آموزشگاه کابوس شبانه شکایت از سرنوشت	خانواده گسیخته بیماری در خانواده بیماری بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی احساس گناه خودکنترلی ضعیف نگرانی از امنیت خود در آینده نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه‌ای	آسیب‌های خانوادگی ناراحتی‌های جسمانی بدرفتاری با نوجوان آسیب‌های روان‌شناختی
من دلم می‌خواست این حرفای زشتو نمی‌زدم. مشکلی که دارم اینه که خیلی زود عصبانی می‌شم. حس می‌کنم اگه به موقع خدایی نکرده اینا به طوریشون بشه، اینا بمیرن من دیگه جایی ندارم. مشکل اصلی اشتغال است. به کسی نمی‌گم اینجا درس می‌خونم. مهمون میاد کتابام را جمع می‌کنیم. از این مدرسه خوشم نمیاد. دوستم می‌گه ترک تحصیل کن. خودم می‌خوام، مادرم نمی‌ذاره. مشکل اصلیم املا است. این بچه‌ها این‌چورین. صحبت که می‌کنم باهاشون دلسوزی می‌کنم.	پشیمانی سریع عصبانی شدن تردید نسبت به امنیت آینده خود دغدغه پیدا نکردن شغل اکراه از ابراز نام مدرسه پنهان کردن کتاب‌ها تمایل به ترک تحصیل ضعف در املا دلسوزی برای افراد مبتلا به معلولیت	تحصیل در مدرسه استثنایی ضعف در فراگیری معلولیت دیگران	نگرانی از آینده

کم‌توان ذهنی شایع‌تر است. در حقیقت، بسیاری از موارد کم‌توانی محصول مشکلات خانوادگی می‌باشد (۱). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشکلات خانوادگی، مشکلات دیگر را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و ذهن نوجوان را به شدت مغشوش می‌سازد. دیدگاه Maslow در ارتباط با اهمیت نیازهای کاستی به ویژه نیاز به ایمنی و روابط خانوادگی برای سلامت روان و مطرح شدن نیازهای سطح بالاتر (۲۴)، مؤید این یافته است. جوامع صنعتی با شناسایی خانواده‌های در معرض خطر از همان اوایل کار و تدارک تمهیدات لازم از مشاوره‌های تخصصی تا پرداخت‌های مالی، توانسته‌اند بسیاری از موارد کم‌توانی را بکاهند (۱). کاری که در جامعه ما غریب مانده است و نیازمند بذل توجه اساسی می‌باشد.

تفاوت در نتایج، بیش از هر عامل دیگری می‌تواند محصول جمع‌آوری اطلاعات از پاسخ دهندگان متفاوت باشد. برای نمونه از منظر آموزگار کلاس، قبل از هر چیز کم‌توانی آموزشی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف مشکلی جدی است. با این وجود، نتایج بررسی حاضر نشان داد که وقتی از خود فراگیر در این باره سؤال شود، پاسخ متفاوتی شنیده می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر از پشتوانه پژوهشی مناسبی برخوردار است. مشکلات خانوادگی که طیف وسیعی از ناراحتی‌ها (از بیماری در خانواده تا مشاجرات زناشویی تا جدایی یا مرگ والدین) را شامل می‌شود، به راحتی تمامی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مشکلات در کودکان و نوجوانان

قالب تشکیل جلسات هم‌اندیشی پیشنهاد می‌گردد. سنین نوجوانی نقطه عطف آسیب‌های روان‌شناختی و دل‌مشغولی نسبت به آینده است که مسایل مرتبط با کم‌توانی آن را تشدید می‌کند. گزارش پژوهش‌ها از نمرات بالاتر افسردگی و اضطراب در مبتلایان به کم‌توانی ذهنی (۱۳)، تأیید کننده یافته‌های مطالعه حاضر است. کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف خطر بالاتری برای پروراندن آسیب‌های روانی و مشکلات رفتاری دارند. در مجموع، ۳۰ تا ۴۰ درصد این افراد با یک اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند (۲۷). آینده تحصیل در مدرسه استثنایی مبهم است. کیفیت پایین آموزش و ناهمخوانی آن با نیازهای این فراگیران، محدودیت‌های تحصیلی، فرصت‌های اندک استخدامی، شغل‌های پست و درآمد پایین (۲۸) با رؤیاهای این سنین در ارتباط با تحصیل و شغل سنخیتی ندارد. می‌توان با آموزش مهارت‌های اجتماعی، توان مقابله با بحران‌ها را در این کودکان و نوجوانان افزایش داد. همچنین، پیشنهاد می‌شود با مطرح کردن آینده تحصیل در مدرسه استثنایی، نوجوانان را به سمت فراگیری مهارت‌هایی سوق داد که آینده شغلی مناسبی داشته باشد.

استثنایی بودن، پیامد ناخواسته تحصیل در مدرسه استثنایی است. این داغ بر سلامت روانی نوجوان و بهزیستی خانواده تأثیر منفی دارد (۲۹). تا قبل از نوجوانی این مسأله آسیب‌رسانی کمتری داشت، اما اکنون به اوج رسیده است و بحران‌های تازه‌ای را بر نوجوان و خانواده تحمیل می‌کند. آگاهی و فهم عمومی از برچسب ناتوانی در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است و نگرش‌های منفی، با فهم نادرست ظرفیت‌های این افراد ارتباط دارد (۳۰). اگرچه به‌تازگی رسانه‌های عمومی با نمایش توانایی‌های افراد معلول سعی در تغییر نگرش عموم دارند، اما کم‌توانان ذهنی هنوز فرصتی برای ابراز خود نیافتند.

تعارض نوجوانان و اولیا برای ادامه یا ترک تحصیل در بیانات شرکت‌کنندگان برجسته بود؛ در حالی که وعده‌های مشکوک مسؤولان آموزشگاه مبنی بر آینده شغلی مطمئن و حمایت‌های دولتی، خانواده‌ها را به ادامه تحصیل فرزندانشان

تحقیقات هم‌راستا با مطالعه حاضر، ناراحتی‌های جسمانی بیشتر نوجوانان کم‌توان ذهنی را تأیید می‌کنند. این افراد وضعیت تندرستی ضعیف‌تر و بیماری‌های بیشتری را گزارش نمودند و تمایل کمتر و دشواری‌های بیشتری در دسترسی به خدمات و مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی دارند (۲۵). وضعیت نامساعد سلامتی در افراد این گروه تا درجه بالایی حاصل رفتارهای نادرست بهداشتی می‌باشد. تجهیز تمام مدارس به مربی بهداشت با اولویت آموزش رفتارهای مناسب بهداشتی و تخصیص پزشک معالج و اختصاص بودجه مکفی برای مراقبت از سلامتی و درمان بیماری‌ها، ضرورتی انکارناپذیر است.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که که بدرفتاری با کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف وسعت زیادی دارد و تا حدودی تمامی کسانی که با او در ارتباط هستند را شامل می‌شود (از خانه تا مدرسه تا محله)، اما بدرفتاری توسط همکلاسی‌ها و دانش‌آموزان مدرسه شیوع بالاتری دارد. بدرفتاری دیگران طیف گسترده‌ای دارد و شامل تمسخر، ناسزاگویی، توهین به نوجوان و خانواده او، بهره‌کشی و آزار بدنی می‌شود. این بدرفتاری از دو جنبه پرخاشگری دانش‌آموزان دیگر و سلطه‌پذیری خود فرد قابل تأمل است؛ نوجوانان کم‌توان ذهنی نسبت به همسالان خود میزان بالاتری از خشونت را نشان می‌دهند که می‌تواند توسط ارزیابی نادرست آن‌ها از رفتار دیگران، رمزگردانی نشانه‌های منفی و اسناد خصمانه تبیین شود (۱۰). یافته‌های تحقیق حاضر حکایت از فراوانی تأمل‌برانگیز گروه‌های قلدری در مدارس استثنایی دارد. مطابق با نظر Bandura، محروم بودن این فراگیران از الگوهای نقش مثبت به موجب جداسازی آموزشی، زمینه‌ساز خشونت و رفتارهای ضد اجتماعی است (۲۶). از سوی دیگر، این افراد سلطه‌پذیری بالاتری دارند (۱۱) و بدین‌سان دیگران را به اعمال خشونت دعوت می‌کنند. آموزش مهارت‌های زندگی در قالب برقراری روابط اجتماعی و روش‌های دفاع از خود در صورت مواجهه با بدرفتاری، موجب کاهش پرخاشگری و سلطه‌پذیری و تصحیح اسنادهای نادرست می‌شود. در این زمینه ارتباط بیشتر مدرسه با اولیا در

فراموشی مشکلات فرد شود. آرزوی سلامتی دیگران راهی برای تسکین آلام خویش است. با این وجود، انجام پژوهش‌های بیشتری لازم است تا بدانیم تحصیل در مدرسه استثنایی و به دنبال آن استثنایی بودن با آینده نوجوانان چه می‌کند و آیا به راستی مزیتی برای این گروه نسبت به کسانی که از همان ابتدا یا میانه راه عطای تحصیل را به لقایش بخشیدند، وجود دارد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر مشکلات پیچیده کودکان و نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی خفیف مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی در ابعاد جسمانی و روان‌شناختی را آشکار ساخت. «آسیب‌های خانوادگی، ناراحتی‌های جسمانی، بد رفتاری با نوجوان، آسیب‌های روان‌شناختی، نگرانی از آینده، تحصیل در مدرسه استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران» درون‌مایه‌های استخراج شده از مطالعه بود. توجه به این مشکلات می‌تواند طرز تلقی مناسب‌تر و رفتار شایسته‌تر خانواده‌ها با نوجوان مبتلا به کم‌توانی ذهنی خفیف را به همراه داشته باشد. همچنین، این نتایج تلویحاتی برای آموزش استثنایی دارد و می‌تواند طراحان و مجریان برنامه‌های آموزش استثنایی را در تطبیق برنامه‌ها و تصمیماتشان با مشکلات و نیازهای این گروه از فراگیران یاری رساند. محدود بودن نمونه‌های پژوهش حاضر به شهر تبریز و کودکان و نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی خفیف، پیشنهاد انجام مطالعه در مکان‌های دیگر و دیگر گروه‌های دانش‌آموزی دارای نیازهای ویژه از جمله دختران را در خود دارد. همچنین، به سبب ماهیت طرح پژوهشی و عدم رعایت استانداردهای پژوهش کمی، امکان استنباط روابط میان مضمون‌ها بدون انجام مطالعات تکمیلی، میسر نیست.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از همکاری و اعتماد دانش‌آموزان و کارکنان آموزشگاه‌های پسرانه استثنایی شهر تبریز تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

ترغیب می‌کند، نوجوانان خودشان رغبتی به آن ندارند و هر روز تعداد بیشتری از این دانش‌آموزان مدرسه را مقصد نامعلومی ترک می‌کنند. به باور آن‌ها رنج تحصیل در مدرسه استثنایی، ارزش آموخته‌های اندک آن را ندارد. بسیاری از آن‌ها می‌گویند در اینجا چیزی آموخته نمی‌شود و اعتقاد دارند که این مدرسه نه محیط آموزشی، بلکه محل نگهداری است. انجام پژوهش‌های بیشتر جهت اطلاع از آینده کسانی که تحصیل را رها کرده‌اند، ضروری می‌باشد. جداسازی آموزشی علاوه بر انگشت‌نما کردن دانش‌آموزان، موجب بروز اختلالات هیجانی و رفتاری متعددی می‌شود. تحصیل در فضای آموزش عمومی در قالب نظام آموزش فراگیر، با وجود تمام دشواری‌هایی که دارد، می‌تواند پیشنهاد مناسبی باشد.

بر خلاف تمامی این مشکلات، هنوز دغدغه یادگیری برای عده‌ای از کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف مطرح است و آن‌ها می‌کوشند مطالب کتاب درسی را فراگیرند. ضعف در فراگیری، معیار بازماندن آن‌ها از آموزش عمومی است. این افراد هم در توانایی‌های عمومی و هم توانایی‌های ویژه تحصیلی از جمله خواندن (۳۱) و ریاضی (۳۲) دشواری‌هایی را نشان می‌دهند. همچنین، ناسازگاری‌های آموزشگاهی بیشتری در قیاس با همسالان در این دانش‌آموزان مشاهده شده است که از آن جمله می‌توان به پذیرش و شایستگی اجتماعی ضعیف، عدم تعهد به کلاس درس و مسایل انضباطی اشاره نمود. این دانش‌آموزان روابط ضعیف‌تری با مربیان خود دارند که با نزدیکی کمتر و تعارض و وابستگی بیشتری مشخص می‌شود (۵). با وجود مشکلات آموزشی متعدد، این مشکلات برای کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف از اهمیت چندانی برخوردار نیست. دلیل این امر علاوه بر سهولت مطالب درسی، می‌تواند وجود مشکلات اساسی‌تر، ابهام در ارزش آموخته‌ها و ناهمخوانی آن با نیازهای حال و آینده این فراگیران باشد.

دیدن افراد دارای معلولیت‌های جسمی می‌تواند هر کس از جمله نوجوانان مورد نظر را پریشان کند. از سوی دیگر، این شاید التیامی بر درد دردمندان باشد؛ چرا که می‌تواند سبب

References

1. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM. Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. 11th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2009.
2. Soenen S, Van Berckelaer-Onnes I, Scholte E. Patterns of intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation. *Res Dev Disabil* 2009; 30(3): 433-44.
3. Lifshitz H, Shtein S, Weiss I, Vakil E. Meta-analysis of explicit memory studies in populations with intellectual disability. *Eur J Spec Needs Educ* 2011; 26(1): 93-111.
4. van Nieuwenhuijzen M, Vriens A, Scheepmaker M, Smit M, Porton E. The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2011; 32(1): 358-70.
5. McIntyre LL, Blacher J, Baker BL. The transition to school: adaptation in young children with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50(Pt 5): 349-61.
6. Vieillevoys S, Nader-Grosbois N. Self-regulation during pretend play in children with intellectual disability and in normally developing children. *Res Dev Disabil* 2008; 29(3): 256-72.
7. Hetzroni O, Oren B. Effects of intelligence level and place of residence on the ability of individuals with mental retardation to identify facial expressions. *Res Dev Disabil* 2002; 23(6): 369-78.
8. Leffert JS, Siperstein GN, Widaman KF. Social perception in children with intellectual disabilities: the interpretation of benign and hostile intentions. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54(2): 168-80.
9. Westendorp M, Houwen S, Hartman E, Visscher C. Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities? *Res Dev Disabil* 2011; 32(3): 1147-53.
10. van Nieuwenhuijzen M, de Castro BO, Wijnroks L, Vermeer A, Matthys W. Social problem-solving and mild intellectual disabilities: relations with externalizing behavior and therapeutic context. *Am J Intellect Dev Disabil* 2009; 114(1): 42-51.
11. van Nieuwenhuijzen M, de Castro OB, Wijnroks L, Vermeer A, Matthys W. The relations between intellectual disabilities, social information processing, and behaviour problems. *Eur J Dev Psychol* 2004; 1(3): 215-29.
12. Douma JC, Dekker MC, de Ruiter KP, Tick NT, Koot HM. Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *Am J Ment Retard* 2007; 112(3): 207-20.
13. Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence, course, and risk. *International review of research in mental retardation*. San Diego, CA: Academic Press; 2003. p. 93-134.
14. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM, et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA* 2006; 296(16): 1981-9.
15. White P, Chant D, Edwards N, Townsend C, Waghorn G. Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(5): 395-400.
16. Jahoda A, Markova I. Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *J Intellect Disabil Res* 2004; 48(Pt 8): 719-29.
17. Buckley SJ, Bird G, Sacks B. Social development for individuals with Down syndrome - An overview. *Down Syndrome Issues and Information* 2002. [Online]. [cited 2002]; Available from: URL: <https://www.down-syndrome.org/information/social/overview/>
18. Shin JY, Nhan NV. Predictors of parenting stress among Vietnamese mothers of young children with and without cognitive delay. *J Intellect Dev Disabil* 2009; 34(1): 17-26.
19. Pooragha Roodbareh F, Kafi SM, Karimi Aliabad T, Delazar R. Evaluation and comparison of performance perseveration and mental flexibility in children with autism spectrum disorder, mentally retarded and normal children. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2012; 17(3): 26-34. [In Persian].
20. Sadrosadat SJ, Shams-Esfandabad H, Emami-Pour S. A comparison study of adaptive behavior among mental retarded and normal subjects. *J Rehab* 2002; 3(1-2): 22-8. [In Persian].
21. Douma JC, Dekker MC, Verhulst FC, Koot HM. Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(10): 1224-31.
22. Emerson E, Robertson J, Wood J. Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49(Pt 1): 16-24.

23. Smith JA, Jarman M, Osborn M. Doing interpretative phenomenological analysis. In: Murray M, Chamberlain K, editors. *Qualitative health psychology: Theories and methods*. London, UK: SAGE Publishing; 1999.
24. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York, NY: Harper and Row, Publishers, Inc.; 1954.
25. Martinez-Leal R, Salvador-Carulla L, Linehan C, Walsh P, Weber G, Van Hove G, et al. The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *J Intellect Disabil Res* 2011; 55(9): 858-72.
26. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
27. Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: child and family predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(8): 923-31.
28. Iezzoni LI. Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30(10): 1947-54.
29. Ali A, Hassiotis A, Strydom A, King M. Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: a systematic review. *Res Dev Disabil* 2012; 33(6): 2122-40.
30. Scior K. Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Res Dev Disabil* 2011; 32(6): 2164-82.
31. Channell MM, Loveall SJ, Connors FA. Strengths and weaknesses in reading skills of youth with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2013; 34(2): 776-87.
32. Brankaer C, Ghesquiere P, De Smedt B. Numerical magnitude processing in children with mild intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2011; 32(6): 2853-9.

Interpretation of Problems of Male Adolescents with Mild Intellectual Disability in Special Schools: A Qualitative Study

Yousef Adib¹, Eskandar Fathi-Azar², Sina Shafiei-Soork³

Original Article

Abstract

Introduction: Awareness of the problems of students with special needs will help families and special education officials to treat and train these children correctly. The goal of this study was to identify and analyze the problems of male adolescents with mild intellectual disability (MID) in special schools.

Method: This qualitative study was conducted through the phenomenological method. The subjects included 16 male students of 15 to 18 years of age with MID in special schools of Tabriz, Iran, during the educational year of 2012-2013. Data were collected through unstructured interviews within 20 to 70 minutes, and analyzed using the Smith et al. method.

Results: The themes that emerged from the interviews consisted of family damages (broken family and illness in the Family), physical ailments (illness, dysmorphism, and organ failure), abuse of adolescents, psychological trauma (anxiety, feeling of guilt, and poor self-control), fear of the future (concerns about safety in the future and concerns about education and job in the future), studying in a special school, poor learning, and disability in others.

Conclusion: The findings of this study showed that adolescents with MID enrolled in special schools cope with complex problems. Attention to these problems can help families and educational system officials to reduce the suffering of this group of learners.

Keywords: Adolescents, Mild intellectual disability, Special education, Phenomenology

Citation: Adib Y, Fathi-Azar E, Shafiei-Soork S. Interpretation of Problems of Male Adolescents with Mild Intellectual Disability in Special Schools: A Qualitative Study. J Qual Res Health Sci 2016; 5(2): 175-87.

Received date: 27.12.2015

Accept date: 22.04.2016

1- Associate Professor, Department of Education, School of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

2- Professor, Department of Education, School of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

3- PhD Student, Department of Education, School of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Sina Shafiei-Soork, Email: sina_shafiei@tabrizu.ac.ir