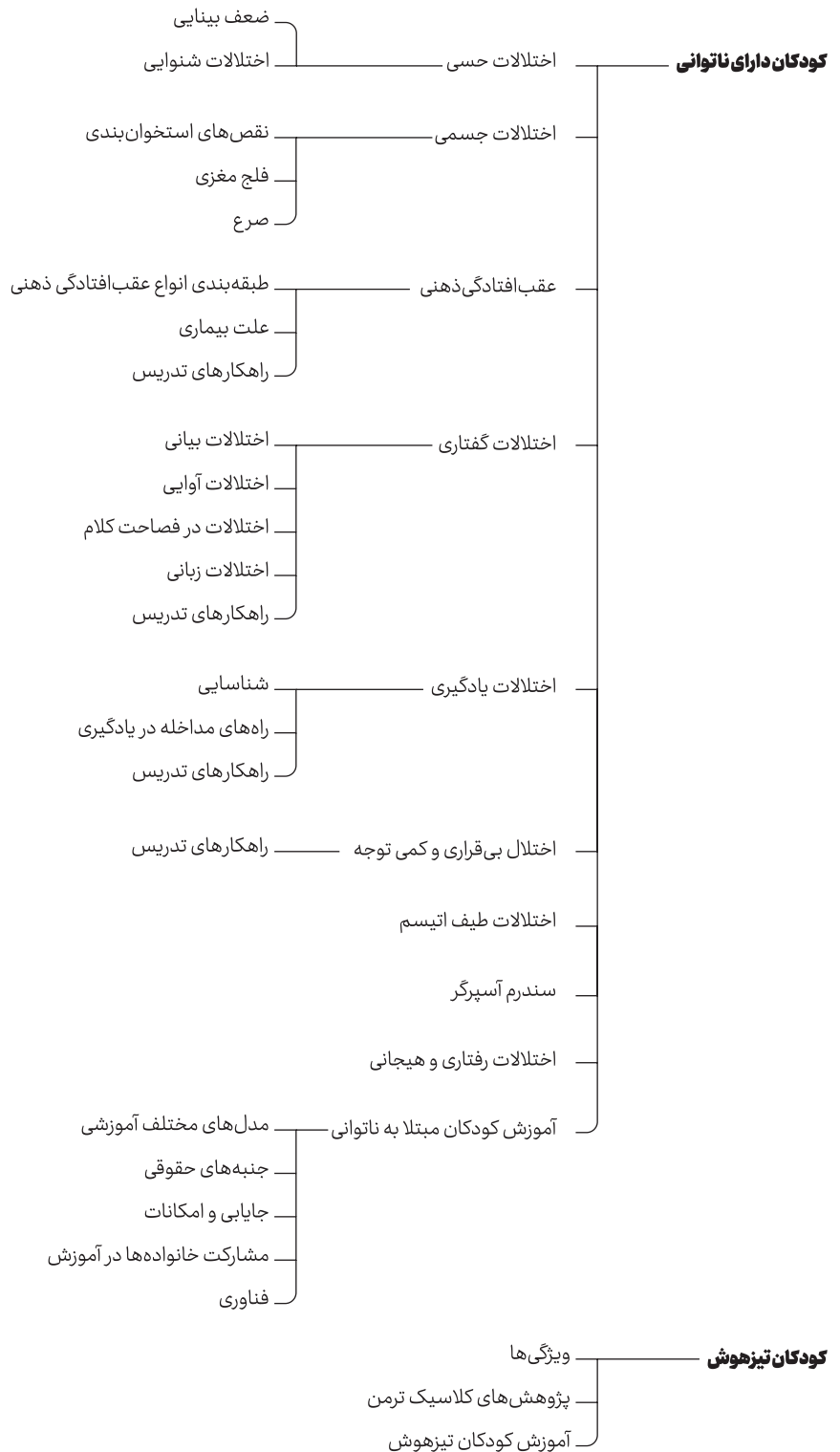


ضمیمهٔ کتاب روان‌شناسی تربیتی

یادگیرندگان استثنایی





دانش آموز استثنایی هم به کودکان مبتلا به انواع ناتوانی و هم به کودکان تیزهوش اطلاق می‌شود.

۱- کودکان دارای ناتوانی

حدود ۱۱ درصد از کودکان ۶ تا ۱۷ ساله در ایالات متحده از آموزش استثنایی بهره‌مند هستند. نیمی از این کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری هستند و تعداد زیادی نیز دچار مشکلات گفتاری (۱۹ درصد)، عقب‌ماندگی ذهنی (۱۱ درصد) یا اختلالات هیجانی شدید (۸ درصد) هستند. در گذشته، واژه‌های ناتوانی و معلولیت مترادف بودند، اما اکنون تفاوت‌هایی بین آن‌ها وجود دارد. ناتوانی به محدودیت‌های عملکردی فرد اشاره دارد، درحالی‌که معلولیت وضعیتی است که جامعه به فرد ناتوان تحمیل می‌کند. مریمان امروزه بیشتر از اصطلاح «کودکان مبتلا به ناتوانی» استفاده می‌کنند تا بر فرد تأکید کنند نه ناتوانی او. اصطلاح «عقب‌مانده» نیز دیگر برای کودکان مبتلا به ناتوانی استفاده نمی‌شود، اما هنوز برای توضیح اختلالات یادگیری و عملکردی کاربرد دارد. برای مثال، کودکانی که از صندلی چرخ‌دار استفاده می‌کنند و دسترسی آسان به امکانات ندارند، معلول محسوب می‌شوند.

۱-۱- اختلالات حسی

۱-۱-۱- ضعف بینایی

اگر دانش‌آموزی کتاب را نزدیک صورت می‌گیرد، چشم‌ها را می‌مالد یا از واضح‌ندیدن شکایت دارد، با مراجعه به پزشک و دریافت عینک ساده بهبود می‌یابد، ولی برخی نیاز به درمان‌های جدی‌تر دارند. دانش‌آموزانی با ضعف بینایی، با درجه بینایی ۲۰ روی ۷۰ تا ۲۰ روی ۲۰۰، می‌توانند با عینک مراجعه شوند (دید طبیعی ۲۰ روی ۲۰ در نظر گرفته می‌شود). این دانش‌آموزان کلمات درشت و نوشته‌های معمولی را با ذره‌بین می‌خوانند. دسته دیگر نابینایان هستند. نابینایان که از حس لامسه یا شنوایی برای خواندن استفاده می‌کنند، یا نابینا به دنیا آمده‌اند یا در سال اول زندگی بینایی خود را از دست داده‌اند. این دانش‌آموزان از هوش طبیعی برخوردارند و می‌توانند با کمک، همگام با سایرین پیشرفت کنند. در مواردی که نقص بزرگتری وجود داشته باشد، نیاز به کمک‌های ویژه خواهند داشت.

۱-۲- اختلالات شنوایی

دانش‌آموزان با نقص شنوایی به سختی در کلاس یاد می‌گیرند. کودکانی که ناشنوا به دنیا می‌آیند یا در اوایل زندگی ناشنوا می‌شوند، نمی‌توانند درست صحبت کنند. اگر دانش‌آموزی همیشه یک گوش خود را به سمت گوینده می‌گیرد، می‌خواهد حرف‌ها تکرار شوند، راهنمایی‌ها را دنبال نمی‌کند یا از خارش و گرفتگی گوش شکایت دارد، باید او را برای شنوایی‌سنجی به متخصص ارجاع دهید.

۲-۱- اختلالات جسمی

۱-۲-۱- نقص‌های استخوان‌بندی

کسی که دچار چنین نقص‌هایی است ممکن است نتواند به درستی حرکات ماهیچه‌ها، استخوان‌ها یا مفاصل را کنترل کند. شدت این نقص‌ها متفاوت است و می‌تواند در دوران جنینی یا به دلیل حوادث و بیماری‌های خاص در سال‌های اول زندگی ایجاد شود. امروزه با بهره‌گیری از خدمات درمانی مناسب، بیشتر این کودکان به خوبی سال‌های تحصیل را پشت سر می‌گذارند.

۲-۲-۱- فلج مغزی

در این عارضه، کودک هماهنگی لازم در کارهای ماهیچه‌ای را ندارد، اندام‌هایش لرزش دارند و به‌طور واضح صحبت نمی‌کند. مهم‌ترین عامل ایجاد این عارضه، نرسیدن اکسیژن کافی به مغز در زمان تولد است. شایع‌ترین حالت آن سخت‌شدن ماهیچه‌ها و مشکلات حرکتی است. در نوع دیگر این ناهنجاری، ماهیچه‌های کودک گاهی سفت و گاهی شل و آویزان هستند، که باعث می‌شود حرکات بدن نامنظم و ناهماهنگ باشند. کامپیوتر وسیله‌ای بسیار مناسب برای آموزش این کودکان است. اگر کودک بتواند به‌درستی از صفحه کلید استفاده کند، قادر به نوشتن روی صفحه نمایش خواهد بود.

۲-۳-۱- صرع

در این عارضه عصبی، حمله‌های ناگهانی و گاه‌وبیگاه به کودک دست می‌دهد و حرکاتش را مختل می‌کند. صرع انواع گوناگونی دارد. در یک نوع شایع، زمان بروز عوارض کوتاه است (معمولاً کمتر از ۳۰ ثانیه)، اما ممکن است در هر جا و حتی چند صد بار در روز تکرار شود. در این مواقع، کودک به جایی خیره می‌شود و ممکن است پلک‌هایش مرتب به هم بخورند. در نوع دیگر، کودک بی‌هوش می‌شود و با

ماه‌چیزهای سفت‌شده حرکات شدید و پرش‌داری انجام می‌دهد. در موارد شدید، حمله‌ها ممکن است ۳ تا ۴ دقیقه طول بکشند. این کودکان را با داروهای ویژه معالجه می‌کنند که حمله‌ها را تخفیف می‌دهند اما از بین نمی‌برند. دانش‌آموزان مبتلا به این عارضه در مواقع عادی رفتار کاملاً طبیعی دارند. اگر در کلاس شما دانش‌آموزی با صرع وجود دارد، باید با نشانه‌های بیماری او آشنا باشید تا در مواقع حمله کمک کنید. علت حمله‌ها را بررسی کنید؛ ممکن است ناشی از خستگی، نخوردن دارو یا استرس باشد. به عنوان مثال، یک دانش‌آموز دبیرستانی پس از چند تصادف و بدگذراندن امتحانات، مبتلا به صرع ملایم تشخیص داده شد.

۱-۳- عقب‌افتادگی ذهنی

شمار فزاینده‌ای از کودکان با عقب‌افتادگی ذهنی در مدارس عادی تحصیل می‌کنند. بارزترین مشخصه این اختلال، عملکرد ضعیف هوشی است. پیش از ظهور آزمون‌های هوش، این کودکان براساس ضعف در مهارت‌های یادگیری و مراقبت شخصی شناسایی می‌شدند. امتیازهای کسب‌شده از آزمون هوش، میزان خفیف یا شدید بودن عقب‌افتادگی را نشان می‌دهند. کودکان با عقب‌افتادگی خفیف ممکن است در کلاس‌های عادی موفق باشند، اما کودکان با عقب‌افتادگی شدید ممکن است نتوانند در این محیط تحصیل کنند. علاوه بر ضعف هوشی، نقص در رفتارهای انطباقی و پیشرفت رشدی نیز از مشخصات عقب‌افتادگی ذهنی هستند. این اختلال معمولاً پیش از سن هجده سالگی با ضعف بودن بهره هوشی (معمولاً پایین‌تر از ۷۰) و مشکلات در انطباق با زندگی روزمره آغاز می‌شود. این ضعف باید از اوان کودکی مشهود باشد، نه اینکه ناشی از تصادف یا ضربه ناگهانی به مغز باشد.

۱-۳-۱- طبقه‌بندی انواع عقب‌افتادگی ذهنی

عقب‌افتادگی ذهنی به چهار دسته تقسیم می‌شود: خفیف، متوسط، شدید و حاد. حدود ۸۵ درصد از مبتلایان به عقب‌افتادگی ذهنی در دسته خفیف قرار دارند و می‌توانند مهارت‌های تحصیلی پایه ششم را به دست آورند و در بزرگسالی شغلی اختیار کنند. افراد با عقب‌افتادگی ذهنی شدید نیاز به مراقبت بیشتری دارند و این نوع عارضه معمولاً با عوارض عصبی دیگری نظیر فلج مغزی، صرع، ضعف شنوایی، ضعف بینایی یا سایر نقایص متابولیکی هنگام تولد همراه است که بر آنان تأثیر می‌گذارند. نظام‌های آموزشی عقب‌افتادگی‌های ذهنی را معمولاً براساس بهره هوشی به چند دسته تقسیم می‌کنند: خفیف (بهره هوشی ۵۵-۷۰)، متوسط (بهره هوشی ۴۰-۵۴)، شدید (بهره هوشی ۲۵-۳۹) و حاد (بهره هوشی زیر ۲۵). اما این طبقه‌بندی براساس بهره هوشی، معیار دقیقی برای عملکرد فرد نیست. انجمن آمریکایی عقب‌افتادگی ذهنی، طبقه‌بندی جدیدی براساس میزان حمایت مورد نیاز کودک برای عملکرد بهتر ارائه داده است:

ادواری: حمایت‌های موقت در مواقع بحران.

کم هوش: حمایت‌های جدی و مستمر ولی محدود به زمان.

گسترده: حمایت‌های دائم برای مشکلات روزمره.

فراگیر: حمایت‌های دائم و بسیار جدی در تمام موقعیت‌ها.

۱-۳-۲- علت بیماری

عوامل ژنتیکی:

سندرم داون، شایع‌ترین نوع عقب‌افتادگی ذهنی ژنتیکی است که ناشی از داشتن یک کروموزوم اضافی در جفت کروموزوم ۲۱ است. این کودکان دارای ویژگی‌های ظاهری خاصی مانند صورت گرد، جمجمه پهن، پلک‌های چینی، زبان برجسته و دست و پا‌های کوتاه هستند. تقریباً از هر ۷۰۰ نوزاد، یکی مبتلا به سندرم داون است. با حمایت مناسب، بسیاری از این کودکان می‌توانند به استقلال دست یابند. این سندرم معمولاً در دسته عقب‌افتادگی خفیف تا شدید قرار می‌گیرد.

سندرم X شکننده، دومین نوع شایع عقب‌افتادگی ذهنی، ناشی از ناهنجاری در کروموزوم X است و می‌تواند به عقب‌افتادگی ذهنی خفیف تا شدید منجر شود. این بیماری معمولاً در مردان شدیدتر از زنان است و ویژگی‌هایی مانند صورت کشیده و فک پیش آمده دارد. حدود ۷ درصد از عقب‌افتادگی‌های ذهنی خفیف در زنان به این سندرم مربوط می‌شود.

آسیب مغزی نیز می‌تواند ناشی از بیماری‌های عفونی مانند سرخجه، سیفلیس، زونا و ایدز در دوران بارداری باشد که ممکن است منجر

یادگیرندگان استثنایی

به عقب افتادگی ذهنی شود. همچنین، خطرات محیطی مانند ضربه به سر، سوءتغذیه، مسمومیت و مصرف الکل توسط مادر در دوران بارداری نیز می‌تواند باعث عقب افتادگی ذهنی شود.

سندرم جنین الکلی (FAS) ناشی از مصرف زیاد الکل توسط مادر در دوران بارداری است و شامل ناهنجاری‌های صورت و عقب افتادگی ذهنی است. این سندرم حدوداً در یک سوم از نوزادان مادران باردار الکلی مشاهده می‌شود.

۱-۳-۳- راهکارهای تدریس

برای آموزش کودکان با عقب افتادگی ذهنی:

- تشویق خودمختار: به آن‌ها کمک کنید کارها را به دل خواه خود انجام دهند.
- تطابق سطح آموزش: آموزش‌ها را متناسب با سطح توانایی کودک تنظیم کنید.
- آموزش ساده و تکراری: مفاهیم را ساده و واضح توضیح داده و فرصت‌های تکرار فراهم کنید.
- حساسیت به اعتمادبه نفس: از مقایسه با دیگران پرهیز کنید و اعتمادبه نفس کودک را تقویت کنید.
- انتظارات مثبت: اهداف یادگیری مشخص و انتظارات مثبت داشته باشید.
- کمک‌های اضافی: از معلمان و داوطلبان برای حمایت استفاده کنید.
- تحلیل رفتارهای کاربردی: از روش‌های تحلیل رفتار برای بهبود مهارت‌ها استفاده کنید.
- ارزیابی مهارت‌های شغلی: مهارت‌های شغلی در سال‌های آخر دبیرستان را ارزیابی کنید.
- همکاری با خانواده‌ها: خانواده‌ها را در آموزش فرزندانشان مشارکت دهید.

۱-۴-۱ اختلالات گفتاری

حدود یک‌پنجم از تمام کودکانی که از خدمات خاص آموزشی بهره‌مندند دارای مشکلات زبانی یا گفتاری هستند.

۱-۴-۱-۱ اختلالات بیانی

اختلالات بیانی به مشکلاتی در تلفظ گفته می‌شود. در سن ۶ یا ۷ سالگی تلفظ ممکن است هنوز خالی از اشتباه نباشد، اما در ۸ سالگی نباید این‌گونه باشد. این اختلالات می‌توانند در برقراری ارتباط با هم‌سالان و معلم مشکل‌ساز شوند، مثلاً کودک از پرسیدن سؤال یا ارتباط با هم‌سالان خود اجتناب می‌کند. مشکلات بیانی معمولاً با گفتاردرمانی که ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها طول بکشد، بهبود می‌یابند یا رفع می‌شوند.

۱-۴-۲-۱ اختلالات آوایی

اختلالات آوایی بر طرز بیان کودک تأثیر می‌گذارد و سبب دورگه یا خشن شدن و بلندی، تیزی یا ملایمی بیش از حد آن می‌شوند. کودکانی که شکافی در کام دهان دارند، اغلب دچار اختلال آوایی هستند که سبب نامفهوم شدن بیان آنان می‌شود. گفتاردرمانی می‌تواند مفید باشد.

۱-۴-۳-۱ اختلالات در فصاحت کلام

اختلالات در فصاحت کلام اغلب همان موردی است که «لکنت زبان» نامیده می‌شود. لکنت زبان هنگامی رخ می‌دهد که گفتار کودک دارای درنگ‌های نامنظم، کشیدگی و تکرار باشد. اضطراب ناشی از داشتن لکنت زبان منجر به وخامت آن می‌شود. در این مورد نیز گفتاردرمانی توصیه می‌شود.

۱-۴-۴-۱ اختلالات زبانی

اختلالات زبانی به ضعف در دریافت و گفتار کودک اشاره دارند که می‌توانند مشکلات مهمی در یادگیری ایجاد کنند. این اختلالات شامل دشواری‌هایی در بیان درست پرسش‌ها، درک و دنبال کردن راهنمایی‌های شفاهی و صحبت‌های پیچیده و سریع هستند. مشکلات هم در زبان دریافتی (درک زبان) و هم در زبان بیانی (بیان افکار) مشاهده می‌شوند. کودکان مبتلا ممکن است بی‌علاقه و منزوی شوند، در پاسخ به پرسش‌ها تعلل کنند و در یافتن واژه‌های مناسب و بیان افکار خود دچار مشکل شوند. گفتاردرمانی می‌تواند به بهبود این مشکلات کمک کند، اما آن‌ها را به طور کامل رفع نمی‌کند.

۱-۴-۵- راهکارهای تدریس

راهکارهایی برای آموزش کودکان مبتلا به اختلال زبان دریافتی: استفاده از روش‌های چند حسی: به جای استفاده از روش‌های شفاهی به تنهایی، از مطالب نوشتاری و راهنماها نیز بهره بگیرید. توجه به سرعت بیان: مطالب را آهسته و چند بار تکرار کنید و مطمئن شوید که کودکان مطالب را دریافت کرده‌اند. زمان کافی برای پاسخ‌گویی: به کودکان ۱۰ تا ۱۵ ثانیه زمان برای پاسخ‌گویی بدهید. نمونه‌های ساده برای مفاهیم انتزاعی: برای مفاهیم پیچیده، از مثال‌های خاص و ساده استفاده کنید. کمک به کودکان مبتلا به اختلال زبان بیانی:

زمان کافی برای پاسخ‌گویی: به کودک زمان بسیاری برای پاسخ‌گویی بدهید. ارائه گزارشات کتبی: از کودک بخواهید گزارشات شفاهی خود را به صورت کتبی ارائه دهد. کمک در انتخاب واژه: اگر کودک در پاسخ شفاهی مشکل دارد، اولین آوای واژه را به او بگویید یا او را در انتخاب واژه آزاد بگذارید. پرسش‌ها را از پیش بدهید: پرسش‌ها را از قبل به کودک بدهید تا بتواند پاسخ‌ها را آماده کند و به هم‌کلاسی‌هایش نشان دهد.

۱-۵- اختلالات یادگیری

پائولا کودکستان را دوست ندارد و نام هم‌کلاسی‌ها و معلمش را نمی‌داند. معلم بابی در پایه سوم از تلفظ بسیار بد او شکایت دارد. تیم ۱۱ ساله می‌گوید که روخوانی برای او کار بسیار مشکلی است و معمولاً معنی واژه‌ها را درک نمی‌کند. هریک از این دانش‌آموزان ممکن است به اختلال یادگیری مبتلا باشند.

کودکان مبتلا به اختلال یادگیری (۱) دارای هوش طبیعی یا بالاتر از حد متوسط هستند، (۲) در حداقل یک موضوع درسی یا گاهی چندین مورد مشکل دارند، (۳) مشکل خاص یا اختلال دیگری نظیر عقب‌افتادگی ذهنی که علت این ناتوانی باشد ندارند. این اختلالات یادگیری می‌تواند در زمینه‌های گوش‌دادن، تمرکز، صحبت‌کردن، تفکر، حافظه، خواندن، نوشتن، تلفظ و یا مهارت‌های اجتماعی بروز کند. حدود ۵ درصد از کل کودکان مدرسه‌ای به دلیل داشتن اختلال یادگیری از آموزش‌های خاص یا خدمات مرتبط بهره‌مند می‌شوند. تعداد این کودکان به میزان قابل‌توجهی افزایش یافته است. برخی از کارشناسان این افزایش را ناشی از تشخیص‌های نادرست یا بیش از حد می‌دانند و معتقدند که معلمان با مشاهده کوچک‌ترین مشکل در یادگیری کودک، برچسب اختلال یادگیری به او می‌زنند. سایر کارشناسان بر این باورند که بیشتر دلایل این افزایش قابل قبول است.

تشخیص اختلالات یادگیری دشوار است و می‌تواند مشکلات هم‌زمانی در گوش‌دادن، تمرکز، صحبت‌کردن، خواندن، نوشتن، تفکر، ریاضیات یا روابط اجتماعی ایجاد کند. این ناتوانی‌ها می‌توانند اثرات متفاوتی بر زندگی کودکان داشته باشند و ممکن است ناشی از ناهنجاری‌هایی مانند سندرم جنین الکلی باشند. اختلالات یادگیری ممکن است همراه با اختلالات دیگر نظیر مشکلات ارتباطی و رفتاری باشند. پسران تقریباً سه برابر بیشتر از دختران دچار اختلال یادگیری می‌شوند، که به توضیحات گوناگونی نظیر آسیب‌پذیری زیستی بیشتر پسران و تعصبات معلمان نسبت داده می‌شود. شایع‌ترین زمینه‌های درسی که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در آن‌ها مشکل دارند، روخوانی، زبان کتبی و ریاضیات است. مشکل اساسی در روخوانی، مهارت‌های واج‌شناختی است که شامل شناخت ترکیب آواها و واج‌ها در ساخت واژه‌ها می‌شود. خوانش‌پریشی ضعف شدیدی در توانایی خواندن و تلفظ است. کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری مشکلاتی در دستخط، تلفظ و انشا دارند. دستخط آن‌ها ناخوانا است و اشتباهات تلفظی زیادی دارند و گاهی بسیار کند می‌نویسند. در ابتدا، مشکلات در ریاضیات کمتر مورد توجه بود، اما اکنون این مشکلات به عنوان ناتوانی یادگیری شناخته می‌شوند. این کودکان ممکن است در محاسبات اشتباه کنند یا از راه‌حل‌های نادرست استفاده کنند.

دسته‌بندی فعلی ناتوانی‌های یادگیری، به صورت «یا/یا» است: کودک یا مبتلا به ناتوانی یادگیری است یا نیست، درحالی که شدت ناتوانی‌ها متفاوت است. ناتوانی‌های شدید مانند خوانش‌پریشی آسان‌تر تشخیص داده می‌شوند، اما ناتوانی‌های خفیف‌تر دشوارترند. نبود معیار دسته‌بندی تأییدشده، باعث شده تشخیص ابتلا در کودکان توسط افراد مختلف، متغیر باشد. ناتوانی‌های یادگیری معمولاً مادام‌العمر هستند و تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی، نرخ ترک تحصیل، درآمد و ورود به دوره متوسطه

یادگیرندگان استثنایی

دارند. کودکان مبتلا که بدون حمایت کافی در کلاس‌های عادی تحصیل می‌کنند، عملکرد ضعیف‌تری دارند. با این حال، بسیاری از آن‌ها یاد می‌گیرند که چگونه مانند سایرین زندگی کنند و شغلی مفید داشته باشند. بهبود بازده این کودکان دشوار و مستلزم دخالت‌های مداوم است. هیچ برنامه یا الگوی کارآمد و ثابتی برای رفتار با این کودکان وجود ندارد.

۱-۵-۱- شناسایی

تشخیص ناتوانی یادگیری، به‌ویژه نوع خفیف آن، در کودکان دشوار است. کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری معمولاً از نظر ظاهری تفاوتی با سایرین ندارند و از طریق زبان می‌توانند ارتباط برقرار کنند. تشخیص این ناتوانی نیاز به تفاوت چشمگیری بین عملکرد واقعی و مورد انتظار دارد که با آزمون هوش انفرادی برآورد می‌شود، اما برخی از مسئولان آموزشی این روش را کافی نمی‌دانند. نخستین مرحله تشخیص توسط معلم کلاس صورت می‌گیرد. در صورت مشکوک بودن به ناتوانی یادگیری، معلم از متخصصان کمک می‌گیرد. برای تشخیص قطعی، ارزیابی‌های روان‌شناختی و سنجش‌های آموزشی ضروری است. نقش والدین و معلمان نیز در تشخیص نهایی اهمیت دارد. در بسیاری از نظام‌های آموزشی، کندی روخوانی در دو سال اول ابتدایی به عنوان عامل تشخیص ناتوانی یادگیری شناخته می‌شود، اما این مسئله می‌تواند مانعی برای تشخیص به موقع باشد. تشخیص و کمک به کودکان در این سنین بسیار حیاتی است، زیرا در صورت عدم تشخیص به موقع، راهنمایی و کمک به کودک در آینده دشوار خواهد شد.

۱-۵-۲- راه‌های مداخله در یادگیری

آموزش‌های متنوعی برای بهبود توانایی روخوانی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش واج‌شناختی در کودکان تأثیر مثبت بر پیشرفت روخوانی در پایه اول ابتدایی دارد. با این حال، بسیاری از کودکان تا پایه سوم یا بالاتر از آموزش‌های مناسب و به موقع برخوردار نمی‌شوند و بهبود قابل توجهی در مهارت‌های روخوانی آن‌ها مشاهده نمی‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش فشرده در زمینه واج‌شناختی و مهارت‌های تفکر می‌تواند به طور قابل توجهی مهارت‌های روخوانی را بهبود بخشد. برای مثال، به ۶۵ دانش‌آموز مبتلا به خوانش پریشی شدید، ۶۵ ساعت آموزش فردی و گروهی ارائه شد که نتایج مثبتی داشت.

در حالی که کودکان با اختلالات واج‌شناختی شدید ممکن است به این آموزش‌ها کندتر پاسخ دهند، موفقیت نهایی به مهارت‌های معلم و نوع آموزش بستگی دارد. تحقیقات نشان می‌دهند که ترکیبی از آموزش راهبردی و آموزش مستقیم بیشترین تأثیر را بر درک مطلب، گنجینه واژگان و خلاقیت کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری دارد. استفاده از گروه‌های کوچک، فناوری برای افزایش آموزش‌های معلم و پرسش مستقیم از راهکارهای مؤثر در این زمینه هستند.

۱-۵-۳- راهکارهای تدریس

برای کار با کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری، می‌توان از راهکارهای زیر استفاده کرد: توجه به نیازهای خاص: نیازهای ویژه کودک را در نظر گرفته و هر درس را به صورت عینی آموزش دهید. از نمونه‌های عینی برای توضیح مفاهیم انتزاعی بهره ببرید و راهنمایی‌ها را به روشنی بیان کنید. روش انطباق در آزمون‌ها و تکالیف: تغییرات در محیط آموزشی مانند تغییر در نوع و زمان آزمون‌ها (مثل خواندن سه سؤال و دادن زمان بیشتر) می‌تواند به کودکان کمک کند تا توانایی‌های خود را بهتر نشان دهند. تغییر در روش تدریس: به جای تکالیف کتبی، از روش‌های شفاهی استفاده کنید و موفقیت‌های کودک را تحسین کنید تا اعتماد به نفس او تقویت شود.

تقویت مهارت‌های سازمان‌دهی و مطالعه: کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری ممکن است در سازمان‌دهی مشکل داشته باشند. تشویق به استفاده از تقویم‌های زمانی و فهرست‌برداری از کارها می‌تواند مفید باشد.

تقویت مهارت‌های خواندن و نوشتن: برای مشکلات روخوانی، توجه بیشتری به درس‌ها و زمان بیشتر برای تمرین نیاز است. استفاده از ابزارهایی مانند واژه‌پردازها، کتاب‌های ضبط شده و نرم‌افزارهای آموزشی می‌تواند به بهبود مهارت‌های نوشتن و خواندن کمک کند.

۱-۶- اختلال بی‌قراری و کم‌توجه

متیو به اختلال بی‌قراری و کمبود توجه (ADHD) مبتلا است که نشانه‌های ظاهری آن تاحدی مشهود است. او در توجه به درس مشکل دارد و حواسش به راحتی پرت می‌شود. متیو نمی‌تواند برای مدت طولانی آرام بنشیند و نوشتن او نامرتب است. مادرش گزارش می‌دهد که او بسیار بی‌قرار است. اختلال ADHD نوعی ناتوانی است که در آن کودکان به طور مداوم یکی یا چند ویژگی زیر را از خود بروز می‌دهند: (۱) بی‌توجهی، (۲) بیش‌فعالی و (۳) دمدمی بودن. کودکانی که بی‌توجه هستند، هنگام تمرکز بر فعالیت‌ها مشکل دارند و به سرعت خسته می‌شوند. آنان معمولاً فعالیت‌های جسمی زیادی از خود نشان می‌دهند و به نظر می‌رسد که همیشه در حال تحرک هستند. کودکانی که دمدمی هستند، در کنترل واکنش‌های خود مشکل دارند و قبل از عمل نمی‌توانند به درستی فکر کنند.

کودکان مبتلا به ADHD به سه دسته تقسیم می‌شوند: (۱) بی‌توجهی بارز، (۲) بیش‌فعالی، دمدمی بارز، یا (۳) بی‌توجهی و بی‌قراری، دمدمی. تشخیص و درمان ADHD در حال افزایش است و در دهه ۱۹۹۰ تعداد مبتلایان دو برابر شده است. براساس ارزیابی‌های کنونی، ۳ تا ۵ درصد از جمعیت در حال تحصیل به ADHD مبتلا هستند. برخی از کارشناسان این افزایش را به آگاهی بیشتر نسبت می‌دهند، درحالی‌که دیگران نگران‌اند که بسیاری از موارد بدون ارزیابی تخصصی درست تشخیص داده شوند.

علائم ADHD ممکن است در سال‌های پیش‌دبستانی ظاهر شوند. خانواده‌ها و معلمان ممکن است متوجه بی‌قراری و مشکل در تمرکز کودک شوند. این مشکلات معمولاً در محیط‌های آموزشی مانند مدارس ابتدایی بیشتر نمایان می‌شود، جایی که کودکان با انجام تکالیف و سازمان‌دهی کارها با مشکل مواجه‌اند. معلمان شکایت می‌کنند که این کودکان در تکمیل تکالیف و فعالیت‌های نشسته مشکل دارند و در شرایطی که تکالیف تکراری یا خسته‌کننده است، مشکلات بیشتری بروز می‌دهند.

برخلاف تصورات قبلی، ADHD ممکن است در نوجوانی کاهش نیابد و در حدود یک‌سوم نوجوانان همچنان ادامه یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این اختلال ممکن است تا بزرگسالی نیز ادامه پیدا کند. علل دقیق بروز ADHD هنوز به طور کامل شناخته نشده‌اند، اما عوامل مختلفی از جمله کمبود ناقل‌های عصبی، ناهنجاری‌های پیش از تولد و ناهنجاری‌های پس از تولد می‌توانند مؤثر باشند. همچنین، نقش توارث نیز در بروز این اختلال مهم است.

معمولاً برای کنترل رفتارهای کودکان مبتلا به ADHD از داروهای محرکی مانند ریتالین استفاده می‌شود. درمان دارویی معمولاً با تجویز مقدار کم شروع می‌شود و در صورت تحمل کودک، مقدار آن ممکن است افزایش یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ترکیب درمان دارویی با مدیریت رفتاری می‌تواند مؤثرتر از استفاده از هرکدام به تنهایی باشد. همچنین، معلمان باید به خواب‌آلودگی یا گیجی کودکان به دلیل مصرف زیاد دارو توجه کنند و آگاه باشند که درمان دارویی به تنهایی نمی‌تواند تمام مشکلات تحصیلی را حل کند.

۱-۶-۱- راهکارهای تدریس

برای کار با کودکان مبتلا به اختلال بی‌قراری و کمبود توجه، توصیه می‌شود که:

تأثیر دارو را زیرنظر داشته باشید.

توصیه‌ها و دستورالعمل‌ها را ساده و تکراری بیان کنید، به صورت دیداری و شفاهی.

در صورت نیاز، تغییراتی در امتحانات ایجاد کنید و از معلم آموزش ویژه کمک بگیرید.

انتظارات خود را واضح بیان کنید و بازخورد فوری ارائه دهید.

از راهکارهای مدیریت رفتاری، به ویژه بازخورد مثبت، استفاده کنید.

آموزش را به تجربیات واقعی ربط دهید و از برنامه‌های کامپیوتری آموزشی با بازی بهره ببرید.

فرصت‌هایی برای حرکت در کلاس فراهم کنید و تکالیف را به بخش‌های کوچک تقسیم کنید.

۱-۷- اختلالات طیف اتیسم

اختلالات طیف اتیسم، که به اختلالات نافذ رشد نیز معروف هستند، از اختلالات شدید مانند اتیسم تا اختلالات خفیف‌تر مانند سندرم آسپرگر را شامل می‌شوند. ویژگی‌های این اختلالات شامل مشکلات در تعاملات اجتماعی، ارتباطات کلامی و غیرکلامی و رفتارهای تکراری است. کودکان با این اختلالات ممکن است پاسخ‌های غیرعادی به تجارب حسی داشته باشند و معمولاً در سنین پایین‌تر (۱ تا ۳

سال) شناسایی می‌شوند.

واژه «اتیسم» از دو بخش یونانی «autos» به معنی «تنهایی» و «ismos» به معنی «ویژگی» تشکیل شده و به درخودماندگی شدید و ارتباط کم فرد با محیط اشاره دارد. این اختلال به عنوان یک عارضه سه وجهی شناخته می‌شود که شامل مشکلات در ارتباط، قوه تخیل و اجتماعی شدن است.

ارتباط: مشکلاتی در تمام روش‌های ارتباطی از جمله زبان، آهنگ، اشاره و زبان بدن.

قوه تخیل: تفکر سخت و انعطاف‌ناپذیر که به شکل مقاومت در برابر تغییر و رفتارهای وسواسی بروز می‌کند.

اجتماعی شدن: مشکلات شدید در برقراری ارتباط، همدلی، تماس بدنی و تماس چشمی.

افراد مبتلا به اتیسم نسبت به رفتارهای خود و محرک‌ها به شدت غیرقابل انعطاف هستند و به مسائل عاطفی تمایل چندانی ندارند. کودکانی که به اتیسم شدید مبتلا هستند، معمولاً نمی‌توانند تعاملات اجتماعی مؤثری برقرار کنند و از این رو تحصیل در کلاس‌های عادی برای آن‌ها دشوار است. اتیسم به صورت یک طیف در نظر گرفته می‌شود که در یک طرف آن اتیسم خفیف و در طرف دیگر اتیسم شدید قرار دارد.

شیوع اختلالات طیف اتیسم در حال افزایش است و برآوردهای جدید نشان می‌دهند که از هر ۱۵۰ نفر، یک نفر به این اختلال مبتلاست، در حالی که پیش‌تر تصور می‌شد از هر ۲۵۰۰ نفر، یک نفر مبتلا باشد. به نظر می‌رسد اتیسم ناشی از سوءکارکرد مغز یا ناهنجاری‌هایی در ساختار مغز و انتقال‌دهنده‌های عصبی است و احتمالاً عوامل وراثتی در بروز آن نقش دارند. شواهدی مبنی بر تأثیر جامعه‌پذیری خانواده بر اتیسم وجود ندارد.

برخی از کودکان مبتلا به اتیسم ممکن است دچار عقب‌ماندگی ذهنی باشند، در حالی که برخی دیگر هوش متوسط یا بالاتر از متوسط نشان می‌دهند. پسران چهار برابر بیشتر از دختران به اختلالات طیف اتیسم مبتلا می‌شوند. سیمون بارون کوهن معتقد است که اتیسم نشان‌دهنده مغزی «بیش از حد مردانه» است که توانایی کمتری در همدلی و درک بیان چهره‌ای و ژست‌ها دارد. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که با استفاده از نقاشی‌های متحرک برای نمایش هیجانات مختلف، پسران مبتلا به اتیسم می‌توانند چهره‌ها را بهتر تشخیص دهند. آموزش‌های ساختاریافته فردی و گروهی، به ویژه در سنین پایین، برای کودکان مبتلا به اتیسم مؤثر هستند و فنون تغییر رفتار می‌توانند به یادگیری آن‌ها کمک کنند. یکی از اختلالات مرتبط با اتیسم، سندرم آسپرگر است.

۸-۱- سندرم آسپرگر

سندرم آسپرگر یکی از اختلالات مرتبط با اتیسم است که با مشکلات قابل توجهی در تعاملات اجتماعی و قدرت تخیل همراه است. این سندرم، که برای اولین بار در سال ۱۹۴۴ توسط روان‌پزشک اتریشی هانس آسپرگر شناسایی شد، یک اختلال خفیف از طیف اتیسم است. این سندرم در پسران بیشتر دیده شده است. افراد مبتلا به سندرم آسپرگر معمولاً زبان کلامی نسبتاً خوبی دارند و مشکلات زبان غیرکلامی در آن‌ها شدت کمتری دارد.

ویژگی‌های اصلی سندرم آسپرگر شامل موارد زیر است:

مشکلات اجتماعی: افراد مبتلا به آسپرگر معمولاً مشکلاتی در ارتباط اجتماعی و همکاری دارند و تمایل به ارتباطات تحت‌اللفظی دارند. عادت‌های تکراری و وسواسی: آن‌ها ممکن است درگیر عادت‌های تکراری و وسواسی، مانند اشتغال به موضوعات خاصی مثل امتیازات بیسبال یا جدول‌های زمانی باشند.

توانایی‌های کلامی: معمولاً این افراد از هوش بالا یا متوسط برخوردارند و در مهارت‌های کلامی توانمندی دارند، ولی ممکن است بحث‌های طولانی و غیرعادی بر روی موضوعات مورد علاقه خود داشته باشند.

عدم توانایی در درک زبان بدن: آن‌ها قادر به خواندن زبان بدن و حالات چهره نیستند و از حرکات بدنی و اشارات به طور محدود استفاده می‌کنند.

توانایی‌های فیزیکی و حرکتی: این افراد معمولاً از توانایی‌های فیزیکی و حرکتی ضعیفی برخوردارند و کمتر در فعالیت‌های گروهی شرکت می‌کنند.

دامنه‌ی علایق محدود: آن‌ها معمولاً تمرکز بالایی بر روی موضوعات خاص دارند و از ورود به مسائل جدید خودداری می‌کنند. حافظه و رسمیت: افراد مبتلا به آسپرگر ممکن است حافظه‌ی بسیار خوبی داشته و از آداب و رسوم خاص پیروی کنند. مقاومت در برابر تغییر: آن‌ها معمولاً در برابر تغییرات مقاوم هستند و به روابط اجتماعی تمایل دارند، اما ترجیح می‌دهند که این روابط قواعد مشخصی داشته باشند. ویژگی‌های روانی: این افراد اغلب خودخواه بوده و کمتر از دیگران درخواست کمک می‌کنند، ممکن است دچار اضطراب، اعتماد به نفس کم، ترس از شکست و عدم درک دیگران باشند. در مجموع، افراد مبتلا به سندرم آسپرگر در مقایسه با کودکان مبتلا به اتیسم معمولاً توانایی بیشتری در سازگاری با موقعیت‌های اجتماعی دارند، اما همچنان با چالش‌هایی در زمینه‌ی تعاملات اجتماعی و انطباق با تغییرات روبه‌رو هستند.

۹-۱- اختلالات رفتاری و هیجانی

بسیاری از کودکان در دوره‌ای از تحصیل خود با مشکلات هیجانی مواجه می‌شوند، اما تنها تعداد کمی از آن‌ها با مشکلات جدی و مداوم مواجه هستند که به اختلالات رفتاری یا هیجانی طبقه‌بندی می‌شوند. این اختلالات شامل مشکلاتی مانند روابط نامناسب، خشونت، افسردگی، ترس‌های مربوط به مسائل فردی یا تحصیلی و ویژگی‌های اجتماعی و هیجانی ناهنجار هستند. حدود ۸ درصد از کودکان مبتلا به ناتوانی که نیاز به برنامه‌ی آموزشی ویژه دارند، در این دسته قرار می‌گیرند. پسران سه برابر بیشتر از دختران به این اختلالات مبتلا هستند. برای توصیف این مشکلات از اصطلاحات مختلفی مانند اختلالات هیجانی، اختلالات رفتاری و کودکان ناسازگار استفاده می‌شود. اخیراً، اصطلاح اختلالات هیجانی حاد (SED) برای توصیف کودکانی که با این مشکلات مواجه هستند و نیاز به آموزش خاص دارند، به کار می‌رود.

رفتارهای خشونت‌آمیز و خارج از کنترل

برخی از کودکان با اختلالات هیجانی شدید، رفتارهای خشن و پرمخاطره‌ای از خود بروز می‌دهند و ممکن است از کلاس اخراج شوند. این کودکان غالباً پسر و از خانواده‌های کم‌درآمد هستند و مشکلات هیجانی آن‌ها معمولاً از دوران ابتدایی دبستان آشکار می‌شود. هنگام بازگشت به کلاس‌های عادی، نیاز به صرف وقت و تلاش زیادی از سوی معلمان و مشاوران است و هرچه شدت مشکل بیشتر باشد، بازگشت به کلاس دشوارتر می‌شود.

خشونت، اضطراب و ترس‌ها

برخی از کودکان مشکلات هیجانی درونی مانند افسردگی، اضطراب و ترس‌های شدید دارند که می‌تواند به طور چشمگیری بر توانایی یادگیری آن‌ها تأثیر بگذارد. درحالی‌که همه‌ی کودکان گهگاه احساس افسردگی می‌کنند، در برخی از آن‌ها این احساسات به مدت دو هفته یا بیشتر ادامه پیدا می‌کند و با نشانه‌هایی مانند کم‌اشتهایی و بد خوابی همراه است. افسردگی معمولاً در بزرگ‌سالی ظاهر می‌شود و در دختران بیشتر از پسران مشاهده می‌شود. این تفاوت جنسیتی ممکن است به دلیل توجه و تأمل بیشتر زنان بر روی احساسات منفی و تصورات منفی از خود باشد.

تشخیص افسردگی در کودکان می‌تواند دشوار باشد، زیرا ممکن است پشت رفتارهای خشونت‌آمیز پنهان بماند. اگر نشانه‌های افسردگی مشاهده شد، باید کودک به مشاور معرفی شود. شناخت درمانی به طور کلی مؤثرتر از درمان‌های دارویی در کاهش افسردگی است. اضطراب نیز شامل احساسات ناخوشایند از ترس و نگرانی است که می‌تواند عملکرد تحصیلی کودکان را تضعیف کند. برخی از کودکان با ترس‌های خاصی روبه‌رو هستند که مانع یادگیری آن‌ها می‌شود. در این موارد، ارجاع به مشاور مدرسه و استفاده از رفتاردرمانی برای کاهش اضطراب و ترس‌های بی‌مورد مفید است. برای اطلاعات بیشتر درباره‌ی اضطراب، به فصل «انگیزش در یادگیری» مراجعه کنید.

۱۰-۱- آموزش کودکان مبتلا به ناتوانی

۱۰-۱-۱- مدل‌های مختلف آموزشی

اکثریت دانش‌آموزانی که مشکل دارند به آموزش جبرانی نیاز دارند تا قادر شوند در کلاس‌های عمومی تاحدممکن کارکرد داشته باشند. از مدل‌های مختلفی در مدارس برای ارائه‌ی خدمات مورد نیاز به دانش‌آموزان استفاده شده است.

کلاس عمومی

اکثر دانش‌آموزانی که در مدرسه مشکلاتی ایجاد می‌کنند، معمولاً با کمک معلم کلاس عمومی و در همان محیط می‌توانند بهبود یابند، زیرا مشکلات آن‌ها خفیف و قابل اصلاح است. به این طریق، دانش‌آموز نزد هم‌سالان خود باقی مانده و دیگر از سرخوردگی ناشی از ترک کردن کلاس برای دریافت کمک‌های اصلاحی در جای دیگر رنج نمی‌برد. اما در مواقعی که نسبت شاگرد به معلم بالا باشد، معلم تجربه کافی نداشته باشد، یا مشکل دانش‌آموز حاد باشد، باید به دنبال راه‌حل‌های جایگزین بود.

کلاس ویژه

تا قبل از سال ۱۹۵۰، کلاس‌های ویژه مستقل گزینه رایج برای دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری یا آموزشی بودند. دلایل دفاع از این روش شامل بهره‌مندی از معلمان آموزش‌دیده و کلاس‌های کوچکتر بود. با این حال، استفاده از معلمان آموزش‌ندیده در این کلاس‌ها معمول بود و آموزش انفرادی به میزان قابل توجهی ارائه نمی‌شد. قرارگرفتن در کلاس‌های مستقل می‌تواند باعث انگشت‌نما شدن و جداسازی از هم‌سالان شود و به همین دلیل باید به عنوان آخرین راه‌حل در نظر گرفته شود.

مدرسه ویژه

مدرسه‌های ویژه برای دانش‌آموزانی با مشکلات یادگیری متعدد، یک گام پیشرفته‌تر از کلاس‌های ویژه هستند. این مدارس، دانش‌آموزان را نه تنها از هم‌سالان بلکه از مدرسه‌های عادی نیز جدا می‌کنند. مزیت اصلی آن‌ها ارائه برنامه‌های کامل است، اما باید به عنوان آخرین راه‌حل مورد استفاده قرار گیرند.

اتاق مرجع

اتاق مرجع یک جایگزین امیدبخش برای مؤسسات مستقل است. این مدل به دانش‌آموزان امکان می‌دهد که آموزش‌های خاص خود را به صورت انفرادی یا گروهی در یک اتاق ویژه دریافت کنند و سپس به کلاس عادی بازگردند. این اتاق‌ها بر آموزش مهارت‌های خاص مورد نیاز دانش‌آموزان تأکید دارند. چند نوع اتاق مرجع وجود دارد:

اتاق مرجع با طبقه‌بندی: برای ورود به این اتاق‌ها، دانش‌آموز باید در یک طبقه‌بندی آموزشی ویژه مانند کم‌توان ذهنی، آشفتگی یا ناتوان از یادگیری قرار گیرد.

اتاق مرجع بدون طبقه‌بندی: این نوع اتاق‌ها به شدت توصیه می‌شوند. دانش‌آموزانی که به این اتاق‌ها ارجاع داده می‌شوند، در یک طبقه خاص قرار نمی‌گیرند و برنامه‌هایی برای آن‌ها براساس نیازهای آموزشی، عاطفی و رفتاری طراحی می‌شود. حتی نوجوانان با استعداد نیز می‌توانند در این اتاق‌ها قرار گیرند.

مزایای اتاق‌های مرجع بدون طبقه‌بندی عبارت‌اند از:

- ۱) دانش‌آموزانی که دچار معلولیت هستند، مجبور به رفتن به مدارس دیگر نیستند.
 - ۲) تعداد دانش‌آموزانی که روزانه می‌توانند از این خدمات بهره‌مند شوند، حداقل دو و نیم برابر بیشتر از کلاس‌های مستقل است.
 - ۳) این اتاق‌ها به همه دانش‌آموزان خدمات ارائه می‌دهند و به دانش‌آموزان خاصی از تعلیم و تربیت ویژه محدود نمی‌شوند.
 - ۴) ارتباط نزدیک بین اتاق مرجع و معلم عادی، امکان مشارکت برای کنترل دانش‌آموز و مشکل وی را فراهم می‌سازد.
- برنامه‌سیار نیز بر مبنای اتاق‌های مرجع تنظیم و تدوین می‌شود، اما معلم در یک مدرسه خاص اسکان نمی‌یابد و به چند مدرسه خدمات ارائه می‌دهد. مزیت این روش در سیالی آن است، اما محدودیت‌هایش این است که معلم به طور کامل در مدارس مختلف مقبول نمی‌افتد، وقت معلم بیشتر در رفت و آمد هدر می‌رود و انتقال مواد درسی مشکل‌زمنی است.

۱-۱۰-۲- جنبه‌های حقوقی

در اواسط سال‌های ۱۹۶۰ تا اواسط ۱۹۷۰، ایالات متحده حقوق خاص آموزشی برای کودکان مبتلا به ناتوانی را وضع کرد. پیش از آن، این کودکان اغلب در مدارس پذیرفته نمی‌شدند یا از امکانات نامناسبی برخوردار بودند. در سال ۱۹۷۵، کنگره قانون آموزش به کودکان معلول را تصویب کرد که آموزش رایگان و مناسب را برای این کودکان فراهم می‌کرد.

قانون آموزش به افراد مبتلا به ناتوانی (IDEA) در سال ۱۹۹۰ جایگزین قانون قبلی شد و شامل ارزیابی و تعیین قابلیت‌های کودک، برنامه

آموزشی فردی (IEP) و آموزش در محیطی با کمترین محدودیت (LRE) می‌شود.

ارزیابی و تعیین قابلیت‌های کودک: کودکان مبتلا به ناتوانی ارزیابی می‌شوند تا واجد شرایط بودن برای دریافت امکانات IDEA تعیین شود. والدین در این ارزیابی‌ها شرکت می‌کنند و کودکان به‌طور منظم مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرند. اگر والدین با ارزیابی مدرسه مخالف باشند، می‌توانند از ارزیابی خصوصی استفاده کنند. در صورت نیاز کودک به امکانات خاص، مدرسه موظف به ارائه خدمات مناسب است.

برنامه آموزش فردی IEP: این برنامه، برنامه‌ای کتبی است که متناسب با نیازهای فردی کودک طراحی می‌شود و براساس مصالح آموزشی او تنظیم می‌شود.

حمایت رفتاری سازنده به استفاده و به کارگیری مداخلات رفتاری متناسب با فرهنگ برای ایجاد تغییرات مثبت در کودکان مبتلا به ناتوانی و اختلالات تأکید دارد. این حمایت به جای تنبیه، بر تشویق رفتارهای پسندیده متمرکز است.

سنجش رفتاری کاربردی به بررسی پیامدها و علل رفتار و شرایط وقوع آن پرداخته و با استفاده از مداخلات مناسب، به بهبود رفتار کمک می‌کند.

محیطی با کمترین محدودیت (LRE): براساس IDEA، کودکان مبتلا به ناتوانی باید در محیطی با کمترین محدودیت که شبیه به فضای آموزشی کودکان بدون ناتوانی است، تحصیل کنند. این رویکرد که به عنوان جریان غالب یا شمول شناخته می‌شود، به بهبود عملکرد تحصیلی این کودکان کمک می‌کند. این رویکرد تلاشی برای آموزش کودکان مبتلا به ناتوانی در کلاس‌های عادی است. اجرای این طرح‌ها پرهزینه و زمان‌بر است و نیاز به آموزش معلمان و تغییرات در کلاس‌های عادی دارد. نتایج به دست آمده از برنامه شمول:

موفقیت اجتماعی و تحصیلی کودکان: موفقیت تحصیلی و اجتماعی کودکان مبتلا به ناتوانی به چگونگی آموزش بیشتر از محیط آموزشی بستگی دارد. همچنین، حمایت‌های اجرایی و گروه‌های آموزشی به کارآیی بیشتر این راهکارها کمک می‌کنند.

کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی حاد: این کودکان با شرکت در آموزش‌های حرفه‌ای و فعالیت‌های مدرسه‌ای مانند ورزش بهتر پذیرفته می‌شوند. اما فرستادن کودکانی که چندین بار مردود شده‌اند به کلاس‌های عادی، غالباً منجر به ترک تحصیل آنان می‌شود.

کودکان مبتلا به ضعف شنوایی: حضور این کودکان در کلاس‌های عادی، اگرچه مزایای آموزشی دارد، می‌تواند اعتماد به نفس آنان را کاهش دهد. موفقیت این کودکان در کلاس‌های عادی به توان شنوایی و مهارت‌های شنیداری آن‌ها بستگی دارد.

کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی آموزش‌پذیر: این کودکان، که بهره هوشی آن‌ها بین ۵۰ تا ۷۰ است و معمولاً با مشکلات رفتاری نیز مواجه‌اند، از وجود معلم دل‌سوز، آموزشی مؤثر و هم‌کلاسی‌های مهربان تأثیر مثبت بیشتری می‌گیرند.

کودکان سالم: تحقیقات نشان داده است که ورود کودکان مبتلا به ناتوانی به کلاس‌های عادی تأثیرات نامطلوبی بر کودکان سالم ندارد. این یافته مهم است زیرا برخی از والدین کودکان سالم نگرانند که معلمان به دلیل نیاز به رسیدگی بیشتر به کودکان ناتوان، زمان کافی برای فرزندانشان نداشته باشند. اگر اجرای برنامه‌های شمول باعث کاهش ارتباط معلم و دانش‌آموز در همه زمینه‌ها شود، کودکان سالم از مزایای آموزشی این راهکار بهره‌مند نمی‌شوند.

۱-۱۰-۳- جایابی و امکانات

کودکان مبتلا به ناتوانی در محیط‌های گوناگونی جای می‌گیرند و برای پیشرفت آموزش آنان می‌توان امکانات مختلفی را به کار گرفت.

جایابی

این جایابی‌ها برای انتقال کودکان مبتلا به ناتوانی از محدودترین محیط، به محیطی با کمترین محدودیت ترتیب داده شده‌اند:

کلاس عادی همراه با حمایت‌های آموزشی تکمیلی در این کلاس‌ها، گذراندن ساعت‌هایی در مرکز منابع، حضور تمام وقت در کلاس‌های آموزشی خاص، مدارس استثنایی، آموزش در منزل و آموزش در بیمارستان یا سایر آسایشگاه‌ها.

تنها اندکی بیش از یک سوم کودکان مبتلا به ناتوانی از آموزش در کلاس‌های عادی بهره‌مند می‌شوند، حدود همان تعداد از آموزش در مرکز منابع استفاده می‌کنند و کمتر از ۲۵ درصد از آن‌ها در کلاس‌های جداگانه آموزش می‌بینند. از کودکانی که در کلاس‌های جداگانه

یادگیرندگان استثنایی

آموزش می‌بینند، یک سوم بیش از ۸۰ درصد از زمان مدرسه را در کلاس‌های عادی می‌گذرانند، یک سوم دیگر بین ۴۰ تا ۷۹ درصد و یک سوم آخر بین صفر تا ۳۹ درصد از زمان مدرسه را در کلاس‌های عادی می‌گذرانند. امکانات لازم برای این دانش‌آموزان توسط معلم کلاس عادی، معلم آموزش استثنایی، مشاوران و سایر متخصصان یا گروه همکار فراهم می‌شود.

معلمان و نقش آن‌ها در آموزش کودکان مبتلا به ناتوانی

معلم کلاس عادی: با افزایش حضور کودکان مبتلا به ناتوانی در کلاس‌های عادی، مسئولیت معلمان این کلاس‌ها بیشتر شده است. این معلمان می‌توانند با استفاده از راهکارهای تدریس مؤثر به این دانش‌آموزان کمک کنند.

معلم کمکی: معلم کمکی امکانات ارزنده‌ای برای کودکان مبتلا به ناتوانی فراهم می‌کند. این کودکان بیشتر زمان مدرسه را در کلاس عادی و تنها قسمتی از آن را در مرکز منابع می‌گذرانند. معلم کمکی معمولاً روی مهارت‌های روخوانی، نوشتن و ریاضیات کار می‌کند و همکاری و هماهنگی با معلم کلاس عادی اهمیت بسیاری دارد.

معلم آموزش استثنایی: این معلمان که آموزش‌های ویژه‌ای در زمینه آموزش خاص دیده‌اند، به کودکان مبتلا به ناتوانی در کلاس‌های جداگانه تدریس می‌کنند. برخی از این کودکان قسمتی از زمان مدرسه را با معلم آموزش استثنایی و باقی زمان را با معلم کمکی می‌گذرانند. معلم آموزش استثنایی مسئولیت بیشتری در قبال برنامه همه‌جانبه دانش‌آموز دارد و معمولاً روی روخوانی، نوشتن، ریاضیات و علوم کار می‌کند.

امکانات وابسته

علاوه بر معلمان کلاس‌های عادی، معلمان کمکی و معلمان آموزش استثنایی، شماری از متخصصان آموزش خاص نیز امکاناتی در اختیار کودکان مبتلا به ناتوانی قرار می‌دهند. این افراد شامل دستیاران، روان‌شناسان، مشاوران، مددکاران اجتماعی، پرستاران، پزشکان، کاردرمان‌ها، درمانگران جسمی و متخصصان گفتاردرمانی و شنوایی‌درمانی می‌شوند. وسیله رفت‌وآمد نیز در صورت لزوم برای کودکان فراهم است.

دستیاران معلم: این افراد به معلمان کلاس‌های عادی در آموزش ویژه به کودکان مبتلا به ناتوانی کمک می‌کنند. برخی از دستیاران مجوز کار با این کودکان را دارند و نقش مهمی در تسهیل فرآیند آموزشی ایفا می‌کنند.

روان‌شناسان: روان‌شناسان در ارزیابی ناتوانی کودکان مشارکت می‌کنند و ممکن است جزء گروه تهیه‌کننده برنامه آموزشی فردی (IEP) باشند. آن‌ها با مشاوران همکاری کرده و به همراه کودکان مبتلا به ناتوانی کار می‌کنند. روان‌شناسان تربیتی توصیه‌هایی برای معلمان در زمینه شیوه‌های فراگیری مؤثرتر ارائه می‌دهند.

مددکاران اجتماعی: این افراد به هماهنگی خانواده‌ها و امکانات موجود در جامعه برای کودکان مبتلا به ناتوانی کمک می‌کنند.

پرستاران و پزشکان: پرستاران و پزشکان ارزیابی‌های پزشکی انجام داده و برای کودکان مبتلا به ناتوانی دارو تجویز می‌کنند.

درمانگران جسمی و کاردرمان‌ها: این متخصصان به کودکان کمک می‌کنند تا پس از ابتلا به آسیب‌های شناختی و جسمانی، سلامتی خود را بازیابند.

متخصصان گفتاردرمانی و شنوایی‌درمانی: این افراد در صورت نیاز، برای پیشرفت مهارت‌های کودک وارد عمل می‌شوند.

مشاوره مشارکتی و گروه همکار

مشاوره مشارکتی: در این نوع مشاوره، افراد باتخصص‌های گوناگون در تهیه امکانات لازم برای کودکان مبتلا به ناتوانی همکاری می‌کنند. این روش باعث ایجاد مهارت‌های پیشرفته در کودکان و فراگیری شیوه‌های نوین در معلمان می‌شود. مشاوره مشارکتی مسئولیت‌پذیری در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری را بهبود می‌بخشد و امکان طراحی روش‌های جایگزین کارآمد را فراهم می‌کند.

گروه همکار: این گروه متشکل از خانواده‌ها و متخصصانی است که در تدارک امکانات مستقیم و غیرمستقیم برای کودکان همکاری می‌کنند. اعضای گروه دانسته‌ها و مهارت‌های خود را به اشتراک گذاشته و به دیگران آموزش می‌دهند. ترکیب گروه بسته به پیچیدگی نیازهای کودک تغییر می‌کند و شامل متخصصان آموزشی، پزشکی، اجرایی، شغلی و سلامت عمومی، کارمندان تأمین اجتماعی و خانواده‌ها است.

۱-۴- مشارکت خانواده‌ها در آموزش

قانون افراد مبتلا به ناتوانی آموزشی (IDEA) خانواده‌ها را بر آن می‌دارد تا در طراحی برنامه‌های آموزشی برای همه کودکان مبتلا به ناتوانی شرکت کنند.

۱-۵- فناوری

طبق اصلاحات سال ۱۹۹۷ در IDEA، این قانون خواستار تأمین وسایل تکنولوژیک رایگان و مناسب برای کودکان مبتلا به ناتوانی است. فناوری‌هایی که برای کمک به این کودکان مؤثر هستند شامل دانش‌آموزان مبتلا به ضعف بینایی، ضعف شنوایی یا آسیب مغزی می‌شوند.

نقش فناوری در آموزش دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی

فناوری آموزشی: این فناوری شامل انواع گوناگونی از نرم‌افزارها و سخت‌افزارها به همراه شیوه‌های آموزش خلاق برای کمک به رفع نیازهای یادگیری دانش‌آموزان در کلاس است. نمونه‌هایی از فناوری آموزشی عبارت‌اند از نوارهای ویدیویی آموزشی، آموزش با کمک کامپیوتر و برنامه‌های ابررسانه‌ای که از کامپیوتر برای کنترل نمایش تصاویر دیداری یا شنیداری ذخیره‌شده در دیسک‌های تصویری استفاده می‌کنند. همچنین استفاده از دستگاه‌های ارتباط راه دور به‌ویژه اینترنت و شبکه جهانی، که بهبود آموزش به دانش‌آموزان با یا بدون ناتوانی را نوید می‌دهد.

فناوری کمکی: این فناوری دربرگیرنده امکانات و ابزارهای گوناگون برای کمک به عملکرد کودک مبتلا به ناتوانی در محیط خود است. نمونه‌هایی از فناوری کمکی عبارت‌اند از کمک‌های ارتباطی، صفحه کلیدها و دکمه‌های کامپیوتری متفاوت، گروه‌های متشکل از مربیان و سایر متخصصان اغلب این فناوری‌ها را برای بهبود یادگیری دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی ترکیب می‌کنند. برای مثال، دانش‌آموزانی که نمی‌توانند از دستان خود برای استفاده از صفحه کلید کامپیوتر بهره ببرند، می‌توانند از کامپیوترهایی که با صدا فعال می‌شوند استفاده کنند. این کامپیوترها، تعلیمات را از روی برنامه نرم‌افزاری که برای توضیح آموزش فناوری طراحی شده است، فراهم می‌کنند.

۲- کودکان تیزهوش

کودکان تیزهوش معمولاً با بهره هوشی ۱۳۰ یا بالاتر شناسایی می‌شوند. این کودکان ممکن است استعداد فوق‌العاده‌ای در زمینه‌هایی مانند هنر، موسیقی یا ریاضیات داشته باشند. مدارس تیزهوشان برنامه‌های خود را براساس هوش و استعداد تحصیلی این کودکان تنظیم می‌کنند. به‌تازگی، درخواست‌هایی برای گنجاندن معیارهایی مانند نوآوری و پذیرش مسئولیت در برنامه‌های تیزهوشان افزایش یافته است. برخی منتقدان معتقدند که تعداد زیادی از کودکان حاضر در برنامه‌های تیزهوشان تنها در یک زمینه خاص تیزهوش نیستند. این نقدها به این دلیل است که برخی از کودکان نزدیک به مرز هوش متوسط، به اشتباه به عنوان تیزهوش شناسایی می‌شوند. به‌رغم این انتقادات، قوه هوش عمومی، که معمولاً با امتیاز بهره هوشی اندازه‌گیری می‌شود، هنوز در بسیاری از نقاط معیار اصلی برای انتخاب کودکان در برنامه‌های تیزهوشان است. تغییرات در تعریف هوش و گرایش به نظریه‌های جدید مانند هوش چندگانه (Gardner) ممکن است منجر به تغییر در نحوه تعیین سطح هوش و استفاده از آزمون‌های بهره هوشی در آینده شود.

۱-۲- ویژگی‌ها

الن وینر، کارشناس خلاقیت و تیزهوشی، سه ویژگی کلیدی برای شناخت کودکان تیزهوش معرفی کرده است:

پیش‌رسی: کودکان تیزهوش در صورتی که فرصت‌های مناسبی برای استفاده از هوش و استعداد خود داشته باشند، سریع‌تر از هم‌سالان خود پیشرفت می‌کنند و زودتر در زمینه‌های خاص تبحر پیدا می‌کنند. این پیش‌رسی ناشی از استعداد ذاتی و مادرزادی آن‌ها است که باید شناسایی و پروراند.

روش خود: کودکان تیزهوش معمولاً روش‌های یادگیری متفاوتی نسبت به دیگران دارند و کمتر از بزرگترها درخواست کمک می‌کنند. آن‌ها اغلب در برابر راهنمایی‌های آشکار مقاومت می‌کنند و مشکلات را به روش‌های خود حل می‌کنند.

شور و انگیزه: کودکان تیزهوش در زمینه‌هایی که استعداد بالایی دارند، علاقه شدید و تمرکز عمیقی نشان می‌دهند. آن‌ها معمولاً نیازی

به فشار خارجی برای یادگیری ندارند و از انگیزه درونی بالایی برخوردارند.

و ویژگی چهارم یعنی مهارت‌های پردازش دانسته‌ها: کودکان تیزهوش سریع‌تر یاد می‌گیرند، اطلاعات را به سرعت پردازش می‌کنند و از راهکارهای بهتری استفاده می‌کنند. همچنین توانایی بالاتر در تفکر و دریافت‌های بهتر از دیگران دارند.

۲-۲- پژوهش‌های کلاسیک ترمن

لویس ترمن در تحقیق خود بر روی ۱۵۰۰ کودک با بهره هوشی بالا (میانگین ۱۵۰) نشان داد که این افراد در بزرگسالی به موفقیت‌های چشمگیری دست یافتند. از ۸۰۰ مرد این گروه، تعدادی به درجات عالی تحصیلی مانند دکتری، پزشکی و حقوق دست یافتند. در میان ۶۷۲ زن، دوسوم کالج را به پایان رساندند و یک چهارم به دانشگاه رفتند. با این حال، بیشتر زنان تیزهوش اولویت‌های زندگی خود را به خانواده، دوستان و سپس شغل اختصاص دادند و ۲۵ تا ۳۰ درصد آن‌ها فرزند نداشتند.

تحقیقات نشان داد که زنان تیزهوش از اعتماد بیشتری به توانایی‌های شناختی خود برخوردارند. نتایج پژوهش‌ها نشان داد کودکان تیزهوش از نظر انطباق‌پذیری، وضعیت مشابه یا بهتری نسبت به غیر تیزهوش‌ها دارند. با این حال، کودکانی که بهره هوشی بسیار بالا (۱۸۰ یا بیشتر) دارند، ممکن است مشکلات انطباقی بیشتری بروز دهند.

استیون سسی اظهار می‌کند که موفقیت افراد تیزهوش تنها به بهره هوشی بالا وابسته نیست؛ بسیاری از آن‌ها از خانواده‌های پردرآمد با انتظارات تحصیلی بالا برخوردار بودند، اما تعدادی از آن‌ها نیز از خانواده‌های کم‌درآمد بودند، بنابراین موفقیت افراد تیزهوش در زندگی لزوماً نیاز به ثروت خانوادگی ندارد.

۲-۳- آموزش کودکان تیزهوش

کودکان تیزهوش بی‌رقیب ممکن است از مدرسه فرار کنند و یا علاقه خود را در به پایان رساندن تحصیل از دست بدهند. برخی از آنان جذب کارهای آزاد می‌شوند و نسبت به مدرسه بی‌علاقه و بی‌تفاوت می‌شوند.

از چهار برنامه زیر می‌توانید یکی را برای آموزش تیزهوشان انتخاب کنید:

۱) کلاس‌های استثنایی: این روش قدیمی‌ترین شیوه آموزش به کودکان تیزهوش بوده است. کلاس‌های خاص که در طول ساعت مدرسه برگزار می‌شوند برنامه‌های «ضمیمه» نامیده می‌شود. برخی از این کلاس‌ها در روزهای تعطیل یا فصل تابستان دایر می‌شوند.

۲) تسریع و تقویت درکلاس‌های عادی

۳) بهره‌گیری از معلم خصوصی و دوره‌های کارآموزی: کارشناسان معتقدند که این موارد، روش‌هایی مهم و بلااستفاده برای ایجاد انگیزه و رقابت و آموزش کارآمد به دانش‌آموزان تیزهوشان هستند.

۴) تلاش، مطالعه کردن و یا برنامه‌های خدمات اجتماعی

اصلاحات آموزشی جدید، ایده‌هایی را که پیش از این به برنامه‌های ویژه دانش‌آموزان تیزهوش محدود بودند، به کلاس‌های عادی وارد کرده‌اند. این تغییرات شامل تمرکز بر آموزش مبتنی بر حل مسئله، تشویق به تحقیق، نوآوری در آثار هنری و تفکر انتقادی هستند. مدارس برای ایجاد انگیزه و رقابت در میان دانش‌آموزان تیزهوش در کلاس‌های عادی، از برنامه‌های تابستانی، کارآموزی خصوصی، مطالعه و خدمات اجتماعی استفاده می‌کنند.

بحث‌هایی در مورد نیاز به برنامه‌های تسریعی و تقویتی برای دانش‌آموزان تیزهوش وجود دارد. برنامه تسریعی به دانش‌آموزان امکان می‌دهد که با سرعتی که توانایی دارند، پیشرفت کنند و شامل ورود زود هنگام به مقاطع تحصیلی مختلف، شرکت در کلاس‌های فوق برنامه و کلاس‌های پیشرفته می‌شود. برنامه تقویتی نیز فرصت‌های یادگیری مطالب جدیدی را فراهم می‌کند که در برنامه‌های عادی وجود ندارند و می‌تواند شامل کلاس‌های خاص، مطالعه فردی، معلم خصوصی و برنامه‌های تابستانی باشد.

یکی از برنامه‌های تقویتی، طرح تقویتی سراسری است که به رشد مهارت‌های تفکر خلاق و نوآور کودکان کمک کرده و به آن‌ها فرصت می‌دهد تا زمینه‌های تحصیلی مورد علاقه‌شان را انتخاب کنند. این برنامه‌ها معمولاً با استفاده از ارزیابی‌های چندگانه مانند نوآوری و مسئولیت‌پذیری، مناسب‌ترین کودکان برای شرکت در آن‌ها را شناسایی می‌کنند.

پژوهش‌های انجام شده در مورد برنامه‌های تسریع و تقویتی برای دانش‌آموزان تیزهوش نشان داده‌اند که هریک از این شیوه‌ها مزایا و

معایب خاص خود را دارند.

طرف‌داران برنامه‌های تسریعی معتقدند که این روش می‌تواند به دانش‌آموزان تیزهوش اجازه دهد که با سرعتی که مناسب توانایی‌هایشان است، پیشرفت کنند. با این حال، منتقدان بر این باورند که مشکلاتی مانند هم‌کلاسی شدن با دانش‌آموزان بزرگ‌تر از نظر جثه و تفاوت‌های عاطفی-اجتماعی ممکن است پیش آید.

از سوی دیگر، طرف‌داران برنامه‌های تقویتی معتقدند که این برنامه‌ها می‌توانند فرصت‌های یادگیری جدید و پیشرفته را برای دانش‌آموزان تیزهوش فراهم کنند، بدون آنکه نیاز به تغییر مقطع تحصیلی آن‌ها باشد. الن وینر اشاره می‌کند که بسیاری از کودکان تیزهوش ممکن است از نظر اجتماعی گوشه‌گیر باشند و در کلاس‌های عادی با مشکلاتی مواجه شوند، مانند احساس بی‌حوصلگی و طرد اجتماعی. او پیشنهاد می‌کند که برای این دانش‌آموزان، برنامه‌هایی مانند کلاس‌های پیشرفته در زمینه توانایی‌های خاص آن‌ها می‌تواند مناسب‌تر باشد.

پیشنهاد و نتیجه‌گیری: وینر معتقد است که آموزش زمانی مؤثر است که تمام کودکان بتوانند از معیارها و فرصت‌های مناسب بهره‌مند شوند. او پیشنهاد می‌کند که به دانش‌آموزان تیزهوش که در کلاس‌های معمولی احساس بی‌حوصلگی می‌کنند، اجازه داده شود تا در کلاس‌های پیشرفته و تخصصی مطابق با توانایی‌هایشان شرکت کنند، مانند ورود به کلاس‌های کالج در زمینه‌های خاص. این بحث‌ها به این نتیجه می‌رسند که هر دو شیوه تسریعی و تقویتی می‌توانند بسته به نیازها و ویژگی‌های فردی دانش‌آموزان تیزهوش مؤثر باشند و انتخاب مناسب باید براساس شرایط خاص هر دانش‌آموز صورت گیرد.