

بسمه‌العلم

کودکان استثنایی

روانشناسی و آموزش و پرورش

از سری کتاب‌های جامع روان‌آموز (درس نامه + تست) 

منطبق بر محتوای کلاس‌های جامع روان‌آموز 

شامل تست‌های کنکور سال‌های اخیر 

سه مرحله آزمون جامع کشوری رایگان 

به‌روزرسانی دائمی در طول سال تحصیلی ۱۴۰۴ 

مقدمه مؤلف

درس روان‌شناسی کودکان استثنایی که از دروس مهم کنکور کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی است، همراه با آسیب‌شناسی روانی در مجموعه‌ای پانزده‌الی بیست سؤالی، تحت‌عنوان روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی مطرح می‌شود. روان‌شناسی کودکان استثنایی دارای منابع متعدد و پراکنده‌ای است که مطالعه این درس را برای داوطلبان کنکور دشوار می‌کند. همچنین به علت پراکنده بودن محتوا، داوطلب با خواندن یک یا دو منبع قادر نخواهد بود در این درس، درصد مناسبی کسب کند. در کتاب روان‌شناسی کودکان استثنایی روان آموز تلاش کرده‌ایم تا نکات مهم را در عین انسجام مطالب از منابع متعدد گردآوری کنیم. برای نگارش این کتاب از منابع زیادی مانند روان‌شناسی کودکان استثنایی براساس DSM-5 گنجی، هالاهان و کافمن، میلانی‌فر، سیف نراقی و نادری، ارجمندنیا و همکاران و دیگر منابع مهم استفاده شده است. کتاب روان‌شناسی کودکان استثنایی روان آموز در ۱۰ فصل به نگارش درآمده و سعی شده است تا تمامی مطالب مهم، در این ۱۰ فصل پوشش داده شود. لازم به ذکر است داوطلبانی که قصد شرکت در کنکور کارشناسی‌ارشد گرایش کودکان استثنایی را دارند نیز می‌توانند این کتاب را برای پاسخ به درس آموزش و پرورش کودکان استثنایی مطالعه کنند. در انتهای هر فصل، خلاصه‌ای از مهم‌ترین نکات و سؤالات کنکورهای سراسری مربوط به آن فصل همراه با پاسخ‌های کاملاً تشریحی، گنجانده شده است. برای گرفتن نتیجه بهتر از این کتاب، پیشنهاد می‌شود تا چندین بار کتاب را مطالعه کنید، از نکات مهم خلاصه‌برداری کرده و فقط به یک‌بار خواندن آن اکتفا نکنید. یادتان نرود که کتاب آسیب‌شناسی روانی روان آموز نیز مکمل این کتاب است، چراکه جداسازی آسیب‌شناسی روانی کودک و روان‌شناسی کودک استثنایی امری ناشدنی است. امیدواریم با مطالعه این کتاب بتوانید با سرعت و آسودگی بیشتری پله‌های پیشرفت در رشته مورد علاقه‌تان را طی کنید. مشتاقانه پذیرای نظرات شما برای ارتقای کتاب کودکان استثنایی هستیم.

چو کوشش نباشد، تن زورمند / نیارد سر از آرزوها بلند
که اندر جهان، سود بی‌رنج نیست / کسی را که کاهل بود،
گنج نیست

«فردوسی»

حانیه سادات حسن‌پور، بهار و تابستان ۱۴۰۴

سخن روان‌آموز

علم هم برای خودش سلسله‌مراتبی دارد؛ مثلاً اولین سطح علم، چارچوب‌های ثابت‌اند؛ مثل پل‌ها و ساختمان‌ها که مطالعه آن کار مهندسان عمران است. در سطح دوم به ساعت‌واره‌ها می‌رسیم، مثل ساعت و موتور خودرو که بر خلاف سطح قبل، حرکت هم می‌کنند. مهندسی مکانیک این موارد را بررسی می‌کند. در سطح سوم، دستگاه‌های برنامه‌پذیر قرار می‌گیرند؛ مثل ترموستات که علاوه بر حرکت کردن، می‌شود به آن برنامه داد. برنامه‌نویسی کامپیوتر و علم مهندسی کنترل، در این سطح است. سطح بعدی سلول است؛ تک‌یاخته زنده‌ای که مستقلاً می‌تواند تولید مثل کند و با محیط ارتباط برقرار کند. دنیایی خیلی پیچیده‌تر از دنیای مهندسی! رشته‌های زیست‌شناسی و ژنتیک در این سطح از علم فعالیت می‌کنند. سطح بعدی گیاه و اندام‌هاست؛ مجموعه‌ای از سلول‌ها که باهم تقسیم وظیفه می‌کنند و هرکدام کاری را به عهده می‌گیرند. رشته‌های پزشکی و گیاه‌شناسی در این سطح مشغول‌اند. سطح بعدی حیوانات هستند و از اینجا آگاهی آغاز می‌شود؛ جاندارانی که آموزش‌پذیراند و از تجربه‌های قبلی خود درس می‌گیرند. روان‌شناسان رفتارگرا و کسانی که حیوانات را آموزش می‌دهند، در این سطح فعالیت می‌کنند. سطح بعدی فهم و تحلیل هیجانات و رفتار انسان خودآگاه است که به لحاظ پیچیدگی فراتر از تمام علوم پزشکی و مهندسی است و در بالاترین سطوح علم قرار می‌گیرد. جایی که شما با شگفتی‌های ذهن انسان روبه‌رو می‌شوید و مسائلی را حل می‌کنید که علوم پزشکی و مهندسی، نه تنها نمی‌توانند راه‌حلی برایشان ارائه دهند، بلکه حتی ابزاری برای پیدا کردن مسئله ندارند. اینجا آغاز دنیای روان‌شناسی است. خوشحالیم که در رویای بزرگ اکتشاف این سرزمین شگفت‌انگیز، قدم به قدم همراه شما هستیم!

روایت از زندگی کن

مشاوره بروکا

در کنار منبعی قابل اطمینان برای دریافت پاسخ‌های فوری، اهمیت برخورداری از راهنمایی‌های عمیق یک مشاور دلسوز، چیزی نیست که بشود آن را نادیده گرفت. همراهی که برای هر روز از مسیر پیش‌رویتان نقشه‌ای تسهیل‌کننده ترسیم کند و از پستی و بلندی‌های مسیر، به سان فرصتی برای تقویت مهارت‌های شما بهره گیرد. روان‌آموز برای ایجاد پلی بین داوطلبان کنکور کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی با مشاوران تحصیلی متخصص در حوزه تحصیلات تکمیلی، پلتفرم بروکا را ایجاد کرده است. با استفاده از این سرویس، شما و هر داوطلب دیگری پس از مشاهده رزومه تحصیلی مشاورین بروکا، به سادگی قادرید مشاور مورد نظر خود را انتخاب کرده و به کمک او به تمام سؤالات و دغدغه‌هایی که در مسیر کنکور با آن‌ها مواجه شده‌اید، بپردازید. طرح مشاوره بروکا با ایجاد یک چرخه توانمندسازی و تبدیل داوطلب کنکور به مشاور کنکور، یکی از بزرگترین دست‌آوردهای ما در مجموعه روان‌آموز است. از آنجایی که اغلب مشاورین بروکا از رتبه‌برترهای کنکورهای سال‌های گذشته بوده‌اند، با تمام مسائل موجود در مسیر کنکور ارشد و دکتری آشنایی داشته و در نتیجه داوطلبین، پاسخ تمامی سؤالات خود اعم از انتخاب گرایش مورد علاقه، انتخاب مهم‌ترین منابع، روش مطالعه مخصوص هر درس، تکنیک‌های تست‌زنی، ظرفیت‌های پذیرش و ... را از مشاور خود دریافت می‌کنند و با قدم‌های محکم‌تر و مطمئن‌تری مسیر موفقیت خود را پی‌ریزی کرده و مشابه سالیان گذشته حامل برترین رتبه‌های کنکور خواهند بود.

شاید برای شما هم اتفاق افتاده باشد که وقتی برای اولین بار در مسیر جدیدی قدم گذاشته‌اید، ابهام زیاد و ترس از اشتباه کردن، موجب افول از سرعت و کیفیت مطلوبتان شده باشد یا با انتخاب‌های ناآگاهانه پا به بیراهه گذاشته باشید. اصلاً یک وقت‌هایی کار به جایی می‌کشد که باید یک نفر باشد تا کاملاً مستدل و حساب‌شده بتواند پاسخ سؤالات دور و دیرتان را به درستی و از سر حوصله بدهد. در همین راستا بود که SOS، یکی از پروژه‌های تخصصی روان‌آموز، طراحی و راه‌اندازی شد. اکنون ۴ سال از اولین اجرای آزمایشی آن می‌گذرد و جز محبوب‌ترین و راهگشاترین خدمات ما در بین مخاطبینمان شناخته می‌شود. وجه برتری طرح SOS نسبت به هر مشاوره دیگری دسترسی پذیری آن است. شما داوطلبین در هر زمان و هر شرایطی که نیاز به راهنمایی حرفه‌ای در حیطه‌های متنوع کنکور داشته باشید، می‌توانید از طریق تماس تلفنی یا پرکردن فرم مشخصات در سایت روان‌آموز، به مشاورین طرح SOS متصل شوید.

این مشاورین با تجارب ارزشمند و آموزش‌های آکادمیک در حیطه کنکور روان‌شناسی در مقاطع مختلف، آماده ارائه اطلاعات کامل در حوزه‌های متنوعی از جمله انتخاب منابع، روش‌های برنامه‌ریزی، زمان‌بندی و شیوه ثبت‌نام کنکور و ... هستند. شگفتی این طرح در این است که به صورت کاملاً رایگان در حال اجراست. همچنین در پایان هر جلسه ۱۵ دقیقه‌ای با اعلام میزان رضایت خود از مکالمه، می‌توانید ما را در بهبود روند پاسخ‌دهی، یاری کنید.



کتاب‌های جامع

در مسیر ارتقای دانش آکادمیک، هیچ چیز به اندازه مطالعه مستقیم کتاب‌های مرجع، مؤثر نیست؛ با این حال در سال کنکور اوضاع کمی متفاوت است. شما یا هر داوطلب کنکوری برای مدیریت بهینه زمان و انرژی محدود خود و کسب نتایج مقبول، نیاز به عوامل تسریع‌کننده و تسهیل‌گر دارید. یک نمونه بارز از این عوامل، کتاب‌های جامع کمک آموزشی است که با توجه به نیازهای محتوایی شما برای یادگیری عمیق پاسخ‌دهی به تست کنکور و براساس اصلی‌ترین و مهم‌ترین منابع دست اول نگاشته شده‌اند. تحلیل کامل سؤالات سال‌های گذشته و کاوش خط فکری طراحان تست‌های کنکور، پایه و اساس اصلی گزینش و تألیف محتوای آن‌هاست. این منابع، دست برنده هستند که اگر دقیق و کامل به آن‌ها بپردازید، چه داوطلب کنکور ارشد با کارشناسی مرتبط باشید و چه رشته کارشناسی خود را تغییر داده باشید، می‌توانند نسبت به سطح فعلیتان، دانش شما را چندین پله افزایش دهند. همچنین، ساختار یکپارچه و قاعده‌مند آن‌ها در شیوه ارائه محتوا، از جمله مجهز بودن به نمودارهای شماتیک در ابتدای هر فصل، درس‌نامه‌های مفصل، خلاصه‌های پایان فصل مناسب، پاسخ‌های تشریحی طبقه‌بندی شده، متن روان و پوشش گسترده سؤالات کنکور، از نقاط قوت آن‌هاست. ما در روان‌آموز به سبب اعتقادمان به اصلاح مداوم و به مدد تیم گسترده تولید، هر سال دست به ویرایش‌های صوری و محتوایی بنیادین در محصولات چاپی و الکترونیکمان می‌زنیم تا بتوانیم پیوسته و بلاوقفه استانداردهای منطقی و منحصر به فردی را در حیطه تخصصمان ارائه دهیم.



کتاب‌های مرجع

روی صحبت ما با شماست؛ شمایی که به نحوی یا به دلیلی این کتاب را در دست دارید. اگر داوطلب کنکور هستید، اگر دانشجوی روان‌شناسی یا سایر رشته‌های مرتبطید، اگر در این حیطه از تخصص خوبی برخوردارید و یا صرفاً از طرفداران و علاقمندان این علم عمیق هستید، گشت و گذار در میان کتاب‌های مرجع، برایتان خالی از لطف نخواهد بود. این گلزار، معطر به عطر صفحات طیف گسترده‌ای از کتاب‌هایی است که روان‌آموز با هدف ارتقا سطح کیفی دانش شما و تکمیل سبد خریدتان تدارک دیده است. مجموعه‌ای که بدون تردید کتاب‌های نام‌آشنایی مثل هیلگارد و فیرس تا کتاب‌های گمنام‌تری که چه بسا به راحتی قابل دسترسی نیستند را در بر گرفته است. وجود بیش از سه هزار عنوان کتاب مرجع، در کنار کتاب‌های جامع و تألیفی، آن هم با تخفیفات ویژه، فروشگاه روان‌آموز را به مرجعی ایده‌آل و قابل اطمینان بدل کرده است؛ به نحوی که به راحتی و بدون نیاز به مراجعه به سایت‌ها و فروشگاه‌های مختلف، در کمترین زمان ممکن می‌توانید پاسخ همه نیازهای خود را در روان‌آموز بیابید. علاوه بر تنوع فوق‌العاده، موجودی مثبت تمام کتاب‌های مرجع در انبار روان‌آموز، بسته‌بندی منحصر به فرد، تخفیفات قابل ملاحظه روی جدیدترین چاپ و ویراست کتب، ارسال در سریع‌ترین زمان ممکن و برخورداری از خدمات تیم پشتیبانی نیز از دیگر مزایای تهیه کتاب‌های مرجع از فروشگاه روان‌آموز است.



درصد تطابق

می‌دانید که با مطالعه دقیق و کامل کتاب‌های جامع روان‌آموز، می‌توانید در هر درس، درصد بالایی در آزمون کسب کنید. برای تأیید این سخن، روان‌آموز هر سال با ارائه فایل مستندات دقیق، میزان پوشش‌دهی کتاب‌ها را محاسبه و منتشر می‌کند.



برای دانلود فایل مستندات درصدهای تطابق، QR code مقابل را اسکن کنید.

به نظر شما هواپیما چند درصد زمان پرواز را در مسیر از پیش تعیین شده حرکت می‌کند؟ صفر درصد! سیستم خلبان خودکار، در هر ثانیه هزاران بار اختلاف موقعیت فعلی هواپیما را با موقعیتی که باید در آن باشد، محاسبه کرده و دستورهای اصلاحی مورد نیاز را صادر می‌کند. رولف دوبلی در کتاب «هنر خوب زندگی کردن» می‌گوید: اصلاح، یک جزء همیشگی در مسیر زندگی است و رمز بقا و ماندگاری محسوب می‌شود.

ما هم در روان‌آموز هر چند تمام تلاشمان را برای ارائه بی‌عیب و نقص تمام کتاب‌ها انجام می‌دهیم اما معتقدیم، اصلاحات و اضافات را نباید دست‌کم گرفت. علاوه بر اینکه هرساله پس از برگزار شدن کنکور، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات به‌روز در تمامی درس‌ها مطابق با آخرین تغییرات کتاب‌های مرجع و منبع اصلی و شیوه طراحی تست طراحان کنکور می‌کنیم؛ کاری که کمتر مؤسسه‌ای می‌کند، اما باز هم پس از انتشار، این روند را متوقف نمی‌کنیم. مؤلفین و همکاران روان‌آموز همه‌روزه در حال مطالعه و تفحص در باب مباحث علمی و مشاوره‌ای کنکور هستند تا چنانچه محتوا و مطالب جدیدی به دستمان رسید، آن‌ها را با شما نیز به اشتراک بگذاریم. از آن‌جا که ما خود را در قبال داوطلبین و مخاطبینمان متعهد و مسئول می‌دانیم، این پروسه پیچیده و سخت برایمان شیرین و اثربخش است. ما در طول یک سال تحصیلی از این طریق با تمام افرادی که کتاب‌ها را تهیه کرده‌اند در ارتباط خواهیم بود و در صورت لزوم، محتواهای مکمل از جمله مقالات، مطالب علمی جدید و تست‌های مرتبط را در لینک‌های مربوطه بارگذاری خواهیم کرد. لازم به ذکر است استفاده از محتوای مکمل، فقط در همان سال و ویژه داوطلبانی است که کتب چاپ جدید را تهیه کرده‌اند. اطلاع‌رسانی‌ها در مورد انتشار محتوای جدید از طریق کانال‌های روان‌آموز در شبکه‌های اجتماعی انجام خواهد شد.





کلاس‌های نکته و تست

ماه‌های آخر، غالباً مهم‌ترین و سرنوشت‌سازترین بازه برای شماست؛ بازه‌ای که نیازمند انتخاب‌ها و تصمیمات صحیح و هوشمندانه است. کلاس‌های نکته و تست این امکان را برایتان فراهم می‌کنند تا با سبک و سیاق سؤالات کنکور خو گرفته و با خط مشی طراحان آشنا شوید. در مقابل کلاس‌های جامع که بیشتر متمرکز بر تدریس کامل نکات مهم منابع اصلی هستند و در کنار آن به تست‌ها هم می‌پردازند، کلاس‌های نکته و تست ماهیتشان حل سؤالات کنکور ده پانزده سال اخیر و مرور نکات مهم مطرح‌شده در این تست‌ها است. وجه تمایز مثبت این کلاس‌ها با مطالعه صرف تست‌های کنکور، رفع اشکال با همراهی مدرسان موفق است که به طور کامل به عناوین درسی مربوطه و سؤالات کنکور مسلط بوده و غالباً خود یکی از رتبه‌برترهای سال‌های گذشته بوده‌اند. همچنین این کلاس‌ها مملو از نکات کلیدی و سؤال خیزی است که در حین پاسخ‌گویی به تست‌ها، بازگو می‌شوند و به این ترتیب، این جلسات نه چندان طولانی، بستری مناسب و اثربخش برای جمع‌بندی، مرور و تثبیت مطالب نیز محسوب می‌گردند.



کلاس‌های جامع

یادگیری به طرق مختلفی اتفاق می‌افتد. بعضی اوقات خواندن یک کتاب و گاهی هم دیدن یک کلاس می‌تواند اثرات ژرفی بر ذهن شما بگذارد و تحقق اهدافتان را ملموس‌تر کند. با مشاهده کلاس‌های جامع روان‌آموز، گوش دادن فعال را خواهید آموخت و با همراهی مدرسینی کاربلد با قدرت بیان و سطح سواد بالا، فهم پیچیده‌ترین مطالب برایتان شیرین خواهد شد. کلاس‌های مجازی جامع که در بستر اینترنت و به صورت آنلاین و ضبط شده در استودیو ارائه شده‌است، به مدت یک‌سال قابلیت مشاهده و تکرار نامحدود دارند و با صرفه‌جویی در وقت شما، انتخاب ارزشمندی در دوران کنکور محسوب می‌شوند. در انتهای هر جلسه از این کلاس‌ها، آزمونک‌هایی برگزار می‌شود که هم به تثبیت مطالب کمک کرده و هم ارزیابی مناسبی از میزان فهم و یادگیری‌تان ارائه می‌نماید. پیش از این گفتیم که به روز بودن، از افتخارات روان‌آموز است؛ در همین راستا به‌روزرسانی‌ها و اصلاحاتی که همه ساله در خصوص کلاس‌های جامع ترتیب داده می‌شوند، برای داوطلبانی که قبلاً اقدام به تهیه کلاس‌ها نموده‌اند نیز اعمال می‌گردد.



فلش کارت‌های نارنگی

دقیقه‌ها، ارزشمندترین دارایی ما هستند و استفاده بهینه از آن‌ها، رمز موفق شدن در هرکاری است اما همه شما زمان‌های بلااستفاده‌ای دارید که در مسیرهای رفت و آمد، فواصل بین ساعات مطالعاتی، انتظار برای شروع کلاس‌ها و یا حتی در پایان شب و پیش از خواب از دست می‌روند. اینجاست که فلش‌کارت‌های نارنگی در هیبت قهرمان‌هایی کوچک ولی کار راه‌انداز، پا به عرصه میدان گذاشته و شما را از حمل کتاب‌های سنگین و قطور، نجات می‌دهند! فلش‌کارت‌های سؤال و پاسخ کوتاه نارنگی، همیشه همراه شما هستند، فرصت‌هایتان را به بهترین شکل احیا کرده و کمک می‌کنند تا مطالبی را که قبلاً مطالعه کرده‌اید، مرور و ارزیابی کنید. فلش‌کارت‌ها برای ایجاد آمادگی در آزمون‌های مختلف سراسری و کلاسی از جمله کنکور و امتحانات دانشگاهی، بسیار مفیدند و مهم‌ترین نکات کتاب‌های مرجع را به صورت دسته‌بندی‌شده، در عناوین درسی مختلف پوشش داده‌اند. اگر از رتبه‌برترها و نارنگی‌خورده‌های قدیمی‌تر روان‌آموز بپرسید، حتماً به شما خواهند گفت که در روزهای سخت و پرچالش پیش از کنکور، لذت خوردن یک پَر نارنگی آب‌دار، خوشمزه و سرشار از ویتامین، با هیچ چیز دیگری قابل قیاس نیست!



کارگاه‌های آموزشی

هر فصل از داستان زندگی، چالش‌های مخصوص به خودش را دارد. حتی اگر شما پیروز میدان قبلی بوده باشید، برای مبارزه در نبرد امروز، باید دوباره تحت تمرینات حرفه‌ای و درست قرار بگیرید تا ورزیده و آماده شوید. این نزدیک‌ترین و ساده‌ترین استعاره برای موفقیت در کنکور است. خیلی از دوستان شما در سالیان گذشته توانسته‌اند با روش‌های منحصربه‌فرد خود، موفق به کسب درصدهای بالا و لمس رویاهای تحصیلی و شغلی‌شان شوند؛ شما هم می‌توانید با پیدا کردن مسیر درست، این جاده را با کمترین خطرات پشت سر بگذارید. اما مسیر درست کدام است؟ روان‌آموز که هدفش همراهی همه‌جانبه داوطلبین کنکور و علاقه‌مندان به روان‌شناسی بوده و هست، برای این مرحله هم تدبیری اندیشیده است. ما سعی کرده‌ایم بستری فراهم کنیم تا در طی سال، با برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعدد، با موضوعات مختلف و اساتید متخصص، بتوانیم در ایجاد نگرشی واقع‌بینانه و شناختی درست در هر یک از شما نقشی مثبت ایفا کنیم. درون‌مایه کارگاه‌های آموزشی، غالباً مبتنی بر مباحث مشاوره‌ای از جمله ارائه اطلاعات جامع درباره کنکور، بررسی و معرفی رشته‌ها و گرایش‌های مختلف، انتخاب بهترین منابع، چگونگی برنامه‌ریزی و مطالعه متناسب با سبک‌های یادگیری، مدیریت فردی و ... است. دغدغه‌هایی که هر یک از شما در برهه‌های زمانی گوناگون با آن‌ها مواجه هستید، در کارگاه‌های آموزشی روان‌آموز، مورد کالبدشکافی قرار گرفته و سعی می‌شود تا درست‌ترین روش مدیریت این موارد آموزش داده شود. برای اطلاع از زمان برگزاری و شرکت در کارگاه‌های روان‌آموز، از جمله کارگاه بیس‌کمپ کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی، حتماً سایت و شبکه‌های اجتماعی ما را دنبال کنید.





خلاصه‌های الکترونیک

روان‌آموز برای شمایی که تمایل به آشنایی و مطالعه کتاب‌های مرجع روان‌شناسی به زبان اصلی دارید اما زمان یا دانش کافی برای مطالعه آن‌ها را ندارید، اقدام به تهیه فایل‌های خلاصه الکترونیک با نام «منشورهای روان‌آموز»، نموده است. کتاب‌های سنگینی که غالباً بیش از هزار صفحه حجم داشته و مطالعه آن‌ها در عمل، بالاخص در کشاکش کنکور، اگر غیرممکن نباشد، بسیار دشوار است. تیم ترجمه روان‌آموز، متشکل از مترجمین حرفه‌ای در کنار متخصصین علم روان‌شناسی، به تدوین و تهیه این فایل‌ها مشغول‌اند. فایل‌های الکترونیک روان‌آموز، در کامل‌ترین و در عین حال خلاصه‌ترین شکل و با بیانی رسا و روان، نگاشته شده‌اند و می‌توانند جایگزین مناسب کتاب‌های مرجع برای داوطلبینی باشند که فرصت مطالعه همه منابع را ندارند. علاوه بر این طی چندین سال اخیر، شاهد این بوده‌ایم که بسیاری از اساتید از سراسر کشور، این خلاصه‌ها را به عنوان منبعی برای واحد درسی دانشگاهی نیز معرفی کرده و بازخوردهای بسیار مثبتی داشته‌اند. منشورهای الکترونیک روان‌آموز در عناوین مهم و پرشماری از جمله نظریه‌های شخصیت، روان‌شناسی رشد، آسیب‌شناسی روانی، روان‌شناسی بالینی و ... تألیف شده‌اند. بدین ترتیب شما با صرف کم‌ترین میزان وقت و هزینه، نکات اساسی کتاب‌های مرجع زبان اصلی را تا حد تسلط می‌آموزید. راستی اگر هنوز برای تهیه منشورها مردد هستید باید بگوییم که علاوه بر نمونه‌های کوتاهی که از تمام منشورها در سایتمان موجود است، تا این لحظه دو منشور ارزشمند و پرمخاطب «خلاصه روان‌شناسی رشد و تحول انسان پاپالیا» و «خلاصه روان‌شناسی مرضی تحولی دادستان» هم به صورت کاملاً رایگان، برای استفاده شما عزیزان، در سایت روان‌آموز قرار گرفته است.



آزمون‌های جامع آزمایشی

اگر همراه چندین و چند ساله ما باشید حتماً به خاطر دارید که همیشه بزرگ‌ترین موفقیت‌هایمان را از صمیم قلب با شما شریک شده‌ایم تا طعم شیرین شادی‌ها چند برابر شود. داستان کمپین تستیک هم از همین‌جا آغاز شد. وقتی شما، که مرهون محبت‌های مدامتان هستیم، از اثرات مثبت بی‌اندازه‌ای گفتید که شرکت در آزمون‌های آزمایشی جامع روان‌آموز بر مسیر قبولیتان در کنکور گذاشته بود. این آزمون‌ها پس از تحلیل‌های عمیق، با ارائه تست‌های شبیه‌ساز کاملاً استاندارد و همسو با نگرش طراحان کنکور، فرصت خوبی را فراهم کرد تا داوطلبین سال‌های گذشته، نقاط ضعف و قوت خود را شناسایی کرده و عملکرد خود را محک بزنند. همان‌طور که گفتیم، امسال برای دومین سال با هدف دسترسی‌پذیری طیف گسترده‌ای از داوطلبین کنکور از سراسر کشور به این خدمت ویژه و کسب نتایج دلخواه، شرکت در سه مرحله آزمون آزمایشی جامع برای تمام مخاطبین کتب روان‌آموز رایگان شد. با فراهم کردن این بستر و عملیاتی شدن این کمپین مبتنی بر تست‌زنی صحیح برای آمادگی در کنکور ۱۴۰۵، آزمون‌های آزمایشی با جامعه آماری بی‌سابقه‌ای خواهیم داشت که نتایج آن تا حدود بسیار زیادی به واقعیت نزدیک بوده و پیش‌بینی نسبتاً دقیقی از وضعیت هر داوطلب در بین سایرین به دست می‌دهد. این سوپرایز ویژه، هدیه‌ای است از جانب روان‌آموز تا به سان همیشه که همراهی مشتاقانه‌اش را ثابت کرده، باز هم به شما یادآور شود که در این مسیر چیزهای بسیار مهم‌تری از مسائل مادی وجود دارد که تا بتوانیم و دستانمان برسد در سبب اخلاص تقدیمتان خواهیم کرد. به یاد داشته باشید که آزمون‌های آزمایشی، معیاری برای کیفیت مطالعه در سال کنکور هستند. با شرکت در آزمون‌های آزمایشی روان‌آموز، تجربه فضای جلسه کنکور را خواهید داشت و زمان‌بندی صحیح را نیز می‌آموزید. این آزمون‌ها به صورت مجازی و آنلاین برگزار می‌شوند و یکی از برجسته‌ترین مزیت‌هایشان، دفترچه‌های پاسخ تشریحی است که پس از هر آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گیرد. گنج‌نامه‌ای که تمام نکات مهم و کلیدی مباحث کنکوری را در بر گرفته و در جمع‌بندی و مرورهای آخر بسیار ثمربخش است. برای فعال کردن کوپن شرکت در آزمونتان، کافی است پس از ورود به لینک زیر، کد یکبار مصرف درج شده در صفحه شانزدهم کتاب را وارد کرده و فرم اطلاعات فردی را تکمیل کنید؛ سپس منتظر اطلاع‌رسانی‌های بعدی ما در بازه زمانی یک هفته پیش از هر آزمون باشید.

مرجع آموزش روانشناسی

کمپین مسئولیت اجتماع



تستیک

استیکرهای اختصاصی

در سال کنکور که همه شما نه تنها تحت فشار مطالعاتی زیاد هستید، بلکه فشار روانی سنگینی را هم متحمل می‌شوید و بازه‌ای بسیار حساس و سرنوشت‌ساز را پیش رو دارید، آنچه از اهمیت حیاتی برخوردار است، حفظ روحیه از طریق تقویت انگیزه است. روان‌آموز با طراحی استیکرهای اختصاصی با محوریت روان‌شناسی، در شمایی جذاب و فانتزی و با کیفیت متریال بالا در تلاش برای رفع این نیاز برآمده است. این استیکرها در طرح‌ها و رنگ‌های متنوعی عرضه شده‌اند و به راحتی قابل نصب در صفحات کتاب، پشت گوشی، میز مطالعه و ... هستند. پوسته چرمی، خاصیت ضد آب و ضد خش، دوام بالا و جذابیت بصری این رده از محصولات، محرک خوبی برای انگیزه و تلاشتان خواهد بود. علاوه بر این استیکرهای روان‌آموز می‌توانند انتخاب بسیار خوب و خوشحال‌کننده‌ای برای هدیه دادن به دوستان روان‌شناسان نیز باشند.



پوسترهای آموزشی

برداشتن گام‌های نو و گشودن مسیرهای بن‌بست، از چالش‌های موردعلاقه تیم روان‌آموز بوده و هست. ما همواره و پیوسته با اشتیاقی وصف‌ناشدنی در پی درنوردیدن قله‌های مرتفع پیش‌روییم و در این راه از هیچ تلاشی فروگذار نخواهیم کرد. پوسترهای آموزشی نیز، نمونه‌ای موفق از ابتکاری مدرن برای شما مخاطب سخت‌پسند امروزی است که علاوه بر کاربردهای فزاینده در یادگیری و بازآوری دانش عمیق روان‌شناسی، از منظر زیبایی‌شناسانه نیز تجلیگر خلاقیت و ذوق مصرف‌کنندگان است. به جرئت می‌توان گفت این اولین باری است که در سطح کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی چنین ایده‌ای اجرایی می‌شود. در برشمردن ویژگی‌های برجسته این محصولات می‌توان به تسهیل مرور و تکرار مداوم، تثبیت فرآیند یادگیری، جمع‌بندی دقیق و جزیه‌جز، حداکثر استفاده از حافظه تصویری، دسته‌بندی‌های ساده و قابل فهم، متمرکز بر نکات مهم کنکوری و قیمت به‌صرفه و کیفیت مناسبشان اشاره کرد. خالی از لطف نیست اگر دیوار اتاق هر روان‌شناسی خواننده‌ای مزین به این مفاهیم کلیدی و پرتکرار باشد.



برای مشاهده و سفارش این محصولات، QR code مقابل را اسکن کنید.



ستاره‌های روان آموز

نام و نام خانوادگی	رتبه کشوری در گرایش	سال	نام و نام خانوادگی	رتبه کشوری در گرایش	سال
پارسا کفشچی	۱ بالینی - ۱ بهداشت روان - ۱ سلامت	۱۴۰۳	مهتاب شرفیه	۱۸ بالینی - ۴۹ عمومی	۱۴۰۱
حدیثه حسینی	۱ بالینی - ۲ روان سنجی - ۱۱ عمومی - ۲۲ کودکان	۱۴۰۳	هدی ملاحسینی	۱۸ تربیتی	۱۴۰۲
زهره قاسمی	۱ بالینی - ۲ عمومی - ۵ کودکان - ۸ روان سنجی - ۲۳ تربیتی	۱۴۰۱	نیکناز اتحاد	۱۸ کودکان - ۳۷ عمومی	۱۴۰۲
فانزه قدیمی	۱ بالینی	۱۳۹۸	آرزو زنجیر مقدم	۱۹ بالینی کودک - ۲۱ بالینی - ۲۹ سلامت	۱۳۹۹
نیما فریدنی	۱ تربیتی - ۴۷ کودکان	۱۳۹۹	مجتبی احمدیان	۱۹ بالینی - ۲۳ روان سنجی - ۲۷ عمومی - ۴۶ کودکان	۱۴۰۲
مرضیه رحیمی	۱ کودکان - ۱۸ روان سنجی - ۲۱ تربیتی	۱۴۰۲	فاطمه عموزاده	۱۹ بالینی	۱۴۰۰
زهره حسینی	۲ بالینی - ۲ بالینی کودک - ۲ بهداشت روان - ۴ سلامت	۱۴۰۳	زینب جعفری	۱۹ روان سنجی - ۳۰ عمومی - ۴۸ کودکان	۱۴۰۲
مهرناز یوسفی	۲ بالینی - ۶ عمومی - ۱۵ کودکان - ۲۲ روان سنجی	۱۴۰۱	مهسا کشاورز	۲۰ بالینی	۱۴۰۰
مهسا محمدی	۲ عمومی - ۹ بالینی	۱۳۹۹	محدثه غفاری	۲۰ عمومی - ۲۸ کودکان - ۳۷ روان سنجی - ۴۸ بالینی	۱۴۰۳
معصومه حسینی عبد	۲ تربیتی - ۲۵ کودکان	۱۴۰۲	نازنین سلیمی	۲۰ عمومی - ۳۲ کودکان - ۴۸ بالینی	۱۴۰۲
پارسا کفشچی	۳ بالینی - ۳۷ عمومی - ۴۷ روان سنجی	۱۴۰۳	حاجیه قمی	۲۰ کودکان - ۲۸ عمومی	۱۴۰۲
فریبا میری	۳ بالینی - ۱۰ عمومی - ۳۹ کودکان	۱۳۹۸	علیرضا باغبان	۲۰ روان سنجی	۱۴۰۱
آرین عمرانی	۳ عمومی - ۵ بالینی - ۱۴ روان سنجی - ۴۰ کودکان	۱۴۰۳	حاجیه پورقوام	۲۲ بالینی - ۲۶ عمومی	۱۴۰۲
سحر ابراهیمی فرد	۳ روان سنجی - ۲۵ کودکان	۱۴۰۳	سپهر سلیمیان	۲۳ عمومی - ۳۷ روان سنجی - ۴۶ بالینی	۱۴۰۲
نجمه نوری	۳ روان سنجی	۱۴۰۰	کیما ابراهیمی	۲۴ عمومی	۱۴۰۲
مجتبی حدائق	۴ بالینی - ۸ عمومی - ۱۲ روان سنجی - ۲۳ کودکان - ۳۰ تربیتی	۱۴۰۱	رحانه قائم مقامی	۲۵ بالینی	۱۴۰۲
امیرحسین ارفع رحیمیان	۴ عمومی - ۶ بالینی - ۱۰ روان سنجی - ۱۳ کودکان	۱۳۹۹	سیمما قاسمی	۲۵ عمومی	۱۴۰۳
فاطمه جمالی نوروزآبادی	۴ عمومی - ۵ روان سنجی - ۶ کودکان - ۱۰ بالینی - ۳۲ تربیتی	۱۴۰۳	علی جعفری	۲۶ تربیتی	۱۴۰۳
مهدیه ابوطالبی	۴ تربیتی	۱۴۰۳	ویدا کوییمما	۲۷ بالینی - ۲۸ بالینی کودک - ۳۱ بهداشت روان	۱۴۰۱
سارا صابری	۴ کودکان - ۸ عمومی - ۱۲ بالینی - ۱۲ روان سنجی	۱۴۰۱	علی جولایی	۲۶ کودکان - ۴۰ روان سنجی	۱۴۰۰
فاطمه بهبودی	۴ کودکان - ۱۱ روان سنجی	۱۳۹۹	نیکیو صیوری	۲۷ تربیتی	۱۴۰۱
زینب صالح زاده	۵ بالینی کودک - ۵ سلامت - ۷ بالینی - ۱۵ بهداشت روان	۱۴۰۲	رحانه گل گوشت	۲۸ بالینی - ۲۸ عمومی - ۳۴ کودکان - ۴۸ روان سنجی	۱۴۰۱
فاطمه شاکری	۵ بهداشت روان - ۹ سلامت - ۱۲ بالینی - ۱۸ بالینی کودک	۱۴۰۲	نسا نبهانی	۲۸ عمومی - ۵۰ بالینی	۱۴۰۳
فرزانه قیومی	۵ بالینی - ۳۲ عمومی - ۲۸ روان سنجی	۱۴۰۱	عالیه مرادی	۲۸ عمومی	۱۴۰۰
محمدعلی حائری	۵ بالینی - ۴۰ عمومی	۱۴۰۰	روشان موسوی	۲۸ روان سنجی - ۳۵ بالینی - ۳۶ عمومی	۱۴۰۳
رویا نجارباشی	۵ عمومی - ۸ روان سنجی - ۳۱ کودکان - ۴۶ تربیتی	۱۴۰۳	زهره قیومی محمدی	۲۹ تربیتی	۱۴۰۲
علی سلیمی	۵ عمومی - ۱۲ بالینی - ۳۱ کودکان - ۳۴ روان سنجی	۱۴۰۱	فاطمه رجایی	۳۱ بالینی	۱۴۰۱
علیرضا محمودی	۵ عمومی - ۹ روان سنجی - ۱۱ کودکان - ۱۶ بالینی - ۲۵ تربیتی	۱۴۰۰	ملیکا بهرامی	۳۱ بالینی	۱۳۹۹
زهره آقا جانی	۵ کودکان - ۳۲ عمومی - ۳۵ بالینی	۱۳۹۹	شیوا عباس زاده	۳۱ عمومی - ۴۷ بالینی	۱۴۰۱
زهره قاسمی	۶ بهداشت روان - ۱۰ سلامت - ۱۶ بالینی - ۱۶ بالینی کودک	۱۴۰۱	مهدی میرویان	۳۲ بهداشت روان - ۳۶ سلامت - ۵۰ بالینی	۱۴۰۰
انوشا ناصرطاهری	۶ عمومی - ۷ بالینی - ۸ روان سنجی - ۱۰ کودکان - ۲۷ تربیتی	۱۴۰۰	نقیسه طاهرینا	۳۲ عمومی - ۲۹ بالینی	۱۴۰۳
نیما ربیعی	۶ عمومی - ۲۸ روان سنجی	۱۴۰۲	مریم علوی	۳۲ عمومی	۱۴۰۲
علیرضا باغبان	۷ بهداشت روان - ۱۸ سلامت - ۳۴ بالینی - ۳۴ بالینی کودک	۱۴۰۱	فاطمه شاکری	۳۳ عمومی	۱۴۰۲
امیرمهدی امرانی	۷ بهداشت روان - ۲۳ سلامت	۱۴۰۱	زهره سیدمیری	۳۴ عمومی - ۳۷ بالینی	۱۴۰۲
ساینا فتح الله زاده	۷ سلامت - ۸ بهداشت روان - ۱۰ بالینی - ۱۰ بالینی کودک	۱۳۹۹	فاطمه مشکوری	۳۴ عمومی	۱۴۰۲
علیرضا رازع	۷ عمومی - ۱۱ بالینی - ۱۷ روان سنجی - ۲۳ کودکان	۱۴۰۲	نگار موسیوند	۳۴ روان سنجی - ۴۳ عمومی - ۴۶ بالینی	۱۴۰۲
سارا جلوداری	۷ عمومی - ۱۵ کودکان - ۲۳ روان سنجی - ۴۴ بالینی	۱۴۰۰	پریسا کیاد	۳۵ کودکان - ۴۲ روان سنجی	۱۴۰۱
مرضیه زمانی	۷ تربیتی	۱۴۰۱	سپیده کاربان	۳۷ بالینی	۱۴۰۰
ندا قلی پور	۸ بالینی - ۱۰ بالینی کودک - ۹ سلامت - ۱۰ بهداشت روان	۱۴۰۱	حسین اعلا	۳۸ عمومی - ۴۰ بالینی	۱۴۰۰
زینب صالح زاده	۸ بالینی - ۸ عمومی - ۱۴ کودکان - ۱۵ روان سنجی	۱۴۰۲	محمدتقی صانعی فر	۳۸ تربیتی - ۴۱ عمومی - ۴۹ کودکان	۱۴۰۳
نجمه نوری	۹ بالینی کودک - ۱۱ بالینی - ۱۵ سلامت - ۲۱ بهداشت روان	۱۴۰۲	مهدی شایسته پور	۳۸ روان سنجی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۲
زهره احمدی	۹ بالینی - ۳۸ کودکان - ۴۰ عمومی - ۵۴ روان سنجی	۱۴۰۱	فاطمه کشاورز	۳۹ بالینی	۱۴۰۲
سعید پایدارفرد	۹ عمومی - ۲۹ روان سنجی - ۳۰ کودکان - ۳۶ بالینی	۱۴۰۰	رحانه نصرتی	۳۹ عمومی	۱۴۰۲
سینا فخارزاده	۹ کودکان - ۳۵ تربیتی - ۳۸ روان سنجی	۱۴۰۳	یاسمن کریمی	۳۹ عمومی - ۴۳ روان سنجی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۱
امیرحسین حیدری	۹ روان سنجی - ۱۱ عمومی - ۲۶ بالینی - ۲۹ کودکان - ۴۴ تربیتی	۱۴۰۲	فاطمه بیری	۳۹ کودکان - ۴۷ عمومی	۱۴۰۱
فاطمه جمالی	۱۰ بالینی - ۳۵ عمومی	۱۴۰۲	زهره نجیبی	۳۹ روان سنجی	۱۴۰۱
پریسا شاه حسینی	۱۰ تربیتی	۱۴۰۳	فرزانه عبدی	۴۰ بالینی	۱۴۰۱
مهسا هونجانی	۱۱ بالینی	۱۳۹۸	سمانه مرادی گلریز	۴۰ عمومی - ۴۱ بالینی	۱۴۰۳
نگین قاسمی	۱۲ بالینی - ۲۲ روان سنجی	۱۴۰۳	فاطمه جعفری رابنی	۴۱ بالینی	۱۴۰۲
سپیده سمائی	۱۲ بالینی - ۳۹ عمومی	۱۳۹۹	فاطمه کرمانی	۴۱ بالینی - ۴۲ عمومی	۱۴۰۱
گلناز حسن زاده	۱۲ عمومی - ۱۲ تربیتی	۱۴۰۲	سهیل ابوسعیدی	۴۰ کودکان	۱۴۰۱
پریا الفتی	۱۲ عمومی - ۱۴ روان سنجی - ۲۴ بالینی - ۲۷ کودکان - ۳۴ تربیتی	۱۴۰۱	فاطمه خسروانجام	۴۲ بالینی - ۴۸ عمومی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۰
مریم آرین فرد	۱۲ کودکان - ۳۴ بالینی - ۳۹ عمومی - ۴۴ روان سنجی	۱۴۰۳	علی خدایانه	۴۳ عمومی	۱۴۰۱
نگین قاسمی	۱۳ بالینی کودک - ۱۵ بالینی - ۱۸ سلامت - ۳۱ بهداشت روان	۱۴۰۳	ترکس قهرانی	۴۴ بالینی	۱۳۹۹
زهره کریمی فرد	۱۳ بالینی	۱۴۰۲	شقایق کارگر	۴۴ کودکان	۱۴۰۳
زینب قاسمی	۱۳ بالینی	۱۳۹۸	شقایق احمدی	۴۴ کودکان - ۴۶ تربیتی	۱۴۰۲
سینا صبور	۱۳ عمومی - ۲۱ روان سنجی - ۲۶ بالینی - ۳۹ کودکان	۱۴۰۰	فاطمه ایمانی	۴۵ عمومی	۱۴۰۰
فاطمه نیکدار اصل	۱۳ کودکان	۱۴۰۳	محمد مهدی اکبرزاده	۴۶ بالینی	۱۴۰۱
سارا الله وردی	۱۴ بالینی - ۲۲ عمومی - ۳۱ روان سنجی - ۴۲ کودکان	۱۳۹۹	مریم میراشه	۴۷ بالینی	۱۴۰۰
محمد رضا عمومی	۱۴ عمومی - ۱۴ روان سنجی - ۲۴ بالینی - ۳۷ کودکان	۱۴۰۲	سید وحید جاهدی	۴۷ کودکان	۱۴۰۳
نیما خوش فطرت	۱۵ عمومی - ۱۷ روان سنجی - ۲۳ کودکان - ۳۶ تربیتی - ۳۹ بالینی	۱۴۰۱	وحید جاهدی	۴۷ کودکان	۱۴۰۲
رفیه حکیمی	۱۶ تربیتی	۱۴۰۳	یاسمن امیری	۴۷ روان سنجی	۱۴۰۲
فاطمه شاه حیدری پور	۱۷ بالینی - ۲۷ روان سنجی - ۴۱ عمومی - ۴۹ کودکان	۱۴۰۲	کوثر یوسفی	۴۸ بالینی	۱۴۰۰
طلاها سلاجقه	۱۷ بالینی	۱۳۹۹	زهره کارگر	۴۸ تربیتی	۱۴۰۲
محمد ذاکری نژاد	۱۷ عمومی - ۱۸ بالینی - ۳۳ کودکان - ۳۳ روان سنجی	۱۴۰۱	زهره نیایش راد	۴۸ تربیتی	۱۴۰۱
فاطمه اسماعیلی	۱۷ تربیتی	۱۴۰۲	آیسودا راکتی	۵۰ تربیتی	۱۴۰۳
نیما خوش فطرت	۱۷ روان سنجی - ۲۳ کودکان - ۳۶ تربیتی - ۳۹ بالینی	۱۴۰۱			



برای اطلاع از ستاره‌های سال ۱۴۰۴ روان آموز، QR code مقابل را اسکن کنید.
راستی تا به حال از خودتان پرسیده‌اید چرا شما یکی از هزار هزار ستاره ما نباشید؟!

داوطلب وزارت علوم
داوطلب وزارت بهداشت

دوازده

نظرات رتبه برترها

پارسا کفشچی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۳

از کتاب‌های مختلف روان‌آموز مخصوصاً رشد، علم‌النفس و پکیج ایستگاه آخر استفاده کردم که نظم خوبی به ذهنم داد و خیلی بهم کمک کرد. ایستگاه آخر دقیقاً شبیه دفترچه‌های کنکوره و اضطراب کنکور رو کم می‌کنه.

معصومه حسینی عبد - رتبه ۲ کنکور ۱۴۰۲

آزمون‌های آزمایشی روان‌آموز، زمینه خوبی برای رقابت و سنجش آموخته‌هام فراهم کرد و فهمیدم برای بهبود رتبه‌ام باید کدوم منابع رو مطالعه کنم. پکیج ۱۰ سال کنکور روان‌آموز هم فرصت خوبی برای جمع‌بندی در روزهای پایانی بود.

زینب صالح‌زاده - رتبه ۸ کنکور ۱۴۰۲

هیچ دانشجوی روان‌شناسی نیست که روان‌آموز رو نشناسه. من هم از ابتدا می‌دونستم که روان‌آموز، بهترین کتاب‌ها رو در حوزه کنکور داره و اغلبشون رو داشتم و برام خیلی مفید بود. حتی در کنکور بهداشت هم خیلی کمکم کرد و اونجا هم رتبه ۷ بالینی شدم. روان‌آموز برایم یک راهنما و منبع مطمئن بود و از پیجش حال خوب می‌گرفتم.

محمد احمدوند - رتبه ۱۲ کنکور ۱۴۰۱

خوشبختانه پوشش جامع کتاب‌های روان‌آموز باعث شد که بی‌نیاز از مطالعه منابع اولیه باشم؛ این مسئله به ویژه درباره کتاب آسیب‌شناسی روانی صدق می‌کرد.

مرضیه زمانی - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۱

یک بار در آزمون آزمایشی شرکت کردم که در ترتیب پاسخ‌گویی به دروس خیلی کمکم کرد. فلش‌کارت‌های نازنگی رو داشتم. از کارگاه رشد خانم خجوی هم استفاده کردم. همچنین ممنونم از شون که به سری خدمات آموزشی در سایت روان‌آموز رو رایگان در اختیار داوطلبین قرار می‌دن.

سینا محمدباقری - رتبه ۳ کنکور ۱۴۰۰

با توجه به پراکندگی منابع، حجم گسترده و محدودیت زمانی که داشتم، دنبال یک منبع جامع و در عین حال اقتصادی می‌گشتم و در نهایت کتاب روان‌آموز رو انتخاب کردم و کاملاً راضی بودم.

فاطمه ایمانی - رتبه ۴۵ کنکور ۱۴۰۰

کلاس‌های بالینی و رشد خانم خجوی عبور از چالش رو برام ممکن کرد. بازخورد خوبی هم از یادگیریم می‌گرفتم. رشد سه برابر درصدهام رو نشون می‌داد. تمام مطالب سخت و مبهمی که برام وجود داشت با توضیحات عمیق خانم دکتر به نقطه قوت تبدیل شدن. مؤسسه روان‌آموز با تمام کتاب‌ها و کلاس‌ها و فلش‌کارت‌ها یک مرجع بی‌کم و کاست برای کنکور روانشناسیه.

انوشا ناصرطاهری - رتبه ۶ کنکور ۱۴۰۰

مطالعه برای ارشد روانشناسی رو از سایت روان‌آموز شروع کردم. رفرنس‌های معرفی شده رو پیدا کردم و خوندم. از کتاب‌های روان‌آموز استفاده کردم و راضی بودم چون پوشش‌دهی خوبی از نکات اصلی داره.

حدیثه حسینی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۳

رشد، بالینی و آسیب روان‌آموز رو خوندم که پوشش خیلی خوبی داره و کافیه. کلاس‌ها هم همین‌طور. روان‌آموز تو سال کنکور یه دلگرمیه.

فائزه جمالی - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۳

روان‌آموز بهترین همراه سال کنکوره. مهم‌ترین ویژگیش هم اینه که آدم رو از خوندن منابع متعدد نجات می‌ده. من فقط کتاب‌های روان‌آموز رو چندین بار خوندم و آزمون رو شرکت کردم. خب نتیجه هم گویاست. نیاز به مطالعه هیچ کتاب دیگه‌ای نیست.

مرضیه رحیمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۲

با روان‌آموز از طریق خواهرم آشنا شدم که قبل از من کنکور کارشناسی ارشد داده بود. من، هم از کتاب‌ها و هم فلش‌کارت‌های نازنگی استفاده کردم و خیلی بهم کمک کردن. برای جمع‌بندی هم کلاس روانشناسی عمومی روان‌آموز برای مرور مطالب، خیلی مفید بود و همشون رو به بچه‌ها پیشنهاد می‌کنم.

علیرضا زارع - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۲

دوستی که منابع رو بهم معرفی کرد، از روان‌آموز به عنوان منبع معتبر و قابل اطمینانی یاد کرد. من هم از کتاب رشد روان‌آموز، کلاس مجازی انگیزش و هیجان و همین‌طور تست‌های تألیفی آسیب و بالینی استفاده کردم که خیلی خوب بود و بهم کمک کرد.

زهرا قاسمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۱

اصلاً باور نمی‌کردم همونطور که در آزمون جامع روان‌آموز رتبه تک‌رقمی شدم، در کنکور واقعی هم همینطور بشه. من از کتاب‌ها، کلاس‌ها و فلش‌کارت‌های نازنگی خیلی استفاده کردم و به نظرم واقعاً اثرگذار بود.

مجتبی حدائق - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۱

کلاس‌های رشد و بالینی خانم دکتر خجوی خیلی جامع مباحث رو پوشش می‌دادن و من دو هفته آخر برای دوره و مرور بهشون تکیه کردم و برای شخص من خیلی مفید و کاربردی بودن.

زهرا احمدی - رتبه ۹ کنکور ۱۴۰۱

من از کتاب‌ها و کلاس‌های روان‌آموز استفاده کردم. قطعاً نقش پررنگی در این مسیر داشت و اگر این کتاب‌ها به این خوبی تألیف نمی‌شدند، جمع‌آوری این نکات از کتب مختلف قطعاً کار طاقت‌فرسا و غیرممکنی بود. آزمون جامع مرحله یک رو هم شرکت کردم و در اون آزمون به نظرم سؤال‌های خیلی خوبی طرح شده بود.

سارا صابری - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۰

از همه محصولات روان‌آموز از جمله کلاس رشد و بالینی و کتاب‌ها استفاده کردم. واقعاً ممنونم که در سال کنکور نه مثل مؤسسه‌های کنکوری، بلکه مثل یک دوست واقعی کنارمون بودن.

محمدعلی حائری - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۰

لازم می‌دونم که یک تشکر ویژه از مجموعه روان‌آموز داشته باشم که واقعاً در موفقیت من مؤثر بود و به کنکوری‌های آینده هم کتاب‌ها و جزوات و مخصوصاً فلش‌کارت‌های نازنگی روان‌آموز رو پیشنهاد می‌کنم.

سارا جلوداری - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۰

من خیلی خوشحالم که در مسیر کنکور روان‌آموز رو کنارم داشتم؛ چون تیم کاملیه. چه از نظر منابع درسی و کلاس‌های آنلاین و چه از نظر طرح‌های مشاوره، انتخاب مناسبیه.

اگر مایلید مصاحبه‌های روان‌آموز با رتبه‌های تک‌رقمی را ببینید و از سرگذشت رتبه‌های برتر در سال کنکورشان مطلع شوید، QR code مقابل را اسکن کنید.



ارجمندنیا، علی اکبر و همکاران (۱۴۰۲). روان‌شناسی آموزش کودکان با نیازهای ویژه. تهران: نشر سمت.

افروز، غلامعلی (۱۴۰۲). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان/استثنائی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

بولاند، رابرت؛ وردوین، ال مارسیا؛ روئیز، پدرو (۱۴۰۱). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی (ویراست دوازدهم). ترجمه: فرزین رضاعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.

سیف‌نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۴۰۳). روان‌شناسی و آموزش کودکان/استثنائی. تهران: نشر ارسباران.

گنجی، مهدی (۱۴۰۱). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان.

گنجی، مهدی (۱۴۰۱). روان‌شناسی کودکان/استثنائی براساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان.

مش، اریک و ولف، دیوید (۱۳۹۶). روان‌شناسی مرضی کودک (ویراست ششم). ترجمه: پرویز شریفی درآمدی و همکاران. تهران: نشر ویرایش.

میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۴). روان‌شناسی کودکان/استثنائی. تهران: دانشگاه پیام نور.

میلانی‌فر، بهروز (۱۴۰۲). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان/استثنائی. تهران: نشر قومس.

وایس، رابرت (۱۴۰۱). آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان (ویراست سوم). ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران.

وایس، رابرت (۱۳۹۷). روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان. ترجمه: مهدی گنجی و همکاران. تهران: نشر ساوالان.

هالاها، دانیل و کافمن، جیمز (۱۴۰۳). دانش آموزان/استثنائی (ویراست نهم). ترجمه: حمید علیزاده و همکاران. تهران: نشر ویرایش.

هیوراد، ویلیام و همکاران (۱۴۰۱). کودکان/استثنائی (مقدمه‌ای بر آموزش ویژه) (ویراست یازدهم). ترجمه: سمیه کشاورز، علیرضا کاکاوند و مهتاب محمدی. تهران: نشر ویرایش.



۰۲۱۸۲۸۰۸۱۸۰



info@ravanamooz.ir



۱۰۷۷۰۸۰



ravanamooz_team



ravanamooz.ir



ravanamooz



ravanamooz

ارتباط با ما



ravanamooz



company/ravanamooz



فصل ۱/ کودکان استثنایی	۱۷
فصل ۲/ معلولیت ذهنی	۳۶
فصل ۳/ کودکان تیزهوش	۸۱
فصل ۴/ کودکان ناشنوا و کم‌شنوا	۹۸
فصل ۵/ کودکان نابینا و کم‌بینا	۱۱۳
فصل ۶/ کودکان با اختلالات عصبی‌رشدی	۱۳۲
فصل ۷/ اختلالات ارتباطی	۱۵۲
فصل ۸/ اختلال یادگیری خاص	۱۷۳
فصل ۹/ معلولیت‌های متعدد و شدید	۲۰۷
فصل ۱۰/ معلولیت‌های جسمی و مشکلات فیزیکی	۲۱۷
سؤالات کنکور ۱۴۰۴	۲۳۲

فهرست مطالب

خوشحالیم که روان‌آموز را انتخاب کرده‌اید و در مسیر تبدیل شدن به یک روان‌شناس خبره، فرصت در کنار تان بودن را داریم. تمام تلاش ما این است که همراه بهتری باشیم.

حالا که به انتهای این فهرست رسیده‌اید برای بهبود این همراهی، به همکاریتان نیاز داریم. حتی یک ایده که به نظر خودتان شاید خیلی کوچک بیاید، ممکن است برای ما حسابی راهگشا باشد. در این لینک می‌توانید ایده‌هایتان را با ما به اشتراک بگذارید. یک فرم نظرسنجی هم خواهید دید که پاسخ‌گویی به آن، با جوایز ارزنده‌ای همراه است که پس از کنکور به قید قرعه تقدیم خواهد شد. برای ثبت ایده یا شرکت در نظرسنجی QR code را اسکن کنید.



داستان یک سفر

امید داریم لذت گشت و گذار در دنیای این کتاب به جانتان بنشیند. خوشحال می‌شویم اگر قبل از شروع کتاب، اهداف و رؤیاهای خود را در این زمینه بنویسید و عکس این صفحه را برای شرکت در کمپین داستان یک سفر و دریافت جوایز ارزنده، برای ما ارسال کنید.

کوپن اختصاصی ثبت نام رایگان آزمون‌های آزمایشی جامع روان آموز

پس از اسکن QR code، نوار زیر را خراشیده و سپس از کد یک بار مصرف مربوطه برای ثبت نام استفاده کنید.



کودکان در مقابل فشارهای زندگی واکنش‌های سریع و شدیدی نشان می‌دهند و به همان سرعت هم زمانی که فشارهای زندگی از بین رفت، بهبود پیدا می‌کنند. از آنجاکه کودکان از نظر شخصیتی نارس و نابالغ هستند، در مقابل فشار و ناراحتی، اختلالات رفتاری در آن‌ها ظاهر می‌شود. کودک نمی‌تواند در مورد احساسات خود صحبت کند ولی می‌تواند آن‌ها را به زبان علائم جسمانی، مانند بی‌اشتهایی، دل‌درد، سردرد، استفراغ یا دیگر اختلالات رفتاری بیان کند.

در روان‌شناسی کودکان استثنایی به بررسی چه مواردی می‌پردازیم؟ در روان‌شناسی کودکان استثنایی به اختلالات ناشی از ضایعات عضوی مغز که باعث نارسایی رشد قوای ذهنی می‌شوند، مسائل و مشکلات تربیتی، مسائل آموزشی و روانی این نوع کودکان و خانواده‌های آنان، به‌علاوه کودکان تیزهوش، کودکان ناسازگار یا دشوار و اختلالات عملی رشد و آثار روانی در مبتلایان به اختلالات حسی حرکتی پرداخته می‌شود.

لغت استثنایی اصولاً یک اصطلاح آموزشی است. هریک از انسان‌ها در مفهوم عام استثنایی هستند، زیرا با یکدیگر از ابعاد مختلف، تفاوت دارند، اما این تفاوت‌ها در اکثر آن‌ها چشمگیر نیست و به همین دلیل، آن گروه را اصطلاحاً گروه هنجار یا متوسط می‌نامیم. هر فرد با تمام افراد دیگر تفاوت‌هایی دارد و این تفاوت‌ها را **تفاوت‌های بین فردی** می‌نامند.

همچنین، استعدادها و توانایی‌های مختلف یک فرد نیز باهم هم‌سنگ نیستند که این را **تفاوت درون فردی** می‌نامند.

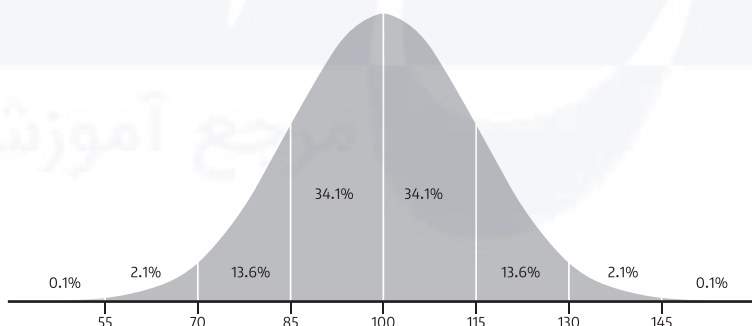
عمر فاروق تفاوت‌های بین فردی را به این شکل بیان می‌کند: (۱) تفاوت‌های جسمانی و ظاهری، (۲) تفاوت‌های سنی، (۳) تفاوت‌های جنسی، (۴) تفاوت‌های هوشی، (۵) تفاوت‌های هیجانی، (۶) تفاوت در سازش اجتماعی، (۷) تفاوت در علایق، (۸) تفاوت در نگرش‌ها، (۹) تفاوت در ارزش‌ها، (۱۰) تفاوت در عادات یادگیری، (۱۱) تفاوت در مهارت‌های روانی حرکتی، (۱۲) تفاوت در خودپنداره.

عوامل مؤثر در تفاوت‌های فردی نیز عبارت‌اند از: (۱) وراثت، (۲) محیط.

امروزه تقریباً تمام روان‌شناسان معتقدند که **وراثت و محیط** با هم تعامل می‌کنند و بر هوش و توانایی‌های ذهنی افراد تأثیر می‌گذارند.

درحالی‌که آنچه در کتاب حاضر از مفهوم استثنایی مدنظر است، در حقیقت وجود تفاوت‌های فاحش در برخی انسان‌ها است. برای اینکه بتوانیم تفاوت‌های بین فردی و درون فردی را دقیق‌تر بسنجیم و به مفهوم استثنایی پی ببریم به وسایلی برای سنجش نیاز داریم، در این قسمت به‌طور خلاصه به شرح این وسایل می‌پردازیم:

آزمون‌های روانی: برای ساختن آزمون‌های روانی و تعبیر و تفسیر نتایج، از منحنی احتمالات طبیعی فرضی استفاده می‌شود. براساس نمودار منحنی نرمال استاندارد، داده‌هایی که از ۲+ به بعد و از ۲- به قبل قرار دارند، جزو افراد استثنایی محسوب می‌شوند. براین اساس، ۲/۲۷ درصد افراد تیزهوش و ۲/۲۷ درصد افراد، عقب‌مانده ذهنی هستند؛ یعنی افراد استثنایی شامل افرادی با بهره هوشی کمتر از ۷۰ و بیشتر از ۱۳۰ هستند و بقیه افراد (۹۵/۴۶ درصد) در محدوده هوش طبیعی قرار دارند.



برای سنجش تفاوت‌های بین فردی و درون فردی می‌توانیم از آزمون‌های زیر استفاده کنیم:

آزمون استنفورد-بینه: با این مقیاس می‌توان بهره هوشی را محاسبه کرد.

آزمون وکسلر: این مقیاس نه تنها بهره هوشی کلی را مشخص می‌کند، بلکه بهره هوشی کلامی و بهره هوشی غیرکلامی را نیز اندازه می‌گیرد.

شاخص بلوغ اجتماعی واینلند: این شاخص یکی از مقیاس‌های تعیین رشد اجتماعی است که با میزان توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود در زندگی روزمره سروکار دارد. این مقیاس ۱۱۷ ماده یا سؤال دارد که براساس سن کودکان تقسیم می‌شود. سؤال‌های این آزمون را می‌توان به هشت طبقه تقسیم کرد:

(۱) خودیاری عمومی

(۲) خودیاری در غذا خوردن

(۳) خودیاری در لباس پوشیدن

(۴) خودرهبی

(۵) اشتغال

(۶) ارتباط

(۷) جنبش

(۸) اجتماعی شدن

براساس نمرات کسب‌شده آزمودنی در این آزمون، می‌توان سن اجتماعی و بعد آنچه اصطلاحاً بهره اجتماعی نامیده می‌شود را محاسبه کرد. شاخص سنجش رفتار تطابقی نقص ذهنی آمریکا: این مقیاس به وسیله AAMD یا همان American Association of Mental Deficiency، که یک انجمن آمریکایی در حوزه نقص ذهنی است، ساخته شده است. این مقیاس به دو بخش تقسیم می‌شود: بخش اول آن، شامل بررسی ده حوزه قابلیت که دربرگیرنده کارکردهای مربوط به خودمختاری یا استقلال شخصی، رشد فیزیکی، رشد زبان و فعالیت‌های شغلی و حرفه‌ای است؛ بخش دوم آن، شامل بررسی دوازده حوزه از رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد که دربرگیرنده رفتارهای ضد اجتماعی، بی‌اعتمادی، گوشه‌گیری، رفتارها یا شیوه‌های نامناسب، عادت‌های غیرقابل پذیرش یا انحرافی و بیش‌فعالی است. این مقیاس معمولاً توسط معلم برای آزمودنی تکمیل می‌شود، در نتیجه می‌توان گفت که این مقیاس بر رفتارهای داخل مدرسه متمرکز است.

سیاهه رفتار تطابقی کودکان (ABIC): این وسیله یا مقیاس به وسیله مرسر و لی‌واز ساخته شده است. این وسیله شامل بیش از ۲۰۰ سؤال و شش طبقه است که عبارت‌اند از: خانواده، اجتماعی، ارتباط با هم‌سالان، نقش‌های مربوط به فعالیت‌های فوق برنامه مدرسه، دادوستدهای روزانه و مراقبت از خود. توجه داشته باشید که این مقیاس رفتارهای خارج از محیط مدرسه را بررسی می‌کند.

آزمون ITPA: این آزمون توسط کرک و همکارانش ساخته شده است و بدین جهت ساخته شده است که نقطه شروعی برای تعیین مواد و روش آموزش مناسب با توجه به تفاوت‌های بین فردی و درون فردی دانش‌آموزان استثنایی به وجود آورد. این آزمون شامل ۱۲ قسمت است که عملکرد دانش‌آموز را در جهات مختلف اندازه می‌گیرد. در حال حاضر این آزمون بیشتر برای تشخیص تفاوت‌های درون فردی به کار می‌رود.

قطعاً استفاده از مقیاس‌های مختلف بسیار کمک‌کننده است، اما یادتان نرود که واکنش‌هایی که کودکان استثنایی از خود نشان می‌دهند، دارای ویژگی‌های خاصی است، در نتیجه آموزگاران، مشاوران تحصیلی و تربیتی اولین کسانی هستند که به محدودیت‌های کودکان پی می‌برند.

در آمریکا به تمام کودکانی که به نحوی با کودکان هم‌سن خود تفاوت داشته باشند، **استثنایی** گفته می‌شود؛ برای مثال، هم یک کودک تیزهوش و هم یک کودک نابینا، استثنایی خوانده می‌شوند.

در انگلستان لغت استثنایی فقط برای تیزهوشی به کار می‌رود و سایر کودکانی که به دلایلی باید تحت حمایت باشند، **کودکان ویژه** نامیده می‌شوند.

کودکان ویژه یازده گروه هستند: (۱) کودکان مبتلا به قند، (۲) کودکان مبتلا به اختلالات حرکتی، (۳) کودکان صرعی، (۴) کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری، (۵) کودکان ضعیف که زود بیمار می‌شوند، (۶) کودکان ناسازگار، (۷) کودکان با اختلال رشد ذهنی، (۸) کودکان نابینا، (۹) کودکان مبتلا به ضعف بینایی، (۱۰) کودکان ناشنوا، (۱۱) کودکان کم‌شنوا

یازده گروه ذکرشده را تحت عنوان **کودکان معلول (Handicapped)** نیز مطالعه می‌کنند. برای کودکان معلول از لغت هندی‌کپ (Handicap) به معنای مانع استفاده می‌شود و در سنین بلوغ به جای لغت هندی‌کپ از لغت دیس‌ای بل (Disable) که به معنای ناتوان است، استفاده می‌شود.

کمیته بهداشت کودکان آمریکا، کودکان استثنایی معلول را در ده گروه جای داده است، به طوری که گروه بیماری قند را حذف و کم‌شنوا و ضعف بینایی را جزو اختلالات شنوایی و بینایی طبقه‌بندی کرده است و گروه بیماری سل و بدی تغذیه را اضافه کرده است.

از منظر آموزشی نیز به کودکی معلول یا ناتوان گفته می‌شود که در هر سال تحصیلی بیش از سه ماه نتواند سر کلاس حاضر شود.

تعریف کودک استثنایی

اصطلاح کودک استثنایی (Exceptional child) هم کودکانی را که اختلالات رشدی دارند و هم کودکان دارای توانایی‌های بسیار بالا را شامل می‌شود. کودک استثنایی، کودکی است که از کودکان عادی یا متوسط از جنبه‌های زیر تفاوت دارد:

(۱) توانایی‌های ذهنی، (۲) توانایی‌های حسی، (۳) توانایی‌های ارتباطی، (۴) رشد رفتاری و هیجانی، (۵) ویژگی‌های جسمانی
کودک استثنایی کودکی است که به علت شرایط ویژه‌ای که دارد به نوعی آموزش و پرورش ویژه هم نیازمند است، همچنین، ذکر این نکته ضروری است که تعداد شباهت‌های کودکان استثنایی با سایر کودکان، بیشتر از تفاوت‌های این دو گروه است.

● تعریف معلولیت

معلولیت به معنای ناتوانی در انجام دادن تمام یا قسمتی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی و یا اجتماعی است. علت معلولیت معمولاً مادرزادی و یا اکتسابی (ناشی از تصادفات، حوادث، بلاهای طبیعی و ...) است؛ علل معلولیت مادرزادی خود دو دسته رویدادهای دوران بارداری و رویدادهای هنگام زایمان را شامل می‌شود.

به طور کلی می توان گفت که معلولیت به دو نوع معلولیت های جسمی و ذهنی تقسیم می شود:

-معلولیت های جسمی

(۱) معلولیت های حسی مانند نابینایی و ناشنوایی، (۲) معلولیت های حرکتی مانند انواع نقص عضوها، ناهنجاری ها در حوزه استخوان ها و ماهیچه ها و ضایعات نخاعی، (۳) معلولیت اندام های داخلی مانند ناهنجاری های تنفسی، قلبی، کلیوی و ...

-معلولیت های ذهنی

معلولیت های ذهنی نیز خود به دو گروه صرفاً معلولیت های ذهنی و اختلالات روانی تقسیم می شود.

● تعریف آموزش و پرورش ویژه

آموزش و پرورش ویژه به معنای ارائه خدمات مخصوص به دانش آموزان مبتلا به اختلالات و ناتوانی های گوناگون مانند برنامه درسی، سنجش، خدمات روان درمانی و ... با هدف پیشرفت تحصیلی و رشد شخصی و اجتماعی کودکان استثنایی است.

-برخی از مهم ترین شخصیت ها در تحول آموزش و پرورش کودکان استثنایی

فیلیپ پینل: بنیان گذار روان پزشکی جدید

جان مارک ایتارد و ادوارد سگن: پیش گامان آموزش و پرورش استثنایی

جان مارک ایتارد: رهبر نهضت کمک به افراد عقب مانده ذهنی

ادوارد سگن: ابداع روش فیزیولوژی برای آموزش کودکان کم توان ذهنی، استفاده از روش حسی حرکتی برای آموزش به ناشنوایان، همچنین، یکی از اقدامات مهم وی تهیه دستگاه ساده ای بود به نام آزمون مهره ای که این دستگاه برای آزمایش استعداد کودکان و پرورش ادراکات حسی مانند بینایی و شنوایی به کار می رود. وی به پیش گام و سردمدار جنبش امداد رسانی به کودکان و بزرگسالان معلول ذهنی تبدیل شد. وی معتقد بود که رشد عمومی بدن اعم از قسمت های جسمانی یا روانی را می توان بهبود بخشید.

ماریا مونته سوری: او معلم کودکان عقب مانده ذهنی و طرف دار آموزش پیش دبستانی بود و همچنین، روش آموزشی خودآموزی را ابداع کرد. او با رویکرد فیزیولوژیک به کودکان کمک می کرد، روشی که امروزه sense training (تقویت حواس پنج گانه، پرورش حواس) نامیده می شود. ویژگی اصلی آموزش مونته سوری عبارت است از تاکید بر استقلال، آزادی در چهارچوب محدودیت ها و در نظر گرفتن و رعایت رشد پسیکولوژیک طبیعی کودک. ماریا مونته سوری پیش گام واقعی آموزش و پرورش کودکان خردسال بود.

ساموئل گریذلی هو: مؤسس اولین مدرسه شبانه روزی برای نابینایان

توماس هاپکینز گالدوت: مؤسس اولین مدرسه شبانه روزی آمریکا برای ناشنوایان.

ریچارد استنلی پیترز: او در زمینه فلسفه آموزش و پرورش نظریه های مهمی را مطرح کرده است. وی در تعریف خود از آموزش و پرورش بر این موضوع تأکید دارد که روش به کاررفته باید از لحاظ اخلاقی قابل قبول باشد.

گروه بندی دانش آموزان استثنایی

در نظر گرفتن این نکته حائز اهمیت است که طبقه بندی کودکان استثنایی بسیار کار دشواری است، زیرا تنوع و شیوع اختلالات بسیار زیاد است؛ یک عامل بیماری زا، علائم متفاوتی را در کودکان گوناگون می تواند ایجاد کند و علائم کم توانی ذهنی یا ناسازگاری در افراد مختلف می توانند به واسطه علل مختلفی ایجاد شوند و اختلالات رفتاری و ناسازگاری می توانند حاد و زودگذر یا مزمن و طولانی باشند و از نظر شدت هم گوناگون باشند. **کلی ترین طبقه بندی** که اکثریت متخصصان آن را قبول دارند به شرح زیر است:

(۱) کودکان و نوجوانانی که به علت اختلاف هوش بهر با کودکان عادی متفاوت هستند.

(۲) کودکان و نوجوانانی که به علت ضایعات مغزی، مبتلا به اختلالات رفتاری هستند. کودکان و نوجوانان ناسازگار یا دشوار در این دسته قرار دارند.

(۳) کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات و نقایص حسی و حرکتی و اختلالات عملی رشد مانند نابینایی، ناشنوایی و افراد مبتلا به اختلالات گفتاری و ناتوانی های حرکتی.

طبقه بندی دیگری نیز از کودکان استثنایی به عمل آمده که براساس تفاوت های میان فردی آن ها است و به شرح زیر است:

(۱) تفاوت های هوشی: تیزهوشی و معلولیت ذهنی

(۲) تفاوت های ارتباطی: کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری و زبانی و معلولیت هایی مانند اختلال طیف اوتیسم

(۳) ناتوانی های یادگیری: کودکانی که در آموختن دروس مدرسه مشکل دارند.

(۴) تفاوت های حسی: کودکان مبتلا به نقص های شنوایی یا بینایی

(۵) تفاوت های رفتاری: کودکان مبتلا به ناهنجاری های هیجانی یا ناسازگار از لحاظ اجتماعی

- (۶) معلولیت‌های چندگانه و شدید: کودکانی که به‌طور هم‌زمان از نارسایی‌های مختلفی رنج می‌برند.
- (۷) تفاوت‌های جسمی: نارسایی‌هایی که مانع حرکت، سلامت و جنب‌وجوش فیزیکی کودکان می‌شوند.
- تقسیم‌بندی دیگری** نیز توسط **کرک** برای دانش‌آموزان استثنایی ارائه شده است. این تقسیم‌بندی عبارت است از:
- (۱) انحرافات هوشی: دانش‌آموزان تیزهوش و کندذهن
 - (۲) نقایص حسی: دانش‌آموزان کم‌شنوا، ناشنوا، کم‌بینا، نابینا
 - (۳) دشواری‌های ارتباطی: دانش‌آموزان با مشکلات تکلمی و دانش‌آموزان با نارسایی‌های ویژه یادگیری
 - (۴) نابهنجاری‌های رفتاری: دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری
 - (۵) دشواری‌های حرکتی: دانش‌آموزان با معلولیت‌های بدنی
 - (۶) سایر موارد استثنایی و بیماری‌ها.

تعداد کودکان استثنایی

تخمین‌ها نشان می‌دهند که در آمریکا باید حدود ۶ میلیون کودک استثنایی وجود داشته باشد؛ یعنی تقریباً از هر ده کودک، یک کودک به‌نوعی کودکی استثنایی محسوب می‌شود. به‌طور کلی اختلالات با شیوع بالا عبارت‌اند از: اختلال یادگیری خاص، معلولیت ذهنی، اختلالات هیجانی و رفتاری، اختلالات ارتباطی، اختلال طیف اوتیسم، تیزهوشی. براساس آمار موجود، حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه‌ای، استثنایی هستند.

تعداد افرادی که در **طبقه اختلالات یادگیری** قرار می‌گیرند از تعداد افراد در سایر طبقات بیشتر است. تقریباً ۵۰ درصد کل کودکان استثنایی در این طبقه قرار می‌گیرند؛ دومین طبقه شامل کودکانی هستند که مبتلا به اختلالات گفتاری و زبانی یا ارتباطی هستند و تقریباً ۲۰ درصد کودکان استثنایی را تشکیل می‌دهند و معلولان ذهنی و کودکانی که ناهنجاری‌های هیجانی و رفتاری دارند به‌ترتیب، ۱۰ درصد و ۸ درصد از کودکان استثنایی را به خود اختصاص می‌دهند.

در سال‌های اخیر شاهد افزایش چشمگیر فراوانی اختلال طیف اوتیسم و آسیب مغزی ضربه‌ای (TBI) بوده‌ایم. افزایش مرتبط با اختلال طیف اوتیسم احتمالاً مربوط به پیشرفت در روش‌های شناسایی و تشخیص موارد خفیف‌تر بوده است. همچنین، درصد فراوانی دانش‌آموزان با اختلالات ارتباطی و دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی کاهش یافته است و در حوزه برخی ناتوانی‌ها با بروز پایین، مثل جراحی مغزی آسیب‌زا و آسیب‌های ارتوپدی، شاهد افزایش قابل توجه آنان بوده‌ایم. همچنین، نتایج حاصل از **مطالعات مارلند** نشان داد که مجموع فراوانی کودکان استثنایی ۱۳/۰۶ درصد در جامعه است که بیشترین درصد شیوع برای کودکانی با مشکلات تکلمی بود. نتایج حاصل از مطالعات مارلند در جدول زیر آمده است. توجه داشته باشید که این درصدها از کل تعداد دانش‌آموزان سنین مدرسه یعنی ۵ تا ۱۹ ساله است.

۱	تیزهوشان و خلاق‌ها	۳
۲	عقب‌ماندگان ذهنی	۲/۳
۳	مشکلات شنوایی	۰/۶
۴	مشکلات بینایی	۰/۱
۵	مشکلات تکلمی	۳/۵
۶	اختلالات یادگیری	۱
۷	اختلالات رفتاری	۲
۸	دشواری‌های حرکتی	۰/۵
۹	بیماری‌های مزمن و دانش‌آموزان با بیش از یک نقص	۰/۰۶
	جمع	۱۳/۰۶

مرکز ملی آمار آموزش و پرورش آمریکا نیز درصد شیوع کودکان استثنایی را طبق جدول زیر گزارش داده است.

تیزهوشان	۲-۳
عقب ماندگان ذهنی	۱-۳
مشکلات شنوایی	۰/۳-۰/۵
مشکلات بینایی	۰/۱-۰/۲
مشکلات تلکمی	۲/۵-۴
اختلالات یادگیری	۱-۳
اختلالات رفتاری	۱-۲
دشواری های حرکتی	۰/۳-۰/۵
کل	۸/۲-۱۶/۲

ضمناً درصد دسته بندی دانش آموزان استثنایی به غیر از تیزهوشان براساس گزارش اداره تعلیم و تربیت ویژه وزارت آموزش و پرورش آمریکا که خدمات ویژه دریافت می کنند و در رده سنی ۶ تا ۲۱ سال قرار دارند، در جدول زیر شرح داده شده است.

۱	نارسایی های ویژه در یادگیری	۴۲/۲
۲	اختلالات تکلم و زبان	۱۸/۸
۳	عقب ماندگی ذهنی	۷/۸
۴	اختلالات هیجانی یا رفتاری	۶/۸
۵	چند معلولیتی	۲/۱
۶	آسیب های شنوایی و ناشنوایی	۱/۲
۷	آسیب های اسکلتی	۰/۹
۸	سایر آسیب های جسمانی (بیماری ها)	۱۱/۵
۹	آسیب های بینایی و نابینایی	۰/۴
۱۰	آتیسم	۵/۶
۱۱	ناشنوا-نابینا	۰/۰۲
۱۲	صدمات مغزی	۰/۴
۱۳	تاخیر رشدی (تنها کودکان ۳ تا ۹ سال را شامل می شود.)	۱/۷

به طور کلی می توان گفت که استثنای های شیوع پایین، کمتر از ۱ درصد جمعیت مدارس را تشکیل می دهند و عبارت اند از: کودکان کم شنوا و ناشنوا، کودکان کم بینا و نابینا، کودکان مبتلا به معلولیت های جسمی و مشکلات فیزیکی.

بافت محیط زندگی کودک استثنایی

زمانی که درباره کودکی صحبت می شود که در حال یادگیری است، باید به این نکته مهم توجه کنیم که تصویر کاملی از او، مخصوصاً تصویری از بافت محیط خانوادگی و اجتماعی او ترسیم شود. وقتی فردیت کودک و نیروها و شرایطی که او را احاطه کرده اند را کاملاً بشناسیم، می توانیم بهترین راهبردهای آموزشی و بهترین محیط یادگیری را برای او فراهم کنیم.

● تأثیر خانواده، دوستان و هم سالان

این امکان وجود دارد که رفتارهای غیرعادی کودک، واکنش متقابل کودک به واکنش های هم سالان، خانواده و همسایگان در مقابل ناتوانی او باشد. معمولاً خانواده ها به رفتار کودک ناتوان به شیوه های نادرست واکنش نشان می دهند؛ برای مثال، اگر کودکی زیاد حرف نمی زند، خانواده هم با او کمتر حرف می زنند. این نوع واکنش ها مشکل اصلی را حادتر می کند. یکی از نیروهای اصلی که بر هر کودکی اثر می گذارد، **سیستم خانواده** است؛ تمایل به مداخله زودهنگام، پیش از ۵ سالگی، باعث افزایش اهمیت خانواده می شود.

● رشد هیجانی خانواده

روان شناسان امروزه معتقدند که عوامل اجتماعی بیشتر از عوامل ژنتیک در رشد هیجان های کودک تأثیر می گذارد. **نظریه ذهن**، یکی از نظریه های نسبتاً جدید

است که برای توصیف رشد هیجانی کودک استفاده می‌شود. نظریه ذهن به آگاه شدن کودک از احساسات و نگرش‌های اطرافیان اشاره دارد؛ برای مثال، کودکان می‌دانند که دوستانشان چه موقع دوست دارند با آن‌ها بازی کنند. در کودکان مبتلا به اوتیسم، شکل‌گیری نظریه ذهن با تأخیر بسیار زیادی شکل می‌گیرد.

● رویکرد محیطی (اکولوژیک)

این احتمال زیاد است که بزرگ‌ترین تغییر نگرش مربیان درباره چگونگی آموزش کودکان خردسال، از به‌کارگیری رویکرد بوم‌شناختی یا اکولوژیک حاصل شده باشد. با آگاهی از نقش محیط یا زمینه، می‌شود از مدل پزشکی به مدل محیطی حرکت کرد.

-مدل پزشکی

مدل بیماری یا مدل پاتولوژیک نیز نامیده می‌شود. براساس این مدل در هر فرد بیمار یا فرد نابهنجار، یک عارضه فیزیکی وجود دارد.

-مدل محیطی

مدل بوم‌شناختی نیز نامیده می‌شود. در این مدل به کودکان استثنایی در چهارچوب تعاملات پیچیده با بسیاری از نیروهای تأثیرگذار محیطی نگاه می‌شود. رویکرد محیطی در این فکر است که محیط اطراف کودک را بهبود ببخشد و از طریق تماس مستقیم با کودک، رفتار و یادگیری او را اصلاح کند.

● روابط خانواده و روان‌شناسان

رابطه بین خانواده‌ها و روان‌شناسان بسیار مهم است. امروزه همه اعضای خانواده تشویق می‌شوند که در زندگی کودک استثنایی نقش پررنگ‌تری داشته باشند و به آن‌ها حمایت‌های مالی و حرفه‌ای ارائه شود و مداخلات مختلف بر روی نیازهای خانواده متمرکز می‌شود که این رویکرد مدل متمرکز بر خانواده یا خانواده‌محور نامیده می‌شود. هدف از رویکرد خانواده‌محور این است که به خانواده‌ها کمک شود تا خودکفایی بیشتری به دست بیاورند و صرفاً روی نقاط ضعف کودک خود تمرکز نکنند. همچنین، والدین را می‌توان همکاران بسیار مهمی در حوزه آموزش به کودکان دانست؛ زیرا که مشاهدات آن‌ها از کودک منبعی غنی از اطلاعات بالارزش برای متخصصان است.

در گذشته وقتی صحبت از روابط خانواده و متخصصان می‌شد، در واقع بیشتر از روابط بین مادر و متخصصان صحبت می‌شد، اما امروزه به نقش بسیار مهم پدر نیز تأکید می‌شود.

توانمندسازی والدین: به این معنا است که خانواده‌ها برای تأمین نیازهای کودک خود اقدام کنند. اکنون از والدین کودک مشکل‌دار انتظار می‌رود که در مراقبت از کودک خود، نقش عمده را بر عهده داشته باشند.

● واکنش والدین

اکثر والدین در مقابل تولد یک کودک استثنایی، به شدت واکنش مثبت یا منفی نشان می‌دهند. اکثر والدینی که باید با یک کودک استثنایی کنار بیایند با دو بحران روبه‌رو می‌شوند:

۱) مرگ سمبولیک کودکی که قرار بود در آینده انسانی سالم و طبیعی باشد. والدین دچار شوک بسیار شدیدی می‌شوند و بعد از آن به مکانیسم دفاعی انکار روی می‌آورند و احساس گناه و غم به آن‌ها دست می‌دهد. شایع‌ترین احساس در والدین کودکان استثنایی، احساس گناه است. همچنین، آنان بسیار خشمگین می‌شوند و سرانجام خود را با موقعیت جدید وفق می‌دهند، تعدادی از والدین نیز با افسردگی شدید واکنش نشان می‌دهند. همچنین، یکی دیگر از واکنش‌های والدین، استفاده از مکانیسم دفاعی فرافکنی است که در آن ناتوانی کودک را به خطای دیگران نسبت می‌دهند و خود را عاری از هر اشتباه می‌دانند. در این مرحله می‌توان از گروه‌های حمایتی متشکل از والدینی که همین تجربه را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند، جهت حمایت از والدین جدید استفاده کرد.

۲) بحران دوم این است که بسیاری از والدین در نگهداری از فرزند خود مشکل دارند، تغذیه، پوشاندن لباس و خواباندن کودکی که فلج مغزی یا اختلال هیجانی دارد، بسیار دشوار است.



واکنش خانواده به این خبر که کودکشان به یکی از استثناها مبتلا است، بسیار در موفقیت برنامه‌های مداخله تأثیرگذار است. اگر خانواده در انکار به سر ببرد و باور نکند که کودکشان می‌تواند مشکلات رشدی را پشت سر بگذارد، ممکن است کودک از مداخلات زودهنگام حیاتی، محروم شود. معمولاً پدران زودتر از مادران، ناتوانی کودک خود را می‌پذیرند.

یکی از عوامل مهم در سازگاری والدین با کودک ناتوان خود، موضوع هوش والدین است. در خانواده‌های باهوش، پذیرش کودک با ناتوانی بسیار سخت‌تر از خانواده‌هایی است که والدین از توانایی هوشی کمتری برخوردار هستند.

● خواهران و برادران و هم‌سالان

دو کودک، صرفاً به این دلیل که در یک خانواده بزرگ می‌شوند، محیط تقریباً یکسانی را تجربه نمی‌کنند. اغلب والدین نگران این موضوع هستند که کودک مشکل‌دار روی بقیه کودکان خانواده اثر بدی داشته باشد. هیچ مطالعه‌ای نشان نداده است که خواهران و برادران کودکان مشکل‌دار بیشتر از خواهران و برادران کودکان بدون مشکل ناراحت باشند، اما آن‌ها ممکن است در معرض خطر مشکلات سازگاری قرار بگیرند. آنچه در خانواده با وجود کودکی مشکل‌دار

باید در نظر گرفته شود این است که چون والدین باید به کودک مشکل دار زیاد توجه کنند، سایر فرزندان عادی ممکن است نادیده گرفته شوند، در نتیجه کودکان بدون مشکل نسبت به کودک مشکل دار ممکن است احساس خشم داشته باشند. اگر خواهر و برادران کودک مشکل دار مطمئن باشند که مورد عشق و محبت والدین هستند، مشکلی پیش نخواهد آمد؛ به همین منظور، والدین باید در مورد نیازهای همه کودکانشان حساسیت کافی به خرج دهند. کلید سازگاری خواهران و برادران کودک استثنایی، دسترسی به اطلاعات است. آنان سؤالات زیادی در مورد ناتوانی خواهر و یا برادرشان دارند، پاسخ‌های صادقانه به این سؤالات به آن‌ها کمک می‌کند تا با ترس خود مقابله کنند.

مطالعات نشان می‌دهند که در کل کودکان مشکل دار در بین هم‌کلاسی‌های خود محبوب نیستند و کودکان استثنایی روابط محدودی با هم‌سالان خود دارند.

● کودک استثنایی و سازمان‌های دولتی

سه سازمان مهم اجتماعی یعنی مدارس، دولت و قوه مقننه در رابطه با کودکان استثنایی نقش بسیار پررنگی دارند.

-کودک استثنایی و مدرسه

یکی از مهم‌ترین سازمان‌های اجتماعی، مدرسه است. تغییرات عمده در آموزش عمومی، در آموزش ویژه نیز تأثیر می‌گذارد. برای نمونه، موضوع جدیدی که در آموزش و پرورش بیان شده است، مسئله پاسخ‌گو بودن است. این اصطلاح برای این منظور به کار می‌رود که مشخص شود، آیا مربیان، آنچه را که گفته بودند برای دانش‌آموزان انجام می‌دهند، انجام داده‌اند یا خیر؟ پاسخ‌گو بودن به آموزش و پرورش ویژه هم سرایت کرده است. محیط اجتماعی متغیر کودکان استثنایی باعث ایجاد اصلاحات جدید شده است. دو اصطلاح جدید که بسیار هم رواج پیدا کرده، عبارت‌اند از: دربرگیری و پیوستگی خدمات.

دربرگیری (inclusion، عادی‌سازی، اینکلوزن، جریان غالب، یکپارچه‌سازی، فراگیرسازی): به معنای وارد کردن همه یا تقریباً همه کودکان استثنایی در مدارس عادی و ارائه دادن آموزش و پرورش ویژه به آن‌ها است.

توجه داشته باشید که یکپارچه‌سازی و فراگیرسازی در برخی منابع به یک معنا استفاده می‌شود، اما در حقیقت با هم متفاوت هستند.

یکپارچه‌سازی: در این رویکرد تغییری در وضعیت حاضر در نظام آموزشی ایجاد نمی‌شود و تنها بر جاگماری کودک استثنایی در محیط عادی تمرکز می‌شود.

فراگیرسازی: بر بازسازی نظام آموزشی به منظور آماده‌سازی شرایط آموزش با دانش‌آموز علاوه بر جاگماری کودک استثنایی در محیط عادی تمرکز می‌کند.

پیوستگی خدمات: به معنای ارائه خدمات به کودکان استثنایی در مکان‌هایی است که تا حد امکان محدودیت کمتری ایجاد می‌کنند، می‌باشد. یکی از روش‌های آموزش به این کودکان، **یادگیری بدون اشتباه** است. در این فرایند رفتار هدف، به عناصر ساده‌ای تبدیل می‌شود که بدون اشتباه کردن بتوان آن‌ها را آموخت.

نقش سنجش

سنجش به معنای جمع‌آوری اطلاعات برای تصمیم‌گیری درباره افراد و گروه‌ها است. سنجش با این پرسش که آیا واقعاً مشکلی وجود دارد یا خیر آغاز شده و به سوی نقاط قوت و ضعف کودک، زمینه‌های تحت تأثیر قرار گرفته و رابطه مشکلات تحصیلی با محیط آموزشی حرکت می‌کند. تعیین اینکه کودک از چه لحاظ و در چه ابعادی متفاوت است، مهم‌ترین قدم در شناسایی و آموزش کودکان استثنایی است. هدف سنجش، بهتر ساختن است نه قضاوت کردن. این نوع سنجش دارای دو هدف است:

(۱) شناسایی کودکان دارای شرایط برای دریافت خدمات ویژه، (۲) کسب اطلاعاتی که براساس آن‌ها بتوان برای رفع نیازهای کودک یک برنامه انفرادی و ویژه طراحی کرد.

برای سنجش کودکان، معلمان می‌توانند از شش روش استفاده کنند: آزمون‌های هنجار-مرجع، آزمون‌های تشخیص پیشرفت تحصیلی، مصاحبه، مشاهده، سنجش‌های غیررسمی، ارزیابی مجموعه کارهای کودک (ارزیابی پورتفولیو).

برای پاسخ‌گویی به این سؤالات باید رشد کودک و اکولوژی وی به دقت مورد بررسی قرار گیرد. توجه داشته باشید که اکولوژی یا بوم‌شناسی به بررسی چگونگی تعامل ارگانیسم‌ها با محیط خود و موجودات دیگر می‌پردازد.

تفاوت‌های میان فردی

همان‌طور که در ابتدای فصل اشاره شد، تفاوت‌های میان فردی به معنای تفاوت‌های مهم و بزرگ بین کودکان هم‌سال در مراحل اصلی رشد است. متخصصان تفاوت‌های بین فردی را از روی برخی ابعاد مهم، مانند استعداد تحصیلی، عملکرد تحصیلی، رشد زبان، مهارت‌های حرکتی و رشد روانی-اجتماعی ارزیابی می‌کنند.

● استعداد تحصیلی

یکی از زمینه‌هایی که باعث تفاوت‌های میان فردی می‌شود، استعداد تحصیلی است. آزمون‌های هوش به خوبی می‌توانند عملکرد تحصیلی را پیش‌بینی کنند البته در سال‌های اخیر آزمون‌های هوش به شدت مورد حمله قرار گرفته‌اند، زیرا نمرات حاصل از آزمون‌های هوش نمی‌توانند هوش بالقوه را همان‌طور که هست نشان دهند. همچنین، بسیاری از دانشمندان معتقدند که هوش، چند بعدی است. نظریه هوش چندگانه گاردنر از معروف‌ترین نظریه‌ها در این حوزه است.

● عملکرد اجرایی

بعد دیگری از هوش که آزمون‌های هوش قادر به نشان دادن آن نیستند، عملکرد اجرایی است. عملکرد اجرایی، فراشناخت یا خودتنظیمی نیز نامیده می‌شود. عملکرد اجرایی، فرایندهای فکری، رفتار و اعمال را تنظیم می‌کند. وقتی در حال برنامه‌ریزی کارهای فردا هستید از عملکرد اجرایی استفاده می‌کنید.

● عملکرد تحصیلی

برای توضیح تفاوت‌های میان فردی در عملکرد تحصیلی دو راه وجود دارد:

- (۱) آزمون پیشرفت تحصیلی استاندارد (هنجار-مرجع): سطح پیشرفت تحصیلی کودک را با سطح پیشرفت تحصیلی هم‌سالان او مقایسه می‌کند ولی معمولاً نشان نمی‌دهد که چرا دانش آموز نمی‌تواند موفق شود.
- (۲) آزمون پیشرفت تحصیلی تشخیصی (دیاگنوستیک): از این آزمون‌ها برای اهداف تشخیصی استفاده می‌شود؛ مثلاً تشخیص اختلالات یادگیری.

● رشد روانی حرکتی

بسیاری از کودکان استثنایی به مشکلات تعادلی یا حرکتی مبتلا هستند. کودکان مبتلا به فلج مغزی و بیماری‌های مشابه، برخی از کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری، اختلال طیف اوتیسم یا معلولیت ذهنی در زمینه‌های روانی حرکتی مشکل دارند. اصطلاح روانی حرکتی (psychomotor) به تأثیر وضعیت روانی (عملکرد مغز) در حرکات جسمی فرد اشاره دارد. دو نوع نابهنجاری روانی حرکتی عبارت‌اند از کندی (retardation) و پرتحرکی (agitation).

● رشد زبانی

زبان که یکی از پیچیده‌ترین کارکردهای آدمی به شمار می‌آید، در برابر مشکلات رشدی کودکان استثنایی، بسیار آسیب‌پذیر است. همچنین، توجه به این نکته ضروری است که ارزیابی زبان یک کودک باید براساس ارزیابی زبان مادری او انجام شود. چهار فرایند ارتباطی عمده وجود دارد که باید بررسی شود: درک شفاهی (گوش دادن و درک حروف)، درک کتبی (خواندن)، بیان شفاهی (خواندن) و بیان کتبی (نوشتن).

● رشد روانی اجتماعی

به معنای توانایی کودک در واکنش به محیط اجتماعی یا نحوه انطباق او است. آیا کودک می‌تواند همکاری کند؟ وقتی مشکلی پیش می‌آید، چه واکنشی نشان می‌دهد؟ اصطلاح روانی اجتماعی به این نکته اشاره دارد که وضعیت روانی (عملکرد مغز) فرد چه تأثیری در روابط اجتماعی او دارد. منظور از رابطه اجتماعی، هرگونه تعامل با دیگران است. سالیوان معتقد بود که حتی وقتی در پیاده‌رو از کنار سایرین گذر می‌کنید، با تک‌تک آن‌ها رابطه میان فردی برقرار می‌کنید.

● انطباق پذیری اجتماعی

بر چگونگی واکنش کودک در برابر آموزش بسیار اثرگذار است. اکثر کودکانی که عملکرد خوبی در برنامه‌های آموزشی ندارند، مشکلات رفتاری و اجتماعی دارند، نه مشکلات تحصیلی. همچنین، برای ارزیابی رشد روانی، اغلب بر مشاهدات دیگران مانند والدین و معلمان تکیه می‌کنیم. مقیاس‌های رفتار سازگاری اجتماعی را می‌توان با استفاده از ابزارهایی مانند **مقیاس واینلند** استخراج کرد. مقیاس رفتار سازگاران و واینلند برای نوزادان تا افراد ۹۰ ساله قابل اجرا است و رفتار سازگاران را در پنج حوزه می‌سنجد: (۱) ارتباط، (۲) مهارت‌های زندگی روزمره، (۳) جامعه‌پذیری، (۴) مهارت‌های حرکتی، (۵) شاخص رفتار ناسازگارانه. از این مقیاس برای سنجش افراد مبتلا به تأخیرات رشدی، معلولیت‌های رشدی و نقص‌های ذهنی استفاده می‌شود.

طراحی برنامه آموزشی انفرادی، (individualized education program (IEP)

برنامه آموزشی انفرادی یک برنامه درسی مخصوص برای کودکان استثنایی است که در آن نیازهای خاص تک‌تک کودکان به صورت انفرادی برطرف می‌شود. در این برنامه به درستی مشخص می‌شود که چگونه برنامه‌های مدرسه با نیازهای دانش آموز استثنایی متناسب‌سازی شود. این برنامه را بدون موافقت والدین نمی‌توان تغییر داد. این برنامه دارای نتایج مثبت و منفی می‌باشد؛ جنبه مثبت آن این است که بین معلم و والدین رابطه بهتری شکل می‌گیرد و جنبه منفی آن این است که استفاده از این برنامه دشوار است و بیشتر معلمان آن را وقت گیر و بی‌معنا تلقی می‌کنند.

این برنامه دقیقاً توضیح روشن چیزی است که معلمان طرح اجرای آن را می‌ریزند تا نیازهای دانش آموز ناتوان را برآورده سازند و والدین یا قیم دانش آموز باید آن طرح را بپذیرد.

برنامه‌های آموزش انفرادی از نظر قالب بندی یا همان فرمت و جزئیات و همچنین در یک ناحیه مدرسه‌ای تا ناحیه دیگر، بسیار متفاوت است. در جدول زیر اجزای سازنده برنامه آموزش انفرادی ذکر شده است.

این برنامه نشان‌دهنده آن است که خانواده در مرکز فرایندهای تصمیم‌گیری برای کودک قرار بگیرد. تفاوت برنامه آموزشی انفرادی با برنامه خدمات انفرادی خانواده در این است که IFSP برای کودکان زیر سه سال تنظیم می‌شود، درحالی‌که IEP برای کودکان سه‌ساله و بزرگ‌تر تدوین می‌شود. توجه به این نکته ضروری است که کودک استثنایی حق برخورداری از آموزش مناسب و نه آموزش سطح بالا را دارد.

قانون آموزش ویژه متضمن آموزش دانش آموزان در محیطی با کمترین محدودیت است. هدف از این برنامه، قراردادن دانش آموزان استثنایی در کنار کودکان عادی با حداکثر مناسب سازی محیط آموزش، است.

```

graph LR
    A[کلاس درس عادی] --> B[معلم مشاور]
    B --> C[مشاور: کلاس عادی همراه با معلم مشاور]
    C --> D[خدمات سيار: کلاس عادی همراه با معلم سيار (معلم سيار از يك مدرسه به مدرسه ديگر برای آموزش به کودکان استثنائی سر می زند)]
    D --> E[اتاق مرجع: کودکان استثنائی اغلب اوقات در کلاس عادی هستند و برای دریافت آموزش تخصصی به اتاق مرجع مراجعه می کنند]
    E --> F[مراکز تجویزی]
    F --> G[آموزش خانگی یا بیمارستانی ویژه]
    G --> H[کلاس ویژه]
    H --> I[مدرسه ویژه]
    I --> J[مدرسه شبانه روزی]
  
```

مداخلهٔ زودهنگام، مداخلهٔ سریع یا مداخلهٔ به‌هنگام به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی صفر تا پنج‌ساله و خانواده‌های آنان است. در برخی منابع، مداخلهٔ زودهنگام از تولد تا پایان کلاس اول دبستان معرفی شده است. هدف از این مداخله، جلوگیری از کاهش بیشتر عملکرد و بهبود یافتن رشد عمومی این کودکان است. مداخلهٔ زودهنگام نمی‌تواند آسیب‌های حسی یا حرکتی را از بین ببرد، اما می‌تواند از پیش‌روی آنان جلوگیری کند و عملکرد کودک را بهتر سازد؛ برای مثال، کودکان ناشنوایی که قبل از دوسالگی یادگیری زبان اشاره را آغاز می‌کنند، بعدها در تحصیلات خود موفق‌تر از کودکان ناشنوایی هستند که بعد از شش‌سالگی زبان اشاره را یاد می‌گیرند. توجه داشته باشید که از تولد تا سه‌سالگی، مغز به‌سرعت رشد می‌کند و اطلاعات دریافتی از محیط در قسمت‌های خاص مغز ذخیره می‌شود.

یادگیری زود هنگام کودک اساس یادگیری بعدی او را تشکیل می‌دهد، در نتیجه هرچه برنامهٔ ویژه مداخله زودتر شروع شود، احتمال یادگیری مهارت‌های پیچیده‌تر در کودک افزایش می‌یابد.

۳) مداخلهٔ زودهنگام می‌تواند به خانواده‌ها کمک کند تا نسبت به داشتن کودک دارای ناتوانی، سازگاری نشان دهند. به والدین مهارت‌هایی را برای رفتار بهتر با کودک می‌آموزد و به خانواده‌ها کمک می‌کند تا خدمات حمایتی جانبی را که ممکن است به آن نیازمند باشند دریافت کنند.

حتماً شنیده‌اید که پیشگیری بهتر از درمان است. این مطلب در مورد بیماری‌های روانی و از جمله کم‌توانی ذهنی نیز صادق است. به‌طور کلی سه روش پیشگیری وجود دارد که در ادامه به معرفی هر یک می‌پردازیم:

پیشگیری اولیه: در این روش سعی می‌شود از بروز بیماری به‌طور کلی جلوگیری شود. نمونه این روش واکسیناسیون است. همچنین، آموزش بهداشت

همگانی نیز نقش مهمی در پیشگیری اولیه بازی می‌کند. بالا بردن سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها نیز با عنایت به این نکته که فراوانی اختلال رشدی ذهنی در خانواده‌های مرفه به مراتب کمتر از خانواده‌های فقیر است، یکی دیگر از روش‌های پیشگیری اولیه است. پیشگیری ثانویه: در این روش سعی می‌شود با روش بیماریابی و تشخیص زودرس و اجرای صحیح و پیگیری مداوم درمانی از بروز بیماری یا شدت آن کاست. پیشگیری ثالث: در این روش سعی می‌شود بیمار را طوری درمان کنند که بتواند به زندگی عادی و روزمره خود ادامه دهد و به اصطلاح از معلول شدن، مزمن شدن بیماری و مرگ جلوگیری شود. بازتوانی یا نوتوانی یا توان بخشی و کاردرمانی از پیشگیری‌های ثالث است.

● فواید مداخله زودهنگام

-اجتناب از تأخیر رشدی

تأخیرهای رشدی از طریق مقایسه رشد جسمی، هیجانی و مهارت‌های هوشی یک کودک با کودک هم‌سال او مشخص می‌شود. سن متوسط برای انجام دادن یک کار معین در کنار سن متوسط برای انجام دادن کارهای دیگر قرار می‌گیرد تا یک مقیاس رشدی شکل بگیرد. کودکانی که اختلالات حسی، جسمی یا اختلالات ژنتیک دارند، قادر نیستند به سرعت کودکان سالم به همه مهارت‌های رشدی دست یابند.

-پیشگیری از نارسایی‌های بیشتر

فایده دیگر مداخله زودهنگام، اجتناب از مشکلات ثانویه‌ای است که ممکن است در اثر فقدان محرک برای کودک به علت معلولیت یا مشکلات حسی، به وجود آید. مراقبت دقیق از کودک گاهی می‌تواند رشد او را تا حد زیادی بهبود ببخشد. اگر کودکان استثنایی، خانواده‌ای دلسوز داشته باشند و کمک‌های مشتاقانه خانواده را دریافت کنند و به رشد تشویق شوند، می‌توانند به همان توانایی‌هایی برسند که یک کودک معمولی دارد. تشویق به رشد، به معنای دانش و آگاهی والدین درباره رشد عادی و کمک به کودک برای داشتن رشد طبیعی است.

-آماده ساختن کودک برای ورود به مدرسه

یکی از اهداف مداخله زودهنگام، کمک به کودک برای آماده کردن او برای ورود به مدرسه است. مرحله گذر از کلاس آمادگی به کلاس اول دبستان بسیار مهم است، زیرا تجربه‌های کودک در سال‌های اول مدرسه پیش‌زمینه موفقیت یا شکست او در آینده خواهد شد. گذر، اصطلاحی در روان‌شناسی است به معنای انتقال یا عبور فرد از یک محیط آموزشی به محیط دیگر.

چه چیزی کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد؟

● اختلالات ژنتیک

بیش از صد اختلال ژنتیک وجود دارد، این اختلال‌ها عبارت‌اند از معلولیت ذهنی، تایل ساکس، سندروم ترنر و ... درصد کودکان مبتلا به اختلالات ژنتیک کمتر از یک درصد است، زیرا نقص‌های ژنتیکی خودبه‌خود باعث سقط جنین می‌شوند.

● حوادث دوران حاملگی و زایمان

سرخک و آبله مرغان می‌توانند به جنین آسیب برسانند، اما خوشبختانه با وجود واکسن‌های موجود می‌توان از آن‌ها پیشگیری کرد. رایج‌ترین بیماری مادری که می‌تواند به جنین آسیب بزند، بیماری قند است.

دو مشکل بسیار رایج در دوران بارداری عبارت‌اند از: زودرسی و کمبود وزن در هنگام تولد.

زودرسی: به دنیا آمدن کودک قبل از هفته ۳۷ بعد از لقاح

کمبود وزن در هنگام تولد: کمتر بودن وزن نوزاد از ۲۵۰۰ گرم

در اکثر اوقات، نوزادان کم وزن به هنگام تولد زودرس هستند. بسیاری از کودکان کم‌وزن یا زودرس به معلولیت یا مشکلات تحصیلی در آینده دچار نمی‌شوند.

دو مورد از رایج‌ترین حوادث زمان زایمان که می‌تواند باعث معلولیت ذهنی شوند، عبارت‌اند از: آنوکسیا و هایپوکسیا.

آنوکسیا: به معنای بی‌اکسیژنی یا محرومیت از اکسیژن است. آنوکسیا ممکن است به علت آسیب به ناف یا به علت زایمان طولانی و سخت به وجود آید.

هایپوکسیا: به معنای کمبود اکسیژن است.

ترومای زایمان: به حادثه ناگواری که در طول زمان زایمان روی می‌دهد، اشاره می‌کند؛ برای مثال، به دنیا آمدن نوزاد با باسن، به جای به دنیا آمدن با سر.

زایمان سریع: به زایمان در کمتر از دو ساعت اشاره دارد، در طول زایمان سریع، جوش خوردن آرام جمجمه ممکن است انجام نشود و به همین علت، خطر

صدمه دیدن بافت‌ها و معلولیت ذهنی افزایش می‌یابد.

● خطرات محیطی

خطرات محیطی شامل شرایط و اتفاق‌هایی در زندگی کودک و زندگی خانواده کودک است که باعث ایجاد اختلال در رشد می‌شوند و عمده‌ترین عوامل معلولیت تا شش سالگی را تشکیل می‌دهند.

کودک‌آزاری: پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان معلول بیشتر از کودکان سالم تحت سوءرفتار یا بی‌توجهی والدین قرار می‌گیرند. یکی از انواع بدرفتاری‌ها با

کودک، تنبیه بدنی است. کتک زدن کودک می‌تواند به عضلات، استخوان‌ها و ستون فقرات کودک آسیب برساند.

فقر: زنانی که در فقر زندگی می‌کنند، نمی‌توانند از شرایط لازم و کافی برخوردار باشند؛ برای مثال، خانه مناسبی ندارند و از سوء تغذیه رنج می‌برند، برای مثال، ویتامین ب و ب۱۲ می‌تواند نوعی نقص در جنین را حذف کند و اگر این نقص درمان نشود، احتمال اینکه کودک با معلولیت ذهنی به دنیا بیاید و به دوره‌های تکرار استفراغ دچار شود، بسیار زیاد است.

سؤمصرف مواد: سؤمصرف مواد می‌تواند در کودکان، معلولیت‌ها و مشکلات رفتاری به وجود آورد. خوردن الکل توسط مادر باردار می‌تواند باعث شود که کودک به سندروم جنین الکلیزه مبتلا شود. کودکان مبتلا به این سندروم، نابهنجاری‌های صورت، پلک‌های آویزان، نارسایی‌های قلبی، اندام کوچک و معمولاً درجه‌ای از معلولیت ذهنی را دارا هستند. همچنین، مادران بارداری که هروئین مصرف می‌کنند، به احتمال زیاد نوزادان زودرس یا کم‌وزن به دنیا می‌آورند. همچنین، این امکان وجود دارد که کودک آن‌ها علائم شدیدی از گوشه‌گیری و انزواطلبی را نشان دهد. ظاهراً هروئین و کوکائین به رحم آسیب وارد نمی‌کنند، ولی می‌توانند باعث ایجاد زایمان زود هنگام شوند. علاوه بر آن، کودکانی که مادر آن‌ها مواد مخدر مصرف می‌کنند، بیشتر از کودکانی که مادر آن‌ها سؤمصرف مواد ندارند به تأخیر هیجانی و رفتاری مبتلا می‌شوند.

پیشگیری قبل از تولد

هدف از پیشگیری این است که کودک ناتوان و معلول نداشته باشیم. پیشگیری دو مرحله دارد: ۱) مصاحبه با پدر و مادر برای فهمیدن اینکه آیا در خانواده‌های والدین، سابقه معلولیت وجود دارد یا خیر. انجام مشاوره ژنتیک، اولین فرصت برای تشخیص احتمالی است. نمونه خون والدین آزمایش می‌شود تا مشخص شود آیا آن‌ها ژن معیوب دارند یا خیر. ۲) مراقبت پیش از تولد: در مراقبت پیش از تولد، پزشک سلامت مادر را بررسی می‌کند و بر سیر بارداری نظارت می‌کند؛ برای مثال، به زنانی که می‌خواهند برای بچه‌دار شدن اقدام کنند، توصیه می‌شود که قبل بارداری، به صورت روزانه اسیدفولیک که نوعی ویتامین ب است را مصرف کنند تا احتمال ابتلای کودک به اختلالات دستگاه عصبی کاهش یابد. بخش بسیار مهم در مراقبت پیش از تولد، انجام آزمایش‌هایی است که برای کشف انواع معلولیت‌های احتمالی انجام می‌شود، سه آزمایش معروف در ایران که به غربالگری شناخته می‌شوند، عبارت‌اند از: آزمایش خون، سونوگرافی، آمنیوسنتز

● آزمایش خون سه‌گانه و آزمایش خون چهارگانه

در ماه‌های اول بارداری، آزمایش خون سه‌گانه گرفته می‌شود. در این آزمایش سه ماده در خون اندازه‌گیری می‌شود: ۱) AFP (آلفا فتوپروتئین، نوعی هورمون که جفت تولید می‌کند)، ۲) HCG (هورمونی که در جفت ساخته می‌شود)، ۳) UC-O (نوعی استریول، استروژنی که هم جنین و هم جفت آن را تولید می‌کنند). در آزمایش خون چهارگانه علاوه بر سه مورد گفته شده، یک ماده دیگر به نام Inhibin A که جفت در طول حاملگی تولید می‌کند نیز آزمایش می‌شود. نمونه خون در هفته شانزدهم حاملگی گرفته می‌شود و از روی آن می‌توان تشخیص داد که ستون فقرات یا مغز دچار آسیب شده‌اند یا خیر. احتمال دارد نتیجه آزمایش‌ها دقیق و درست نباشند برای همین دوگام دیگر نیز باید برداشت: سونوگرافی و آمنیوسنتز.

جالب است که بدانید غیرعادی بودن مقدار دو هورمون، یعنی بیش از حد پایین بودن هورمون استریول و بیش از حد بالا بودن گونادوتروپین نشان‌دهنده خطر شدید ابتلا به سندروم داون است و سطوح بالای آلفا-پروتئین نشان‌دهنده بیماری کبد، نقص در لوله عصبی مانند آنسفالو و اسپینابیفیدا یا سندروم داون است.

● سونوگرافی (التراساند)

سونوگرافی به معنای استفاده از امواج صوتی برای عکس‌گرفتن از جنین است و به متخصصان کمک می‌کند تا نحوه قرارگرفتن جنین در شکم مادر را ببینند و اختلالاتی مانند میکروسفالی (کوچک بودن سر) را تشخیص دهند.

● آمنیوسنتز

آمنیوسنتز، آزمایش نسبتاً بی‌خطری است که از چهارده تا هفده هفته‌گی روی جنین انجام می‌شود. در طی این آزمایش، آمپولی وارد جفت می‌شود و مقداری از مایع جفت (آمنیون) خارج شده و مورد بررسی قرار می‌گیرد و می‌توان به چند نوع معلولیت مانند تائیداساکس، سندروم داون و اسپینابیفیدا پی برد.

● نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی (CVS)

لوله‌ای وارد رحم می‌شود و نمونه‌ای از برآمدگی‌های مویی روی غشایی که جنین در حال رشد را احاطه کرده است (پرزهای کوریونی) برداشته می‌شود. این آزمایش در هفته هشت تا ده بارداری انجام می‌شود. با این روش سلول‌ها از لحاظ ژنتیکی بررسی می‌شوند و می‌توان نقایص کروموزومی مانند سندروم داون را تشخیص داد. متأسفانه در این روش خطر سقط وجود دارد.

● بافت‌برداری از زهدان

بیوپسی (Chorionic villus biopsy) آزمایشی است که پزشکان آن را توصیه نمی‌کنند و معمولاً هم در دسترس نیست، زیرا احتمال سقط جنین را افزایش می‌دهد. در این آزمایش، در سه ماه اول بارداری، مقداری از بافت زهدان مادر حامله را برمی‌دارند و با بررسی کردن بافت در زیر میکروسکوپ بعضی معلولیت‌ها

مانند سندروم داون، مشخص می‌شوند.

تشخیص معلولیت‌ها بعد از تولد

اگر کودک با معلولیتی که قابل درمان باشد به دنیا بیاید، مداوا باید در همان آغاز زندگی او شروع شود؛ مانند بیماری فنیل‌کتونوریا. این بیماری را می‌توان با انجام یک آزمایش خون ساده تشخیص داد و بهترین زمان تشخیص، قبل از یک‌هفتگی نوزاد است.

● تشخیص بلافاصله بعد از تولد

اولین آزمایشی که در دقیقه‌های اول و پنجم بعد از تولد انجام می‌شود، **آزمایش آپگار** است. در این آزمایش پزشک ضربان قلب، میزان تنفس، قدرت ماهیچه‌ها و وضعیت عمومی نوزاد مانند رنگ پوست را بررسی می‌کند؛ برای مثال، اگر رنگ پوست به کبودی بزند این احتمال وجود دارد که نوزاد مشکل تنفسی یا قلبی دارد و یا اگر پوست بدن یا چشم‌ها زرد باشند، احتمال دارد که نوزاد یرقان (زردی) داشته باشد. یرقان بیماری خطرناکی است که در آن کبد، به‌علت نارس بودن، به‌خوبی کار نمی‌کند و در نتیجه مقدار بیلی‌روبین خون بالا می‌رود. اکثر کودکان مبتلا به یرقان، در عرض یک هفته خوب می‌شوند و در موارد خطرناک، نوزاد را یکی دو روز زیر نور فلئورسنت قرار می‌دهند. نوردرمانی باعث می‌شود که نوزاد بیلی‌روبین خون خود را تجزیه کند.

در آزمایش آپگار، اگر نوزاد نمره کمتر از متوسط بیاورد، یعنی نمره کمتر از پنج، پزشک باید او را تحت آزمایش‌های دیگری قرار دهد. نمره کمتر از متوسط الزاماً به معنای وجود معلولیت نیست، اما هشدار می‌دهد که پزشک باید به آن توجه کند. بیماری‌هایی مانند کرتینیسیم، فنیل‌کتونوریا، گلاکتوسریا و کم‌خونی داسی‌شکل در همان مرحله ابتدایی تولد قابل شناسایی هستند و می‌توان با روش‌های درمانی مخصوص آن‌ها را درمان کرد؛ برای مثال، در کم‌خونی داسی‌شکل با تزریق پنی‌سلین از دوماهیگی تا پنج‌سالگی، می‌توان آن را کنترل کرد.

-ارزیابی وضعیت نوزاد از روی نمره آپگار

نمره هفت یا بالاتر: نوزاد در وضعیت جسمانی مناسبی قرار دارد.

نمره بین چهار تا شش: نوزاد برای تثبیت تنفس و سایر علائم حیاتی به کمک نیاز دارد.

نمره سه یا کمتر: نوزاد در معرض خطر جدی قرار دارد.

● غربالگری رشد

نوعی سنجش یا معاینه کوتاه است که در آن نمونه‌هایی از پیشرفت کودک بررسی می‌شود تا مشخص شود کودک در خطر تأخیر رشدی قرار دارد یا خیر. یکی از پرستفاده‌ترین تست‌های غربالگری رشد، تست Denver-II (دنور-۲) است. این تست قابل اجرا روی کودکان چهارده‌روزه تا شش‌ساله است و دارای دو فرمت است: فرمت آزمایش-مشاهده و فرمت گزارش والدین.

این تست ۱۲۵ مهارت که در چهار گروه رشدی تقسیم شده‌اند را می‌سنجد: رشد حرکات درشت، رشد حرکات ظریف-حرکات سازگاران، رشد زبان و رشد شخصی-اجتماعی.

وقتی نتایج غربالگری نشان‌دهنده احتمال حضور معلولیت یا تأخیر رشدی باشد، کودک را برای تست تشخیصی ارجاع می‌دهند.

این تست‌ها به‌طور معمول کیفیت اجرا در پنج زمینه را می‌سنجند: پیشرفت حرکتی، رشد شناختی، رشد ارتباطی و زبانی، رشد اجتماعی و هیجانی، رشد سازگاران. همچنین، امروزه در همه ایالت‌ها آزمایش‌های غربالگری نوزادان از لحاظ عارضه‌های ارثی و عوامل خطر زیست‌پزشکی اجباری هستند.

در روشی به نام **طیف‌سنجی متوالی توده‌ای** که در اواخر دهه ۱۹۸۰ ابداع شد، اجزای مختلف خون، ادرار یا پلازما در مدت زمان محدود دو دقیقه از نظر ۳۸ اختلال متابولیکی اصلی و ۲۶ اختلال متابولیکی ثانویه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

دو تست رایج به‌منظور تشخیص تأخیرات رشدی عبارت‌اند از: مجموعه آزمون‌های رشدی بتل و مقیاس‌های بیلی برای رشد نوزادان و نوپایان. آزمون بتل برای کودکان سالم یا معلول از تولد تا هشت‌سالگی استفاده می‌شود. آزمون بیلی - ۳ نیز رشد و پیشرفت در شناخت، زبان، رفتار حرکتی اجتماعی-هیجانی و رفتار سازگاران در نوزادان و نوپایان ۱ تا ۴۲ ماهه را بررسی می‌کند.

خلاصه فصل

کودک استثنایی کودکی است که به‌دلیل شرایط ویژه‌ای که دارد به آموزش و پرورش ویژه هم نیاز دارد.

معلولیت به‌معنای ناتوانی در انجام دادن تمام یا قسمتی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی و یا اجتماعی است.

ارائه خدمات مخصوص به دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات و ناتوانی‌های گوناگون، آموزش و پرورش ویژه نام دارد.

طبقه‌بندی کودکان استثنایی کار بسیار دشواری است. تقسیم‌بندی‌های متفاوتی انجام شده است؛ برای مثال، تقسیم‌بندی که توسط کرک برای دانش‌آموزان استثنایی ارائه شده است، به این صورت است: (۱) انحرافات هوشی، (۲) نقایص حسی، (۳) دشواری‌های ارتباطی، (۴) نابهنجاری‌های رفتاری، (۵) دشواری‌های حرکتی، (۶) سایر موارد.

تعداد افرادی که در طبقه اختلالات یادگیری قرار می‌گیرند از تعداد افراد در سایر طبقات بیشتر است. تقریباً ۵۰ درصد کل کودکان استثنایی در این طبقه قرار

می‌گیرند.

دومین طبقه شامل کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری و زبانی یا ارتباطی هستند و تقریباً ۲۰ درصد کودکان استثنایی را تشکیل می‌دهند و معلولان ذهنی و کودکانی که ناهنجاری‌های هیجانی و رفتاری دارند به ترتیب، ۱۰ درصد و ۸ درصد از کودکان استثنایی را به خود اختصاص می‌دهند. نتایج حاصل از مطالعات مارلند نشان داد که مجموع درصد کودکان استثنایی ۱۳/۶٪ در جامعه است که بیشترین درصد شیوع برای کودکان با مشکلات تکلمی بود. واکنش والدین در برابر کودک استثنایی: والدین دچار شوک بسیار شدیدی می‌شوند و بعد از آن به مکانیسم دفاعی انکار روی می‌آورند و احساس گناه و غم به آن‌ها دست می‌دهد. شایع‌ترین احساس در والدین کودکان استثنایی، احساس گناه است و بسیار خشمگین می‌شوند و سرانجام خود را با موقعیت جدید وفق می‌دهند.

سه سازمان مهم اجتماعی، یعنی مدارس، دولت و قوهٔ مقننه، در رابطه با کودکان استثنایی نقش بسیار پررنگی دارند. مداخلهٔ زود هنگام به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی صفر تا پنج ساله و خانواده‌های آنان است. فواید مداخله زود هنگام شامل اجتناب از تأخیر رشدی، پیشگیری از نارسایی‌های بیشتر، کمک به کودک برای آماده‌کردن او برای ورود به مدرسه می‌باشد. اختلالات ژنتیک و حوادث دوران بارداری و زایمان و خطرات محیطی می‌توانند کودکان را در معرض خطر قرار دهند. از آزمایش خون سه‌گانه و چهارگانه، سونوگرافی، آمنیوسنتز، نمونه برداری از پرزهای کوریونی (CVS) و بافت برداری از زهدان می‌توان جهت تشخیص نقایص قبل از تولد بهره برد. اولین آزمایشی که در دقیقه‌های اول و پنجم بعد از تولد انجام می‌شود، آزمایش آپگار است. در این آزمایش، پزشک ضربان قلب، میزان تنفس، قدرت ماهیچه‌ها و وضعیت عمومی نوزاد مانند رنگ پوست را بررسی می‌کند. نوعی سنجش یا معاینهٔ کوتاه که در آن، نمونه‌هایی از پیشرفت کودک بررسی می‌شود تا مشخص شود کودک در خطر تأخیر رشدی قرار دارد یا خیر، غربالگری رشد نام دارد. یکی از پرستاده‌ترین تست‌های غربالگری رشد، تست Denver-II (دنور - ۲) است.

سوالات روان‌شناسی کودکان استثنایی کنکور کارشناسی ارشد

۱) در جریان عادی‌سازی دانش‌آموزان عقب‌ماندهٔ خفیف در کلاس‌های معمولی، کدام تکنیک می‌تواند به این‌گونه دانش‌آموزان کمک کند؟ (ارشد ۱۳۹۰)

- ۱) طرح مسائل جدید برای دانش‌آموز
- ۲) استفاده از پس‌خوراندهای تأخیری
- ۳) عدم استفاده از واسطهٔ کلامی
- ۴) خردکردن فعالیت‌ها به گام‌های کوچک
- ۲) شیوع دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی از کدام یک از گروه دانش‌آموزان با نیازهای ویژه که در ذیل آمده، کمتر است؟ (ارشد ۱۳۹۵)
- ۱) با آسیب شنوایی
- ۲) با آسیب بینایی
- ۳) با معلولیت جسمی-حرکتی
- ۴) با اختلال یادگیری
- ۳) مهم‌ترین وظیفه و مسئولیت والدین کودکان معلول در سال‌های اول زندگی کودک کدام است؟ (ارشد ۱۳۹۷)

- ۱) تعامل با متخصصان و معلمان ذی‌ربط
- ۲) یافتن برنامهٔ مداخله‌ای مناسب برای کودک
- ۳) تأمین بهزیستی و مراقبت‌های لازم از کودک معلول
- ۴) کمک به اعضای خانواده برای افزایش درک و فهم آنان دربارهٔ معلولیت
- ۴) نخستین واکنش خانواده در برابر تولد نوزاد معلول کدام است؟ (ارشد ۱۳۹۷)
- ۱) پذیرش کودک
- ۲) درک کردن
- ۳) ضربهٔ روحی
- ۴) عقب‌نشینی دفاعی

۵) آزمایش آپگار در چه زمانی پس از تولد انجام می‌شود و شامل کدام مؤلفه‌هاست؟ (ارشد ۱۳۹۸)

- ۱) دقیقه‌های اول، دهم و سی‌ام- فعالیت کودک، ضربان قلب، رنگ ظاهر، رفلکس‌ها، واکنش‌های پوستی
- ۲) دقیقه‌های اول و پنجم- ضربان قلب، میزان تنفس، قدرت ماهیچه‌ها، وضعیت عمومی، رنگ پوست
- ۳) دقیقه‌های اول، دهم و سی‌ام- فعالیت کودک، ضربان قلب، تنفس، رفلکس‌ها، واکنش‌های پوستی
- ۴) دقیقه‌های اول و پنجم- نبض، رفلکس‌ها، رنگ پوست، تنفس عضلانی، واکنش‌های پوستی
- ۶) کدام مورد به ترتیب، بیشترین ناتوانی‌های دانش‌آموزان را تشکیل می‌دهند؟ (ارشد ۱۴۰۳)

- ۱) کم‌توانی‌های ذهنی- آسیب‌های جسمی- ناتوانی‌های یادگیری
- ۲) کم‌توانی‌های ذهنی- آسیب‌های حسی- ناتوانی‌های یادگیری
- ۳) کم‌توانی‌های ذهنی- اختلال طیف درخودماندگی- ناتوانی‌های یادگیری
- ۴) کم‌توانی‌های ذهنی- اختلال‌های هیجانی و رفتاری- ناتوانی‌های یادگیری

۷) کدام مورد بیانگر موافقت نامه‌ای است که بین والدین دانش آموزان و مدرسه در مورد نیازهای دانش آموز و چگونگی برآوردن آن نیازها تنظیم می‌شود؟ (ارشد ۱۳۹۶)

۱) مداخله بهنگام ۲) طرح درس ۳) برنامه آموزش انفرادی ۴) برنامه درسی

۸) کدام مورد نام دیگر ارزیابی پویا در آموزش ویژه است؟ (ارشد ۱۳۹۶)

۱) تعاملی ۲) واقعی ۳) بوم شناختی ۴) مبتنی بر فرایند

۹) بیشترین درصد شیوع دانش آموزان استثنایی بین ۶ تا ۲۱ ساله متعلق به کدام گروه است؟ (ارشد ۱۳۹۷)

۱) آسیب زبان و گفتار ۲) آسیب چندگانه ۳) عقب ماندگی ذهنی ۴) نارسایی های ویژه

۱۰) با توجه به اهداف آموزش ویژه برای کودکان استثنایی، کدام مداخله با هدف کاهش اثر نارسایی طراحی می‌شود؟ (ارشد ۱۳۹۷)

۱) برنامه ای ۲) پیشگیرانه اولیه ۳) ترمیمی ۴) پیشگیرانه ثانویه

۱۱) نخستین مؤلفه اصلی هر برنامه آموزش انفرادی کدام است؟ (ارشد ۱۳۹۷)

۱) تعیین مسئولیت ها ۲) تدوین برنامه آموزشی

۳) برآورد سطح کنونی عملکرد آموزشی ۴) هدف های سالیانه قابل اندازه گیری

۱۲) کدام اصل در برنامه های مداخله زودهنگام و اولیه برای کودکان استثنایی اساسی است؟ (ارشد ۱۳۹۷)

۱) درگیر کردن خود کودک در برنامه ۲) درگیر کردن مربی کودک در برنامه

۳) پیشگیری از وخیم شدن مشکلات ۴) درگیر کردن والدین کودک در برنامه

۱۳) اولین و مهم ترین نقش در آموزش توانبخشی کودکان استثنایی بر عهده چه کسانی است؟ (ارشد ۱۳۹۷)

۱) والدین ۲) معلمان ۳) روان شناسان ۴) برنامه ریزان

۱۴) کدام مورد از طرح های مربوط به تسهیل دسترسی به برنامه آموزش عمومی نیست؟ (ارشد ۱۳۹۸)

۱) همگانی یادگیری ۲) آموزش متمایز ۳) مداخله به هنگام ۴) پاسخ به مداخله

۱۵) در کدام روش از آموزش ویژه، دانش آموزان با نیازهای ویژه، آموزش ویژه و خدمات مربوطه را در خارج از کلاس عادی دریافت می‌کنند. اما سایر خدمات آموزشی در کلاس عادی به آنان ارائه می‌شود؟ (ارشد ۱۳۹۸)

۱) مدرسه ویژه ۲) کلاس ویژه ۳) کلاس عادی ۴) کلاس مرجع

۱۶) کدام مورد، هدف مرکزی و اصلی آموزش علوم برای افراد با نیازهای ویژه است؟ (ارشد ۱۳۹۸)

۱) فراورده های علوم ۲) دانستی های علوم ۳) مهارت استدلال ۴) مهارت مشاهده

۱۷) ارائه اطلاعات صحیح به خانواده، عزت و احترام به آن ها، انعطاف پذیر بودن برنامه های مداخله ای برای گروه های با نیازهای ویژه، از ویژگی های کدام الگوی درمانی است؟ (ارشد ۱۳۹۸)

۱) تعامل محور ۲) خانواده محور ۳) کارکردی ۴) انسان گرایی

۱۸) کدام مورد درباره دانش آموزی که از مدرسه اخراج می‌شود، درست است؟ (ارشد ۱۳۹۸)

۱) ناتوانی در یادگیری ۲) در معرض خطر ۳) استثنایی ۴) بزهکار

۱۹) در طرح همگانی یادگیری، کدام یک از روش های چندگانه به پرسش زیر پاسخ می‌دهد؟ (ارشد ۱۳۹۹)

«پاسخ دانش آموزان به اطلاعات جدید چگونه است و یادگیری چگونه ارزیابی می‌شود؟»

۱) ارائه ۲) جبران ۳) بیان ۴) مشارکت

۲۰) کدام مورد معرف تغییراتی است که در روش ارائه محتوای درسی و روش پاسخ دهی دانش آموزان در آموزش متمایز اعمال می‌شود؟ (ارشد ۱۳۹۹)

۱) اصلاح ۲) انطباق سازی ۳) متناسب سازی ۴) آموزش انفرادی

۲۱) کدام طرح به این معناست که معماری، طراحی ابزارهای نو و برنامه های ساختاری، حرکت اصلی، ساخت فن آوری ها یا فرآورده ها به گونه ای باشد که برای بیشترین میزان جمعیت بالقوه قابل استفاده باشد؟ (ارشد ۱۳۹۹)

۱) همگانی ۲) فراگیر ۳) تلفیق سازی ۴) عادی سازی

(۲۲) کدام یک در فرایند یکپارچه سازی به تلفیق دانش آموزان استثنایی با دانش آموزان عادی بیشتر کمک می کند؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (۱) کلاس ویژه (۲) مدرسه ویژه (۳) اتاق مرجع (۴) مؤسسه توانبخشی و نگهداری

(۲۳) آموزش کاملاً فراگیر در واکنش به چه رویدادی مطرح شد؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (۱) تلفیق افراد با آسیب بینایی با افراد عادی

- (۲) تلفیق همه افراد کم توان

- (۳) جداسازی بعضی از افراد با ناتوانی

- (۴) تلفیق افراد با معمولیت های چندگانه با دانش آموزان عادی

(۲۴) برنامه خدمات انفرادی خانواده (IFSP) براساس نیازهای کدام گروه از کودکان با نیازهای ویژه تدارک دیده شده است؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (۱) شیرخوار و نوپا (۲) کودکان پیش دبستانی (۳) کودکان دبستانی (۴) دانش آموزان دبیرستانی

(۲۵) در کدام رویکرد بر تعامل محیط و کودک تأکید می شود و اختلال رفتاری را ناشی از رابطه کودک و محیط می داند؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (۱) اکولوژی (۲) بینش گرا (۳) رفتاری (۴) روان تحلیلی

(۲۶) دارا بودن سه فرم گزارش معلم، خانواده و کودک ویژگی کدام آزمون است؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (۱) سیاهه رفتار کودک (۲) پرسش نامه رفتاری کانرز

- (۳) پرسش نامه سنجش کافمن برای کودک (۴) غربالگری سازمان یافته اختلالات رفتاری

(۲۷) این پدیده را که همه تغییرات در خلق و رفتار افراد کم توان هوشی به آسیب ذهنی آن ها نسبت داده شود، چه می گویند؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (۱) تصور قالبی (۲) تفکر تعمیم یافته (۳) تشخیص سوگیرانه (۴) تشخیص سایه دار

(۲۸) فراهم سازی شغل هایی با کمترین حقوق در محیط های کاری یکپارچه که بیشتر کارگران غیرناتوان هستند، چه نامیده می شود؟ (ارشد ۱۴۰۱)

- (۱) اشتغال در کارگاه های حفاظتی (۲) اشتغال سفارشی

- (۳) اشتغال حمایتی رقابتی (۴) خوداشتغالی

(۲۹) در سطوح چندم جایابی دانش آموزان با نیازهای ویژه روش هم تدریسی مورد استفاده قرار می گیرد؟ (ارشد ۱۴۰۱)

- (۱) چهارم (۲) سوم (۳) دوم (۴) اول

(۳۰) مقیاس ASQ، چه نوع مقیاسی است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (۱) تشخیصی (۲) ارزیابانه (۳) غربالگرانه (۴) درمانگرانه

(۳۱) در تقسیم بندی های جدید کودکان استثنایی، کدام آسیب در محدوده آسیب های حوزه سلامت قرار می گیرد؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (۱) نابینا-ناشنوا (۲) آسم-دیابت کودکان

- (۳) فلج مغزی-اسپینا بیفیدا (۴) معلولیت های چندگانه و آسیب های دودامنه

(۳۲) مشاهده پروفایل حاصل از ارزیابی کدام مقیاس، اعتبار تشخیص افتراقی LD و ADHD دارد؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (۱) نپسی (۲) وکسلر III (۳) استنفورد بینه (۴) وودکاک جانسون

(۳۳) کدام مورد، از مهم ترین نقش های مداخله بهنگام در پیشگیری اولیه مشکلات شایع دوران کودکی محسوب نمی شود؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (۱) فراهم کردن مشاوره مداوم برای خانواده (۲) تمرکز بر زبان و ارتباط با رویکردی جامع

- (۳) حمایت همه جانبه از نظام خانواده در جامعه (۴) کاهش نیاز به خدمات آموزش و پرورش ویژه

(۳۴) کدام مورد، هدف اصلی آموزش فراگیر را بیان می کند؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (۱) برقراری عدالت اجتماعی برای همه دانش آموزان (۲) برقراری عدالت اجتماعی برای دانش آموزان استثنایی

- (۳) جست و جو و درک نیازهای آموزشی همه دانش آموزان (۴) جست و جو و درک نیازهای آموزشی دانش آموزان استثنایی

(۳۵) کدام مورد، جزء اجزای سازنده برنامه آموزش انفرادی است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (۱) وضع سنجش (۲) نیازهای ارتباطی (۳) گزارش عدم پیشرفت (۴) سطوح کنونی آموزشی

(۳۶) در تعریف آموزشی دانش آموزان استثنایی، کدام مفهوم حائز اهمیت بیشتری است؟ (ارشد ۱۴۰۳)

- (۱) گوناگونی ویژگی ها (۲) ناتوانی در یادگیری (۳) نیازهای روان شناختی (۴) اختلال در ادراک

۱) گزینه ۴

دربگیری (عادی سازی، اینکلوزن، جریان غالب، یکپارچه سازی، فراگیری سازی) به معنای وارد کردن همه یا تقریباً همه کودکان استثنایی در مدارس عادی و ارائه دادن آموزش و پرورش ویژه به آن‌ها است. یکی از روش‌های آموزش به این کودکان، یادگیری بدون اشتباه است. در این فرایند، رفتار هدف، به عناصر ساده‌ای تبدیل می‌شود که بدون اشتباه کردن بتوان آن‌ها را آموخت.

۲) گزینه ۴

تعداد افرادی که در طبقه اختلالات یادگیری قرار می‌گیرند از تعداد افراد در سایر طبقات بیشتر است. تقریباً ۵۰ درصد کل کودکان استثنایی در این طبقه قرار می‌گیرند و نسبت به سایر گزینه‌ها شیوع ناتوانی ذهنی در بین آنان کمتر است.

۳) گزینه ۲

مداخله زود هنگام (مداخله سریع، مداخله به هنگام) به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی صفر تا پنج ساله و خانواده‌های آنان است. طبق تعریف، مداخله زود هنگام، تمامی موارد سه گزینه دیگر را شامل می‌شود.

۴) گزینه ۳

واکنش والدین در برابر کودک استثنایی: والدین دچار شوک بسیار شدیدی می‌شوند و بعد از آن به مکانیسم دفاعی انکار روی می‌آورند و احساس گناه و غم به آن‌ها دست می‌دهد. شایع‌ترین احساس در والدین کودکان استثنایی، احساس گناه است و بسیار خشمگین می‌شوند و سرانجام خود

را با موقعیت جدید وقف می‌دهند. بنابراین، در بین گزینه‌ها، گزینه ضربه روحی مناسب‌ترین پاسخ است.

۵) گزینه ۲

اولین آزمایشی که در دقیقه‌های اول و پنجم بعد از تولد انجام می‌شود، آزمایش اپگار است. در این آزمایش، پزشک ضربان قلب، میزان تنفس، قدرت ماهیچه‌ها و وضعیت عمومی نوزاد مانند رنگ پوست را بررسی می‌کند.

۶) گزینه ۴

نتایج حاصل از مطالعات مارلند در مورد برآورد درصد شیوع دانش‌آموزان استثنایی در جدول زیر آورده شده است.

۱	تیزهوشان و خلاق‌ها	۳
۲	عقب‌ماندگان ذهنی	۲/۳
۳	مشکلات شنوایی	۰/۶
۴	مشکلات بینایی	۰/۱
۵	مشکلات تکلمی	۳/۵
۶	اختلالات یادگیری	۱
۷	اختلالات رفتاری	۲
۸	دشواری‌های حرکتی	۰/۵
۹	بیماری‌های مزمن و دانش‌آموزان با یک نقص	۰/۶

براساس جدول مطالعات مارلند، گزینه ۴ صحیح است. عقب‌ماندگی ذهنی با ۲/۳ درصد فراوانی، اختلالات رفتاری با ۲ درصد فراوانی و اختلالات یادگیری دارای ۱ درصد فراوانی هستند.

پاسخ تشریحی درس آموزش و پرورش کودکان استثنایی کنکور کارشناسی ارشد

۷) گزینه ۳

برنامه آموزشی انفرادی یک برنامه درسی مخصوص برای کودکان استثنایی است که در آن نیازهای خاص تک‌تک کودکان به صورت انفرادی برطرف می‌شود. در این برنامه به درستی مشخص می‌شود که چگونه برنامه‌های مدرسه با نیازهای دانش‌آموز استثنایی متناسب‌سازی شود. این برنامه را بدون موافقت والدین نمی‌توان تغییر داد.

۸) گزینه ۱

ارزیابی پویا اشاره به ارزیابی تعاملی دارد. همان‌طور که از معنای پویا مشخص است به ارزیابی گفته می‌شود که فعال و در قالب تعاملات شکل می‌گیرد.

۹) گزینه ۴

این سؤال از کتاب روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دکتر سیف نراقی و نادری طرح شده است و براساس جدول گزینه ۴ صحیح است. درصد دسته‌بندی دانش‌آموزان استثنایی به غیر از تیزهوشان براساس گزارش اداره تعلیم و تربیت ویژه وزارت آموزش و پرورش آمریکا که خدمات

ویژه دریافت می‌کنند و در رده سنی ۶ تا ۲۱ سال قرار دارند، در جدول زیر شرح داده شده است.

۱	نارسایی‌های ویژه در یادگیری	۴۲/۲
۲	اختلالات تکلم و زبان	۱۸/۸
۳	عقب‌ماندگی ذهنی	۷/۸
۴	اختلالات هیجانی یا رفتاری	۶/۸
۵	چند معلولیتی	۲/۱
۶	آسیب‌های شنوایی و ناشنوایی	۱/۲
۷	آسیب‌های اسکلتی	۰/۹
۸	سایر آسیب‌های جسمانی (بیماری‌ها)	۱۱/۵
۹	آسیب‌های بینایی و نابینایی	۰/۴
۱۰	آتیسیم	۵/۶
۱۱	ناشنوا-نابینا	۰/۲

دارد که بیشتر آموزش توسط معلم عادی ارائه می‌شود و معلم ویژه بخشی از ساعات مدرسه به آموزش دانش‌آموز می‌پردازد و همچنین، توصیه‌هایی را به معلم عادی نیز ارائه می‌کند.

گزینه ۳ (۱۶)

از بین گزینه‌های داده‌شده در صورت سؤال، مهارت استدلال است که در آموزش و پرورش افراد با نیازهای ویژه در الویت قرار دارد.

گزینه ۲ (۱۷)

رابطه بین خانواده‌ها و روان‌شناسان بسیار مهم است. امروزه همه اعضای خانواده تشویق می‌شوند که در زندگی کودک استثنایی نقش پررنگ‌تری داشته باشند و به آن‌ها حمایت‌های مالی و حرفه‌ای ارائه شود و مداخلات مختلف بر روی نیازهای خانواده متمرکز می‌شود که این رویکرد مدل متمرکز بر خانواده یا خانواده‌محور نامیده می‌شود. هدف از رویکرد خانواده‌محور این است که به خانواده‌ها کمک شود تا خودکفایی بیشتری به دست بیاورند و صرفاً روی نقاط ضعف کودک خود تمرکز نکنند. همچنین، والدین را می‌توان همکاران بسیار مهمی در حوزه آموزش به کودکان دانست؛ زیرا که مشاهدات آن‌ها از کودک منبعی غنی از اطلاعات باارزش برای متخصصان است. براساس توضیحات گزینه ۲، پاسخ صحیح است.

گزینه ۲ (۱۸)

صورت سؤال اطلاعات کافی درباره دانش‌آموز و اینکه چرا اخراج شده است نداده است. در نتیجه از بین گزینه‌ها، گزینه دوم بهترین پاسخ است.

گزینه ۳ (۱۹)

طرح همگانی یادگیری نوعی رویکرد معتبر علمی است که شیوه‌های ارائه اطلاعات انعطاف‌پذیر، شیوه‌های پاسخ‌دهی و نشان دادن دانش و مهارت‌های انعطاف‌پذیر و شیوه‌های مشارکت انعطاف‌پذیری را برای دانش‌آموزان فراهم می‌کند. به‌طور کلی سه اصل اساسی در طرح همگانی یادگیری وجود دارد:

۱) روش‌های چندگانه ارائه: اطلاعات به‌شکل‌های گوناگون ارائه می‌شود تا نیازهای یادگیری انفرادی دانش‌آموزان برآورده شود.

۲) روش‌های چندگانه مشارکت: برانگیختن دانش‌آموزان برای مشارکت در فرایند یادگیری مستلزم این است که معلمان فعالیت‌های آموزشی متنوعی را در اختیار دانش‌آموزان قرار دهند.

۳) روش‌های چندگانه بیان: به دانش‌آموزان فرصت داده شود که دانش خود را به شیوه‌های متفاوت نشان دهد. با استفاده از این روش فرصت‌های متعددی برای نشان دادن میزان دانش در اختیار دانش‌آموز قرار داده می‌شود.

با توجه به توضیحات گزینه ۳ پاسخ صحیح است.

گزینه ۱ (۲۰)

اصلاح را می‌توان اینطور تعریف کرد: اصلاح شامل هرگونه تغییر بنیادی در محتوای درسی است. با توجه به این تعریف گزینه ۱ پاسخ صحیح است.

۱۲	صدمات مغزی	۰/۴
۱۳	تاخیر رشدی (تنها کودکان ۳ تا ۹ سال را شامل می‌شود).	۱/۷

گزینه ۳ (۱۰)

از بین مداخله‌های مطرح‌شده در گزینه‌های صورت سؤال، مداخله ترمیمی است که با هدف کاهش اثر نارسایی انجام می‌شود.

آموزش برنامه‌ای روشی است که در آن قسمت‌های مختلف برنامه از ساده به مشکل به کودک ارائه می‌شود.

در پیشگیری اولیه هم سعی می‌شود از بروز بیماری به‌طور کلی جلوگیری شود. در پیشگیری ثانویه هم هدف تشخیص زودرس بیماری و اجرای درمان است.

گزینه ۳ (۱۱)

برنامه آموزشی انفرادی یک برنامه درسی مخصوص برای کودکان استثنایی است که در آن نیازهای خاص تک‌تک کودکان به‌صورت انفرادی برطرف می‌شود. در این برنامه به‌درستی مشخص می‌شود که چگونه برنامه‌های مدرسه با نیازهای دانش‌آموز استثنایی متناسب‌سازی شود. برای رسیدن به این نوع از اهداف، در وهله اول باید از سطح کنونی عملکرد آموزشی کودک اطلاعاتی را کسب کرد تا براساس آن بتوان برنامه‌ریزی نمود.

گزینه ۴ (۱۲)

سه بحث بنیادی شالوده دخالت زود هنگام را تشکیل می‌دهد که عبارت‌اند از:

۱) یادگیری زود هنگام کودک اساس یادگیری بعدی او را تشکیل می‌دهد. در نتیجه هرچه برنامه ویژه مداخله زودتر شروع شود، احتمال یادگیری مهارت‌های پیچیده‌تر در کودک افزایش می‌یابد.

۲) ممکن است مداخله زود هنگام برای کودک و خانواده او پشتیبانی فراهم آورد که از به وجود آمدن مشکلات بیشتر جلوگیری کند.

۳) مداخله زود هنگام می‌تواند به خانواده‌ها کمک کند تا نسبت به داشتن کودک دارای ناتوانی سازگاری نشان دهند. به والدین مهارت‌هایی را برای رفتار بهتر با کودک می‌آموزد و به خانواده‌ها کمک می‌کند تا خدمات حمایتی جانبی را که ممکن است به آن نیازمند باشند دریافت کنند.

باتوجه به توضیحات، گزینه ۴ که به والدین کودک اشاره کرده است، مناسب‌ترین پاسخ است.

گزینه ۱ (۱۳)

سؤال از این آسون‌تر نداریم! خیلی واضح است که مهم‌ترین نقش در آموزش توانبخشی کودکان استثنایی بر عهده والدین است.

گزینه ۳ (۱۴)

طرح‌های مرتبط با تسهیل دسترسی به برنامه درسی آموزشی عمومی عبارت‌اند از: ۱) همگانی یادگیری، ۲) آموزش متمایز و ۳) پاسخ به مداخله. در نتیجه گزینه ۳ پاسخ این سؤال است.

گزینه ۴ (۱۵)

به‌طور کلی روش معلم منبع، اتاق منبع یا اتاق مرجع به این موضوع اشاره

۲۱) گزینه ۱

از الگوی طرح همگانی یادگیری می‌توان برای برآوردن نیازهای دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در چهار حیطه استفاده کرد:

۱) فضاهای فیزیکی: طرح همگانی می‌تواند فضاهای فیزیکی را برای دانش‌آموزان با نیازهای ویژه راحت‌تر، دسترس‌پذیرتر و کاربردی‌تر کند.
۲) فن‌آوری اطلاعات: براساس الگوی طرح همگانی، فن‌آوری اطلاعات باید به‌گونه‌ای طراحی شود که برای همگان، از جمله افراد با نیازهای ویژه قابل استفاده باشد.

۳) آموزش: از نظر آموزشی طرح همگانی یادگیری، فرصت‌های یادگیری دانش‌آموزان با نیازهای ویژه را با استفاده از انطباق‌سازی‌هایی مانند روش‌های چندگانه، روش‌های چندگانه مشارکت و روش‌های چندگانه بیان به بیشترین حد می‌رساند.

۴) خدمات مورد نیاز: طرح همگانی می‌تواند خدمات مورد نیاز دانش‌آموزان با نیازهای ویژه مانند کامپیوتر، کتابخانه و... برای آن‌ها قابل دسترس‌تر کند.

۲۲) گزینه ۳

به‌طور کلی روش معلم منبع، اتاق منبع یا اتاق مرجع به این موضوع اشاره دارد که بیشتر آموزش توسط معلم عادی ارائه می‌شود و معلم ویژه بخشی از ساعات مدرسه به آموزش دانش‌آموز می‌پردازد و همچنین، توصیه‌هایی را به معلم عادی نیز ارائه می‌کند. براساس توضیحات اتاق مرجع به تلفیق دانش‌آموزان استثنایی با دانش‌آموزان عادی بیشتر کمک می‌کند.

۲۳) گزینه ۳

دربرگیری (inclusion) (عادی‌سازی، اینکلوزن، جریان غالب، یکپارچه‌سازی، فراگیرسازی) به معنای وارد کردن همه یا تقریباً همه کودکان استثنایی در مدارس عادی و ارائه دادن آموزش و پرورش ویژه به آن‌ها است. می‌توان گفت که فراگیرسازی زمانی آغاز شد که مسئولین قصد داشتند که دانش‌آموزان کم‌توان را از سایرین دانش‌آموزان جدا کنند.

۲۴) گزینه ۱

برنامه خدمات انفرادی خانواده، (Individualized family service plan (IFSP: این برنامه نشان‌دهنده آن است که خانواده در مرکز فرایندهای تصمیم‌گیری برای کودک قرار بگیرد. تفاوت برنامه آموزشی انفرادی با برنامه خدمات انفرادی خانواده در این است که IFSP برای کودکان زیر سه سال تنظیم می‌شود.

۲۵) گزینه ۱

رویکرد محیطی (اکولوژیک): این احتمال زیاد است که بزرگ‌ترین تغییر نگرش مربیان درباره چگونگی آموزش کودکان خردسال، از به‌کارگیری رویکرد بوم‌شناختی یا اکولوژیک حاصل شده باشد. با آگاهی از نقش محیط یا زمینه، می‌شود از مدل پزشکی به مدل محیطی حرکت کرد.

۲۶) گزینه ۱

سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) ابزاری است که توسط یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به خوبی آشنا است

تکمیل می‌گردد. این ابزار را هم می‌توان به صورت خودگزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد.

۲۷) گزینه ۴

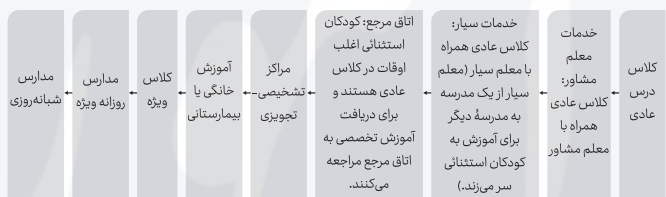
این پدیده را که همه تغییرات در خلق و رفتار افراد کم‌توان هوشی به آسیب ذهنی آن‌ها نسبت داده شود، تشخیص سایه‌دار نامیده می‌شود.

۲۸) گزینه ۳

اشتغال حمایتی، طرحی برای کمک به افراد ناتوان است که نمی‌توانند به‌طور مستقل در اشتغال رقابتی فعالیت کنند. اشتغال حمایتی روشی برای تضمین این موضوع است که آن‌ها قادرند در زمینه‌های اشتغال یکپارچه همراه با افراد بدون ناتوانی‌ها کار کنند. اشتغال رقابتی نیز عبارت است از دست‌کم بیست ساعت کار در هفته (شغلی که معمولاً یک شخص بدون ناتوانی اشتغال کرده است). می‌توان گفت که اشتغال حمایتی رقابتی شغل‌هایی با کمترین حقوق در محیط‌های کاری یکپارچه فراهم می‌نماید که بیشتر کارگران غیرناتوان هستند. براساس توضیحات بهترین پاسخ، گزینه ۳ است.

۲۹) گزینه ۳

براساس شکل زیر در سطح دوم جایابی است که علاوه بر معلم کلاس عادی، معلم مشاور نیز حضور دارد و روش هم‌تدریسی اتفاق می‌افتد.



۳۰) گزینه ۳

این تست یک پرسش‌نامه و ابزار غربالگری معتبر برای بررسی تکامل کودکان است و به والدین کمک می‌کند تا توانمندی فرزندان خود را از ۲ ماهگی تا ۶۰ ماهگی در حوزه‌های مهمی چون ارتباطات، حرکات درشت، حرکات ریز، حل مسئله، شخصی، اجتماعی بررسی کنند.

۳۱) گزینه ۲

برای دانش‌آموزان استثنایی تقسیم‌بندی توسط کرک ارائه شده است. این تقسیم‌بندی عبارت است از:

۱) انحرافات هوشی: دانش‌آموزان تیزهوش و کندذهن

۲) نقایص حسی: دانش‌آموزان کم‌شنوا، ناشنوا، کم‌بینا، نابینا

۳) دشواری‌های ارتباطی: دانش‌آموزان با مشکلات تکلمی و دانش‌آموزان با نارسایی‌های ویژه یادگیری

۴) ناهنجاری‌های رفتاری: دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری

۵) دشواری‌های حرکتی: دانش‌آموزان با معلولیت‌های بدنی

۶) سایر موارد استثنایی و بیماری‌ها.

براساس این تقسیم‌بندی، گزینه ۲ پاسخ صحیح است.

۳۲) گزینه ۲

با آزمون استنفورد-بینه می‌توان بهره هوشی را محاسبه کرد و صرفاً با

بر بازسازی نظام آموزشی به منظور آماده سازی شرایط آموزش با دانش آموز، علاوه بر جاگماری کودک استثنایی در محیط عادی تمرکز می کند. براساس توضیحات گزینه ۳ پاسخ صحیح است.

گزینه ۱ (۳۵)

اجزای برنامه آموزشی انفرادی برای همه دانش آموزان عبارت است از:

۱) سطوح کنونی عملکرد

۲) هدف ها و غایت های قابل اندازه گیری

۳) وضع سنجش

۴) عدم مشارکت با دانش آموز توانمند

۵) همه خدمات مورد نیاز، کاملاً توصیف شده اند.

۶) گزارش پیشرفت

گزینه ۱ (۳۶)

اصطلاح کودک استثنایی (Exceptional child) هم کودکانی را که اختلالات رشدی دارند و هم کودکان دارای توانایی های بسیار بالا را شامل می شود. کودک استثنایی، کودکی است که از کودکان عادی یا متوسط از جنبه های زیر تفاوت دارد:

۱) توانایی های ذهنی، ۲) توانایی های حسی، ۳) توانایی های ارتباطی، ۴) رشد رفتاری و هیجانی، ۵) ویژگی های جسمانی
در نتیجه در تعریف کودک استثنایی گوناگونی ویژگی ها حائز اهمیت است.

دانستن بهره هوشی نمی توان بین دو اختلال یادگیری و نقص توجه- بیش فعالی تشخیص افتراقی انجام داد، اما آزمون وکسلر نه تنها بهره هوشی کلی را مشخص می کند، بلکه بهره هوشی کلامی و بهره هوشی غیرکلامی را نیز اندازه می گیرد و به دلیل خرده مقیاس های گوناگونی که دارد تشخیص افتراقی را آسان تر می کند.

گزینه ۴ (۳۳)

پیشگیری اولیه: در این روش سعی می شود از بروز بیماری به طور کلی جلوگیری شود. نمونه این روش واکسیناسیون است. همچنین، آموزش بهداشت همگانی نیز نقش مهمی در پیشگیری اولیه بازی می کند. بالا بردن سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده ها نیز با عنایت به این نکته که فراوانی اختلال رشدی ذهنی در خانواده های مرفه به مراتب کمتر از خانواده های فقیر است، یکی دیگر از روش های پیشگیری اولیه است. براساس توضیحات گزینه های ۱ تا ۳ با توجه به نوع مشکل می تواند در پیشگیری اولیه انجام شود، اما این موضوع که کودک صرفاً به خدمات آموزش و پرورش ویژه نیازی پیدا نکند جزو اهداف پیشگیری اولیه نیست.

گزینه ۳ (۳۴)

دربرگیری (inclusion) (عادی سازی، اینکلوزن، جریان غالب، یکپارچه سازی، فراگیرسازی): به معنای وارد کردن همه یا تقریباً همه کودکان استثنایی در مدارس عادی و ارائه دادن آموزش و پرورش ویژه به آنها است. فراگیرسازی

خودنگار...

اختلال رشدی ذهنی در هر دوره و هر زمانی در اجتماع وجود داشته است. تا قرن هجده میلادی این افراد مورد توجه و لطف نبودند و حتی پزشکان از درمان آن‌ها خودداری می‌کردند. اگرچه بعداً متوجه شدند که این بیماران با محیط بیگانه نیستند، بلکه به‌علل ضایعات مغزی تماس آن‌ها با دنیای خارج تغییر کرده است.

بقراط به ضایعات مغزی این افراد اشاره کرده بود. تا اوایل قرن نوزده، کتاب قابل قبولی در زمینه اختلال رشد ذهنی و افراد مبتلا به اختلالات رفتاری تدوین نشده بود، به‌طوری که به این بیماری‌ها جنون یا دیوانگی می‌گفتند؛ تا اینکه در اواخر قرن هجده فیلیپ پینل (بنیان‌گذار روان‌پزشکی جدید) در برخورد با این بیماران روشی را در پیش گرفت که بعدها به درمان اخلاقی مشهور شد. وی در کتابی عقب‌ماندگی ذهنی را گروهی از بیماری‌های روانی دانسته است. فیلیپ پینل بیماری‌های روانی را به چهار گروه تقسیم کرد:

(۱) ملانکولی یا مالیخولیا

(۲) مانی یا جنون شور و شوق (شیدایی)

(۳) جنون

(۴) عقب‌ماندگی ذهنی

بالاخره در قرن بیستم معلولیت ذهنی که به‌علت اختلالات متابولیکی، نقص‌های کروموزومی، بیماری‌های مادر در دوران بارداری و عوارض‌ها و ... باعث ایجاد عوارض در کودکان می‌شد، کشف شد.

معلولیت ذهنی

پیاژه اعتقاد داشت افرادی عقب‌مانده هستند که در مراحل اولیه رشد تثبیت شده‌اند:

تثبیت در مرحله حسی حرکتی: عقب‌ماندگی عمیق

تثبیت در مرحله پیش‌عملیاتی: عقب‌ماندگی شدید

تثبیت در مرحله عملیاتی: عقب‌ماندگی متوسط

لئوکانر زمانی کودکی را کم‌توان ذهنی می‌نامید که توانایی‌های شناختی، عاطفی و کنشی او به میزانی ضعیف باشد که در هر جامعه‌ای ناقص شناخته شود. از نظر آموزشی نیز به کودکی عقب‌افتاده می‌گویند که به‌علت استعداد محدود، به آموزش و پرورش و تدریس خاص نیاز داشته باشد.

● مشخصه اصلی معلولیت ذهنی

مشخصه اصلی معلولیت ذهنی عبارت است از نقص‌هایی در توانایی‌های ذهنی مانند تفکر انتزاعی، یادگیری آکادمیک، برنامه‌ریزی و حل مسئله و ... که این نقص‌ها موجب می‌شود عمل سازگانه فرد با مشکل مواجه شود.

معلولیت ذهنی یک اختلال پزشکی یا یک اختلال روانی نیست، بلکه نوعی عملکرد ویژه است که در کودکی آغاز می‌شود و ویژگی آن محدودیت در هوش و مهارت‌های سازگاری است.

● تعریف معلولیت ذهنی در DSM-5-TR

در DSM-IV از اصطلاح **عقب‌ماندگی ذهنی** استفاده می‌شد، اما در DSM-5 از اصطلاح **معلولیت ذهنی** (کم‌توانی هوشی، اختلال رشد هوشی، اختلال هوش در دوران رشد) استفاده شده است و انجمن آمریکایی عقب‌ماندگی ذهنی (AAIDD) نیز نام خود را به انجمن آمریکایی ناتوانی هوشی و تحولی تغییر داد. در DSM-IV اولین معیار اصلی این ناتوانی، عملکرد هوشی کمتر از متوسط با ضریب هوشی کمتر از ۷۰ بود، اما در DSM-5 معیار ضریب هوشی یا همان IQ حذف شد و در عوض بر عملکرد سازگاران در زندگی تأکید شد. همچنین، معیار رشدی در DSM-5 نشان می‌دهد که همه معلولیت‌های ذهنی باید قبل از ۱۸ سالگی، یعنی در دوران رشد، روی داده باشند.

ملاک‌های DSM-5-TR برای تشخیص کم‌توانی ذهنی

(۱) نقص در عملکرد هوشی مانند برنامه‌ریزی، حل مسئله، قضاوت و ... که با ارزیابی بالینی و نیز آزمون هوش استاندارد تأیید می‌شود. (۲) نقص در عملکرد سازگاران

(۳) شروع نقص‌های هوشی و سازشی قبل از ۱۸ سالگی باشد.

تأخیر کلی رشد: این تشخیص به افراد زیر پنج سال که میزان شدت بالینی در اوایل کودکی قابل ارزیابی نیست، داده می‌شود. این طبقه نیازمند ارزیابی مجدد پس از یک دوره زمانی است.

کم‌توانی ذهنی نامعین: این تشخیص برای افراد بالای پنج سال که به احتمال زیاد کم‌توان ذهنی هستند، اما ارزیابی آن‌ها دشوار است، به‌کار برده می‌شود.