

موضوع کودکان استثنایی در این کتاب بیشتر نارسایی رشد قوای ذهنی، هوش، واکنش‌های روانی کودکان و نوجوانان و روش‌های تربیتی و آموزشی آن‌هاست که از نظر یک روان‌شناس تربیتی یا مشاور تحصیلی حائز اهمیت است. همان‌طور که می‌دانید 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، دچار اختلالات رفتاری می‌شوند در نتیجه اختلالات رفتاری در کودک وسیله بیان اوست. کودک نمی‌تواند در مورد احساسات مختلف خود صحبت کند ولی می‌تواند آن‌ها را به زبان علائم جسمانی مانند بی‌اشتهایی، دل‌درد، سردرد، استفراغ یا دیگر اختلالات رفتاری نشان دهد.

شاید بهتر است در همین ابتدا به این سؤال پاسخ دهیم که 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 و کودکان تیزهوش، کودکان ناسازگار یا دشوار و اختلالات عملی رشد و آثار روانی در مبتلایان به اختلالات حسی حرکتی پرداخته می‌شود.

● تفاوت‌های فردی و مفهوم عام استثنایی

هریک از انسان‌ها در مفهومی عام و گسترده استثنایی هستند، زیرا با یکدیگر از ابعاد مختلف، تفاوت دارند، اما این تفاوت‌ها در اکثر آن‌ها چشمگیر نیست و به همین دلیل این گروه از انسان‌ها را اصطلاحاً گروه هنجار یا متوسط می‌نامیم. اما مفهوم استثنایی در این کتاب در واقع، وجود تفاوت‌های فاحش پاره‌ای از انسان‌ها در زمینه‌های متفاوت با این گروه اصطلاحاً هنجار یا متوسط است. **لغت استثنایی** اصولاً یک اصطلاح آموزشی است و آموزگاران، مشاوران تحصیلی و تربیتی جزء اولین کسانی هستند که به محدودیت‌های یادگیری، عاطفی، شخصیتی، اجتماعی و مشکلات این افراد پی می‌برند.

در ادامه بحث برای درک بهتر مفاهیم ذکر شده با تفاوت‌های بین فردی و درون فردی آشنا می‌شویم.

هر فرد با تمام افراد دیگر تفاوت‌هایی دارد و این تفاوت‌ها را **تفاوت‌های بین فردی** می‌نامند. همچنین استعدادها و توانایی‌های مختلف یک فرد نیز با هم برابر 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

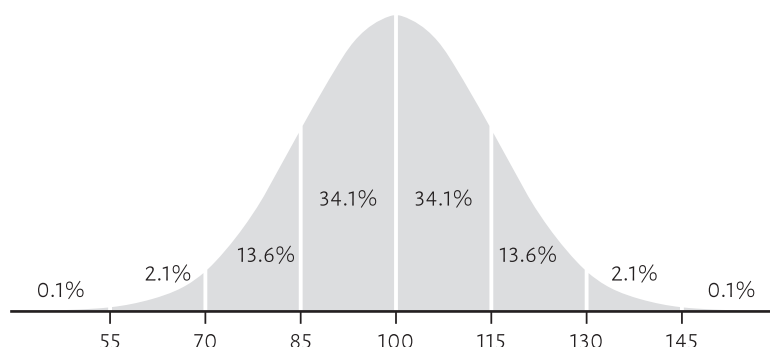
(۱۲) تفاوت در خودپنداره

یادتان باشد عوامل مؤثر در تفاوت‌های فردی نیز عبارت‌اند از: وراثت و محیط. امروزه تقریباً تمام روان‌شناسان معتقدند که وراثت و محیط با هم تعامل می‌کنند و بر هوش و توانایی‌های ذهنی افراد تأثیر می‌گذارند.

برای اینکه بتوانیم تفاوت‌های بین فردی و درون فردی را دقیق‌تر بسنجیم و به مفهوم واقعی استثنایی پی ببریم به ابزارهایی برای سنجش نیاز داریم، در این قسمت به طور خلاصه این ابزار را معرفی می‌کنیم:

آزمون‌های روانی: آزمون‌های روانی مختلف ابزار مهمی برای سنجش هستند. البته ابتدا لازم است بدانید که برای ساختن آزمون‌های روانی و تعبیر و تفسیر نتایج از منحنی احتمالات طبیعی فرضی استفاده می‌شود. براساس نمودار منحنی نرمال استاندارد، داده‌هایی که از $+2$ به بعد و از -2 به قبل قرار دارند، جزو

افراد استثنایی محسوب می‌شوند. در نتیجه، 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.



در این قسمت به شرح مهم‌ترین آزمون‌های روانی استاندارد خواهیم پرداخت.

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 و اینلند: 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) خودرهبری

(۵) اشتغال

(۶) ارتباط

(۷) جنبش

(۸) اجتماعی شدن

براساس نمرات کسب شده 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 و بخش دوم آن شامل بررسی دوازده حوزه از رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد که دربرگیرنده رفتارهای ضد اجتماعی، بی‌اعتمادی، گوشه‌گیری، رفتارهای 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 بیست سؤال و شش طبقه است که عبارت‌اند از: (۱) خانواده، (۲) اجتماعی، (۳) ارتباط با همسالان، (۴) نقش‌های مربوط به فعالیت‌های فوق برنامه مدرسه، (۵) دادوستدهای روزانه و (۶) 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 برای این 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 دوازده 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.

سیاهه رفتار کودک (CBCL): یکی از ابزارهای ارزیابی برای کودکان ۶ تا ۱۸ ساله است. این ابزار سه فرم گزارش معلم، گزارش والد و گزارش خودسنجی دارد. فرم

گزارش معلم، ۱۱۲ رفتار را بررسی می‌کند به عنوان مثال «تغییرات ناگهانی در خلق یا احساسات» و «محبوب نبودن نزد همسالان» که در مقیاس سه امتیازی درجه بندی می‌شود (درست نیست، تاحدودی درست است، خیلی درست است). این ابزار همچنین شایستگی اجتماعی و کارکرد سازشی مانند کنارآمدن با دیگران و شاد عمل کردن را نشان می‌دهد.

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 هم سن 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

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

کمیتۀ 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 طبقه بندی کرده است و گروه بیماری سل و بدی تغذیه را اضافه کرده است. از منظر آموزشی هم 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.

به‌طور کلی می‌توان گفت که معلولیت به دو نوع معلولیت‌های جسمی و ذهنی تقسیم می‌شود:

- معلولیت‌های جسمی

برای معلولیت‌های جسمی می‌توانیم تقسیم‌بندی زیر را داشته باشیم:

(۱) معلولیت‌های حسی مانند نابینایی و ناشنوایی

(۲) معلولیت‌های حرکتی مانند انواع نقص عضوها، ناهنجاری‌ها در حوزه استخوان‌ها و ماهیچه‌ها و ضایعات نخاعی

(۳) معلولیت اندام‌های داخلی مانند ناهنجاری‌های تنفسی، قلبی، کلیوی و ...

- معلولیت‌های ذهنی

معلولیت‌های ذهنی نیز خود به دو گروه صرفاً معلولیت‌های ذهنی و اختلالات روانی تقسیم می‌شود.

● تعریف آموزش و پرورش ویژه

آموزش و پرورش ویژه به معنای ارائه خدمات مخصوص به دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات و ناتوانی‌های گوناگون مانند برنامه درسی، سنجش، خدمات روان‌درمانی و ... با هدف پیشرفت تحصیلی و رشد شخصی و اجتماعی کودکان استثنایی است.

- برخی از مهم‌ترین شخصیت‌ها در تحول آموزش و پرورش کودکان استثنایی

فیلیپ پینل: بنیان‌گذار روان‌پزشکی جدید

جان مارک ایتارد و ادوارد سگن: پیش‌گامان آموزش و پرورش استثنایی

جان مارک ایتارد: رهبر نهضت کمک به افراد عقب‌مانده ذهنی

ادوارد سگن: فعالیت‌های مهم او عبارت‌اند از: ابداع روش فیزیولوژی برای آموزش کودکان کم‌توان ذهنی، استفاده از روش حسی-حرکتی برای آموزش به ناشنوایان و یکی از اقدامات مهم وی تهیه دستگاه ساده‌ای بود به نام آزمون مهره‌ای که این دستگاه برای آزمایش استعداد کودکان و پرورش ادراکات حسی مانند بینایی و شنوایی به کار می‌رود. ادوارد سگن به پیش‌گام و سردمدار جنبش امداد رسانی به کودکان و بزرگسالان معلول ذهنی تبدیل شد. او معتقد بود که رشد عمومی بدن اعم از قسمت‌های جسمانی یا روانی را می‌توان بهبود بخشید.

ماریا مونته‌سوری: او معلم کودکان عقب‌مانده ذهنی و طرفدار آموزش پیش‌دبستانی بود. مونته‌سوری روش آموزشی خودآموزی را نیز ابداع کرد. او با رویکرد فیزیولوژیک به کودکان کمک می‌کرد، روشی که امروزه sense training (تقویت حواس پنج‌گانه، پرورش حواس) نامیده می‌شود. ویژگی اصلی آموزش مونته‌سوری عبارت است از تأکید بر استقلال، آزادی در چهارچوب محدودیت‌ها و در نظر گرفتن و رعایت رشد پسیکولوژیک طبیعی کودک. ماریا مونته‌سوری پیش‌گام واقعی آموزش و پرورش کودکان خردسال بود.

ساموئل گریدلی هو: او مؤسس اولین مدرسه شبانه‌روزی برای نابینایان بود.

توماس هاپکینز گالدوت: او مؤسس اولین مدرسه شبانه‌روزی آمریکا برای ناشنوایان بود.

ریچارد استنلی پیترز: او در زمینه فلسفه آموزش و پرورش نظریه‌های مهمی را مطرح کرده است. او در تعاریف خود از آموزش و پرورش بر این موضوع تأکید دارد که روش به‌کاررفته باید از لحاظ اخلاقی قابل قبول باشد.

گروه‌بندی دانش‌آموزان استثنایی

به‌طور کلی طبقه‌بندی کودکان استثنایی بسیار کار دشواری است، زیرا تنوع و شیوع اختلالات بسیار زیاد است. یک عامل بیماری‌زا می‌تواند علائم متفاوتی را در کودکان گوناگون ایجاد کند و علائم کم‌توانی ذهنی یا ناسازگاری در افراد مختلف می‌تواند به‌واسطه علل مختلفی ایجاد شوند و اختلالات رفتاری و ناسازگاری می‌توانند حاد و زودگذر یا مزمن و طولانی باشند و از نظر شدت هم گوناگون باشند.

کلی‌ترین طبقه‌بندی که اکثریت متخصصان آن را قبول دارند به شرح زیر است:

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

(۲) کودکان و نوجوانانی که به‌علت 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 نابینایان، ناشنوایان و افراد مبتلا به اختلالات گفتاری و

ناتوانی‌های حرکتی.

طبقه‌بندی دیگری نیز از کودکان استثنایی به عمل آمده که براساس تفاوت‌های میان فردی آن‌ها است که عبارت‌اند از:

- (۱) تفاوت‌های هوشی: تیزهوشی و معلولیت ذهنی
 - (۲) تفاوت‌های ارتباطی: کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری و زبانی و معلولیت‌هایی مانند اختلال طیف اتیسم
 - (۳) ناتوانی‌های یادگیری: کودکانی که در آموختن دروس مدرسه مشکل دارند.
 - (۴) تفاوت‌های حسی: کودکان مبتلا به نقص‌های شنوایی یا بینایی
 - (۵) تفاوت‌های رفتاری: کودکان مبتلا به ناهنجاری‌های هیجانی یا ناسازگار از لحاظ اجتماعی
 - (۶) معلولیت‌های چندگانه و شدید: کودکانی که به طور هم‌زمان از نارسایی‌های مختلفی رنج می‌برند.
 - (۷) تفاوت‌های جسمی: نارسایی‌هایی که مانع حرکت، سلامت و جنب و جوش 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) ناهنجاری‌های 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 شش میلیون کودک استثنایی وجود داشته باشد؛ یعنی تقریباً از هر ده کودک، یک کودک به نوعی کودکی استثنایی محسوب می‌شود.

به طور کلی اختلالات با شیوع بالا عبارت‌اند از: اختلال یادگیری خاص، معلولیت ذهنی، اختلالات هیجانی و رفتاری، اختلالات ارتباطی، اختلال طیف اتیسم، تیزهوشی. براساس آمار موجود، حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه‌ای، استثنایی هستند.

جالب است بدانید که 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 به ترتیب، ۱۰ درصد و ۸ درصد از کودکان استثنایی را به خود اختصاص می‌دهند.

در سال‌های اخیر شاهد افزایش چشمگیر فراوانی اختلال طیف اتیسم و آسیب مغزی ضربه‌ای (TBI) بوده‌ایم. افزایش مرتبط با اختلال طیف اتیسم 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، مانند جراحی مغزی آسیب‌زا و آسیب‌های ارتوپدی، شاهد افزایش قابل توجه آنان بوده‌ایم. نتایج حاصل از **مطالعات مارلند** نیز 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.

انواع کودکان استثنایی	درصد شیوع
تیزهوشان و خلاق‌ها	۳
عقب‌ماندگان ذهنی	۲/۳
مشکلات شنوایی	۰/۶
مشکلات بینایی	۰/۱
مشکلات تکلمی	۳/۵

۱	اختلالات یادگیری
۲	اختلالات رفتاری
۵/۵۰	دشواری‌های حرکتی
۶/۵۰	بیماری‌های مزمن و دانش‌آموزان با بیش از یک نقص
۶/۱۳	جمع

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

درصد شیوع	انواع کودکان استثنایی
۳-۲	تیزهوشان
۳-۱	عقب‌ماندگان ذهنی
۵/۳-۵/۰	مشکلات شنوایی
۲/۱-۱/۰	مشکلات بینایی
۴-۲/۵	مشکلات تلکمی
۳-۱	اختلالات یادگیری
۲-۱	اختلالات رفتاری
۵/۳-۵/۰	دشواری‌های حرکتی
۲/۸-۱۶/۲	کل

ضمناً درصد دسته‌بندی دانش‌آموزان استثنایی به غیر از تیزهوشان براساس گزارش ادارهٔ تعلیم و تربیت ویژهٔ وزارت آموزش و پرورش آمریکا که خدمات ویژه دریافت می‌کنند و در ردهٔ سنی ۶ تا ۲۱ سال قرار دارند، در جدول زیر شرح داده شده است.

درصد شیوع	انواع کودکان استثنایی
۲/۴۲	۱ نارسایی‌های ویژه در یادگیری
۸/۱۸	۲ اختلالات تکلم و زبان
۸/۷	۳ عقب‌ماندگی ذهنی
۸/۶	۴ اختلالات هیجانی یا رفتاری
۱/۲	۵ چند معلولیتی
۲/۱	۶ آسیب‌های شنوایی و ناشنوایی
۹/۵۰	۷ آسیب‌های اسکلتی
۵/۱۱	۸ سایر آسیب‌های جسمانی (بیماری‌ها)
۴/۵۰	۹ آسیب‌های بینایی و نابینایی
۶/۵	۱۰ اتیسم
۲/۵۰	۱۱ ناشنوا-نابینا
۴/۵۰	۱۲ صدمات مغزی
۷/۱	۱۳ تأخیر رشدی (تنها کودکان ۳ تا ۹ سال را شامل می‌شود).

به طور کلی می‌توان گفت که استثنای شیوع پایین، کمتر از ۱ درصد جمعیت مدارس را تشکیل می‌دهند و عبارت‌اند از: کودکان کم‌شنوا و ناشنوا، کودکان کم‌بینا و نابینا، کودکان مبتلا به معلولیت‌های جسمی و مشکلات فیزیکی.

بافت محیط زندگی کودک استثنایی

زمانی که دربارهٔ کودکی صحبت می‌شود 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 کرده‌اند را کاملاً بشناسیم، می‌توانیم بهترین راهبردهای آموزشی

و بهترین محیط یادگیری را برای او فراهم کنیم.

● تأثیر خانواده، دوستان و همسالان

این امکان وجود دارد که رفتارهای غیرعادی کودک، واکنش متقابل کودک به واکنش‌های همسالان، خانواده و همسایگان در مقابل ناتوانی او باشد. معمولاً خانواده‌ها به رفتار کودک ناتوان به شیوه‌ای نادرست واکنش نشان می‌دهند؛ برای مثال، اگر کودکی زیاد حرف نمی‌زند، خانواده هم با او کمتر حرف می‌زنند. این نوع واکنش‌ها مشکل اصلی را حادتر می‌کند. یکی از نیروهای اصلی که بر هر کودکی اثر می‌گذارد، **سیستم خانواده** است؛ تمایل به مداخله زودهنگام پیش از ۵ سالگی، باعث افزایش اهمیت خانواده می‌شود.

● رشد هیجانی خانواده

روان‌شناسان امروزه معتقدند که عوامل اجتماعی بیشتر از عوامل ژنتیک در رشد هیجان‌های کودک تأثیر می‌گذارد. **نظریه ذهن**، یکی از نظریه‌های 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. برای مثال در کودکان مبتلا به اتیسم، شکل‌گیری نظریه ذهن با تأخیر بسیار زیادی شکل می‌گیرد.

● رویکرد محیطی (اکولوژیک)

این احتمال زیاد است که بزرگ‌ترین تغییر نگرش مربیان دربارهٔ 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

این مدل، **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

نام دیگر این مدل، **بوم‌شناختی** است.

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 همهٔ 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.

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.

اصطلاح دیگری که بهتر است در این حوزه یاد داشته باشید، **توانمندسازی والدین** است. توانمندسازی والدین به این معنا است که خانواده‌ها برای تأمین نیازهای کودک خود اقدام کنند. امروزه 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 زیر روبه‌رو می‌شوند:

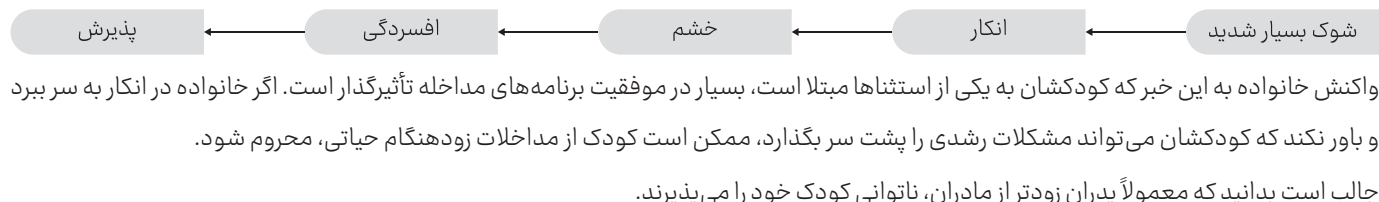
(۱) مرگ سمبولیک کودکی که قرار بود در آینده انسانی سالم و طبیعی باشد.

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 اشتباهی 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. برای مثال تغذیه، پوشاندن لباس و خواباندن کودکی که فلج مغزی یا اختلال هیجانی دارد، کار بسیار دشواری است.



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 مشکل‌دار زیاد توجه کنند، سایر فرزندان عادی ممکن است نادیده گرفته شوند، در نتیجه کودکان بدون مشکل نسبت به کودک مشکل‌دار ممکن است احساس خشم پیدا کنند. اگر خواهر و برادران کودک مشکل‌دار 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.

همچنین مطالعات نشان می‌دهند که در کل کودکان مشکل‌دار 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.

لازم دیدم یک نکته رو بهت یادآوری کنم:

رشته روانشناسی پر از اصطلاحات تخصصی هست، ولی مشکل اینیه که کتاب‌های اصلی رو ما ترجمه می‌کنیم.

هر کتابی که ترجمه می‌شه، یک نفر اون اصطلاح رو یک‌جور ترجمه می‌کنه و مترجم دیگه همون رو یه جور دیگه. نتیجه این می‌شه که یک مفهوم واحد، چند تا اسم یا اسم مستعار فارسی پیدا می‌کنه.

اهمیتش اینه که تو باید همه اسم‌های مختلف رو بلد باشی تا وقتی توی یک کتاب دیگه یا کنکور یه اصطلاح دیدی که قبلاً با اسم دیگه‌اش خوندی، گیج نشی و بفهمی منظور همون چیز قبله!»

درب‌گیری (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 به‌سوی نقاط قوت و ضعف کودک و 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:

(۱) آزمون‌های هنجار-مرجع

(۲) آزمون‌های تشخیص پیشرفت تحصیلی

(۳) مصاحبه

(۴) مشاهده

(۵) سنجش‌های غیررسمی

(۶) ارزیابی مجموعه کارهای کودک (ارزیابی پورت فولیو)

برای پاسخ‌گویی به این سؤالات باید رشد کودک و اکولوژی وی به‌دقت مورد بررسی قرار گیرد.

توجه داشته باشید که اکولوژی یا بوم‌شناسی به بررسی چگونگی تعامل ارگانیسم‌ها با محیط خود و موجودات دیگر می‌پردازد.

تفاوت‌های میان‌فردی

همان‌طور که در ابتدای فصل اشاره کردیم، تفاوت‌های میان‌فردی به معنای تفاوت‌های مهم و بزرگ بین کودکان هم‌سال در مراحل اصلی رشد است. متخصصان تفاوت‌های بین‌فردی 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 میان‌فردی می‌شود، استعداد تحصیلی است.

آزمون‌های هوش به‌خوبی می‌توانند عملکرد تحصیلی را پیش‌بینی کنند البته در سال‌های اخیر آزمون‌های هوش به‌شدت مورد حمله قرار گرفته‌اند، زیرا نمرات حاصل از آزمون‌های هوش نمی‌توانند هوش بالقوه را همان‌طور که هست نشان دهند. همچنین بسیاری از دانشمندان متعقدند 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. برای مثال وقتی در حال برنامه‌ریزی برای کارهای فردایتان هستید در حال استفاده از عملکرد اجرایی هستید.

● 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 دانش‌آموز نمی‌تواند موفق شود.
- (۲) **آزمون پیشرفت تحصیلی تشخیصی (دیاگنوستیک):** از این آزمون‌ها برای اهداف تشخیصی استفاده می‌شود. برای مثال تشخیص اختلالات یادگیری.

● رشد روانی‌حرکتی

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 اتیسم 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 ناهنجاری روانی حرکتی عبارت‌اند از: **گندی (retardation)** و **پرتحرکی (agitation)**.

● رشد زبانی

همان‌طور که شما هم می‌دانید زبان که یکی از پیچیده‌ترین کارکردهای آدمی به شمار می‌آید و در برابر مشکلات رشدی کودکان استثنایی بسیار آسیب‌پذیر است. یادتان باشد که که ارزیابی زبان یک کودک باید براساس ارزیابی زبان مادری او انجام شود. در این حوزه چهار فرایند ارتباطی عمده وجود دارد که باید بررسی شوند که عبارت‌اند از:

- (۱) درک شفاهی (گوش دادن و درک حروف)

(۲) درک کتبی (خواندن)

(۳) بیان شفاهی (خواندن)

(۴) بیان کتبی (نوشتن)

● رشد روانی اجتماعی

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 هم هرگونه تعامل با دیگران است. جالب است بدانید که سالیوان معتقد بود که حتی وقتی در پیاده‌رو از کنار سایرین گذر می‌کنید، با تک‌تک آن‌ها رابطه میان فردی برقرار می‌کنید.

● انطباق‌پذیری اجتماعی

انطباق‌پذیری 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 سازگارانه واینلند برای نوزادان تا افراد ۹۰ ساله قابل اجرا است و رفتار سازگارانه را در پنج حوزه می‌سنجد:

(۱) ارتباط

(۲) مهارت‌های زندگی روزمره

(۳) جامعه‌پذیری

(۴) مهارت‌های حرکتی

از این مقیاس برای سنجش افراد مبتلا به تأخیرات رشدی، معلولیت‌های رشدی و نقص‌های ذهنی استفاده می‌شود.

طراحی برنامه آموزشی انفرادی، (IEP)

برنامه آموزشی انفرادی (individualized education program) یک برنامه درسی مخصوص برای کودکان استثنایی است که در آن نیازهای خاص تک تک کودکان به صورت انفرادی برطرف می‌شود. در این برنامه به درستی مشخص می‌شود که چگونه برنامه‌های مدرسه با نیازهای دانش آموز استثنایی متناسب سازی شود.

این برنامه را بدون موافقت والدین نمی‌توان تغییر داد. شایان ذکر است که 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 بی معنا 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 مدرسه ای تا ناحیه دیگر، بسیار متفاوت است. در جدول زیر اجزای سازنده برنامه آموزش انفرادی ذکر شده است.

برای همه دانش آموزان	برای بعضی از دانش آموزان
سطوح کنونی عملکرد	انتقال، از جمله انتقال حقوق والدین به دانش آموزان
هدف‌ها و غایت‌های قابل اندازه گیری	طرح رفتاری
وضع سنجش	نیازهای ELS
عدم مشارکت با دانش آموز توانمند	بریل
همه خدمات مورد نیاز، کاملاً توصیف شده اند (مقدار، فراوانی و ...)	نیازهای ارتباطی
گزارش پیشرفت	فن آوری کمکی

در جدول زیر هم معایب و محاسن آموزش انفرادی را باهم مرور می‌کنیم.

معایب برنامه آموزشی انفرادی	محاسن آموزش انفرادی
ضعف در انفرادی کردن برنامه برای متناسب کردن با دانش آموز	مشارکت کامل و برابر والدین
ضعف در برآورد نیازهای همه کودکان	فردی شدن کامل برای هماهنگ شدن با دانش آموز
ضعف در توصیف و مشخص نمودن کامل همه خدمات ضروری	سطوح کنونی عملکردها و نیازها و ویژگی‌ها دقیقاً مشخص شده اند.
ضعف در نوشتن روشن، عینی، معنادار و منطقی سطوح کنونی عملکرد،	همه خدمات، اصلاحات و پشتیبانی‌ها و نیازهای دانش آموزان را به طور کامل برآورده می‌سازند.
غایت‌ها و هدف‌ها	هدف‌ها و غایت‌های قابل اندازه گیری، واقعی و جدی فرض می‌شوند.

برنامه خدمات انفرادی خانواده، (IFSP)

برنامه خدمات انفرادی خانواده (Individualized family service plan) نشان دهنده آن است که خانواده در مرکز فرایندهای تصمیم گیری 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، در حالی که IEP برای کودکان سه ساله و بزرگ تر تدوین می‌شود.

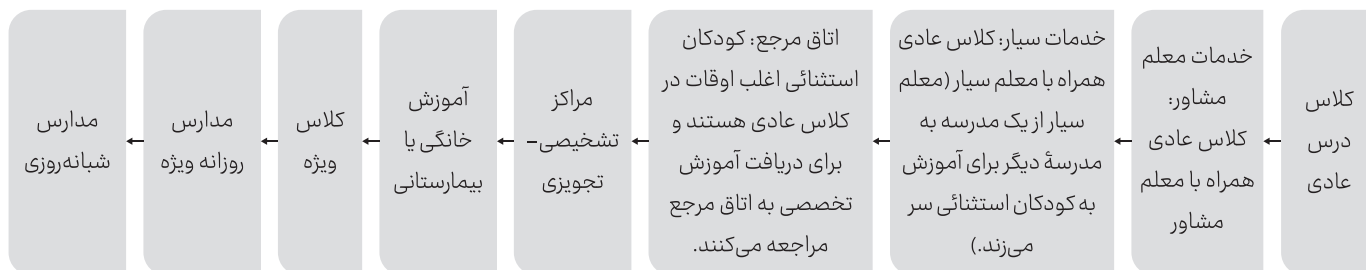
توجه به این نکته ضروری است که کودک استثنایی حق برخورداری از آموزش مناسب و نه آموزش سطح بالا را دارد.

محیط با کمترین محدودیت، (LRE)

قانون آموزش ویژه متضمن آموزش دانش آموزان در محیطی با کمترین محدودیت (Least restricted environment) است.

هدف از این برنامه، قراردادن دانش آموزان استثنایی در کنار کودکان عادی با حداکثر مناسب سازی محیط آموزشی است.

سطوح آموزش به دانش‌آموزان استثنایی در یک نگاه



پیشگیری و مداخله زودهنگام

مداخله زودهنگام، مداخله سریع یا مداخله به‌هنگام به‌معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی صفر تا پنج‌ساله و خانواده‌های آنان است.

در برخی منابع، مداخله 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. مداخله 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.

سه بحث بنیادی شالوده دخالته زودهنگام را تشکیل می‌دهد که در ادامه این سه بحث را بررسی می‌کنیم:

(۱) یادگیری زودهنگام 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 زودهنگام برای کودک و خانواده او پشتیبانی فراهم آورد که از به وجود آمدن مشکلات بیشتر جلوگیری کند.

(۳) مداخله زودهنگام می‌تواند به خانواده‌ها کمک کند تا نسبت به داشتن کودک دارای ناتوانی، سازگاری نشان دهند. مداخله زودهنگام 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 ازجمله 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.

یادتان باشد که بازتوانی یا نوتوانی یا توان بخشی و کاردرمانی از پیشگیری‌های ثالث است.

● فواید مداخله زودهنگام

در ادامه سه فایده مهم مداخله زودهنگام را بررسی می‌کنیم:

- 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 به‌سرعت 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. خوشبختانه 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.

- آماده‌ساختن کودک برای ورود به مدرسه

یکی از اهداف مداخله زودهنگام، کمک به کودک برای آماده‌کردن 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.

عوامل خطر

● اختلالات ژنتیک

جالب است که بدانید بیش از صد اختلال ژنتیک وجود دارد. 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 آبله‌مرغان می‌توانند به جنین آسیب برسانند، اما خوشبختانه با وجود واکسن‌های موجود می‌توان از آن‌ها پیشگیری کرد. رایج‌ترین بیماری مادر که می‌تواند به جنین آسیب بزند، بیماری قند است.

دو مشکل بسیار رایج در دوران بارداری عبارت‌اند از: (۱) زودرسی (۲) کمبود وزن در هنگام تولد. لازم است معنای دقیق هر کدام را بدانیم:

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: (۱) آنوکسیا (۲) 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.

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

همچنین به زایمان در کمتر از دو ساعت زایمان سریع می‌گویند. در طول زایمان سریع، جوش خوردن آرام جمجمه ممکن است انجام نشود و به همین علت در فرایند زایمان سریع، 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. در ادامه به بررسی انواع خطرات محیطی می‌پردازیم.

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. کتک‌زدن 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.

سوءمصرف مواد: سوءمصرف مواد می‌تواند در کودکان، معلولیت‌ها و مشکلات رفتاری را به وجود آورد. خوردن الکل توسط مادر باردار می‌تواند باعث شود

که کودک به سندرم جنین الکلیزه مبتلا شود.

کودکان مبتلا به این سندرم، 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 زودهنگام شوند. علاوه بر آن، کودکانی که مادر آن‌ها مواد مخدر مصرف می‌کنند، بیشتر از کودکانی که مادر آن‌ها سوءمصرف مواد ندارند به تأخیر هیجانی و رفتاری مبتلا می‌شوند.

پیشگیری قبل از تولد

حتماً می‌دانید که 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 B 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 سندرم داون است و سطوح بالای آلفا-پروتئین نشان‌دهنده بیماری کبد، نقص در لوله عصبی مانند آنسفال و اسپینایفیدا یا سندرم 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 (آمینون) خارج شده و مورد بررسی قرار می‌گیرد و می‌توان به چند نوع معلولیت مانند تائوساکس، سندرم داون و اسپینایفیدا 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 سندرم 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 سندرم داون، مشخص می‌شوند.

تشخیص معلولیت‌ها بعد از تولد

اگر کودک با معلولیتی که قابل درمان باشد به دنیا بیاید، درمان 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 یک هفته‌گی 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، به علت نارس بودن، به خوبی 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. نور درمانی 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 است که پزشک باید به آن توجه کند. بیماری‌هایی مانند کرتینیسم، فنیل‌کتونوریا، گالاکتوسمیا 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 دوماهگی تا پنج سالگی، 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 چهارده روزه تا شش ساله 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:

(۱) رشد حرکات درشت

(۲) رشد حرکات ظریف-حرکات سازگاران

(۳) رشد زبان

(۴) رشد شخصی-اجتماعی.

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

این تست‌ها به طور معمول کیفیت اجرا در پنج زمینه را می‌سنجد: 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.

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

همچنین دو تست رایج دیگری به منظور 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 هشت سالگی 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.



آماده کردن دانش‌آموزان برای ادامه آموزش، مسئولیت‌های بزرگسالی، استقلال و اشتغال همیشه هدف آموزش دبیرستان‌های دولتی بوده است. به طور کلی می‌توانیم انتقال را این‌گونه تعریف کنیم:

انتقال شامل انواع فعالیت‌های پس از مدرسه، کارآموزی شغلی، اشتغال یکپارچه، آموزش پیوسته و زندگی مستقل می‌شود.

طرح‌های انتقال باید حتماً در برنامه آموزش انفرادی دانش‌آموزان استثنایی وارد شود. بیشتر دانش‌آموزان موفق می‌شوند دبیرستان را به اتمام برسانند و شغل پیدا کنند بدون آنکه مشکلات سازگاری عمده‌ای داشته باشند. البته قابل ذکر است که تحقیقات نشان می‌دهند که درصد بالایی از دانش‌آموزان استثنایی در مقایسه با دانش‌آموزان بدون ناتوانی در انتقال از نوجوانی به بزرگسالی و از مدرسه به کار دچار مشکل می‌شوند. جالب است بدانید که در بین کودکان استثنایی، آنانی که ناتوانی‌های یادگیری ویژه یا آسیب گفتاری و زبانی دارند، معمولاً آینده بهتری در مقایسه با سایر کودکان استثنایی دارند اما دانش‌آموزان با ناتوانی‌های شدید و چندگانه و آن‌هایی که دارای اختلال‌های هیجانی یا رفتاری هستند، با ضعیف‌ترین پیامدها روبه‌رو خواهند شد.

به طور کلی این اندیشه که برنامه‌ریزی برای انتقال به بزرگسالی دانش‌آموزان استثنایی باید براساس ارتقای سطح کیفیت زندگی این افراد باشد، طرفداران خود را دارد. تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است اما هالپرن مؤلفه انتخاب شخصی را اصل مهمی در کیفیت زندگی می‌داند. هالپرن همچنین سه حیطه مهم کیفیت زندگی را مشخص می‌کند که عبارت‌اند از:

(۱) بهزیستی جسمی و مادی

(۲) انجام نقش‌های بزرگسالی مانند اشتغال

(۳) رضایت شخصی مانند شادمانی

● اشتغال

همان‌طور که خواندید، اشتغال یکی از نقش‌های مهم دوران بزرگسالی است. جالب است بدانید که اشتغال حمایتی، طرحی برای کمک به افراد ناتوان است که نمی‌توانند به طور 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. به عبارت دیگر اشتغال حمایت‌شده روشی برای وارد کردن افراد ناتوان به محل کار است که فرد یک مربی شغلی دارد که کار را به او یاد می‌دهد و با گذر زمان، نقش این مربی کمرنگ می‌شود. اشتغال رقابتی نیز عبارت است از دست‌کم بیست ساعت کار در هفته (شغلی که معمولاً یک شخص بدون ناتوانی اشتغال کرده است). نوعی دیگر از اشتغال وجود دارد به نام اشتغال رقابتی حمایتی که درواقع شغل‌هایی با کمترین حقوق در محیط‌های کاری یکپارچه فراهم می‌نماید که بیشتر کارگران غیرناتوان هستند به بیان دیگر در اشتغال رقابتی حمایتی، افراد نوعی موقعیت شغلی رقابتی دارند و در عین حال از طرف مربی شغلی کمک‌های مورد نیاز را دریافت می‌کنند.

جدول زیر به انواع اشتغال در جامعه و توضیح آنان پرداخته است.

تعریف	نوع اشتغال
منظور همان شغل عادی است که بزرگسالان بدون ناتوانی در آن مشغول می‌شوند. (بدون داشتن مربی یا حمایت خاصی)	رقابتی
کمک گرفتن کوتاه‌مدت از یک مؤسسه برای پیدا کردن شغل و سازگارشدن با آن	جاگماری شغلی (حمایت انتقالی به اشتغال عادی)
کمک کردن به افراد ناتوان برای کسب درآمد	حمایتی
کار بی‌مزدی که یک فرد به دلایلی غیر از تأمین زندگی روزانه آن را انجام می‌دهد. افراد دارای ناتوانی نباید کار داوطلبانه انجام دهند.	داوطلبانه
کاری است که در یک کارگاه پناهگاهی، یعنی محلی که اکثریت کارکنان دارای ناتوانی هستند و مزدهای پایین‌تر از متوسط دریافت می‌کنند، انجام می‌گیرد.	پناهگاهی
توجه به مهارت‌های پیش حرفه‌ای مانند کارهای مرتبط با وسایل نقلیه موتوری	فعالیت کاری مبتنی بر مرکز (برنامه‌های روزانه غیریکپارچه)
تأکید این‌گونه از فعالیت‌ها، درمانی یا غیرشغلی است و وابسته به منبع سرمایه‌گذاری است.	فعالیت روزانه (برنامه‌های مراقبت روزانه بزرگسال مبتنی بر مرکز، برنامه‌های غیریکپارچه)

شاید این سؤال برایتان پیش آمده باشد که تفاوت شغل رقابتی حمایتی و کار پناهگاهی دقیقاً چیست؟ به این سؤال می‌توانیم این‌گونه پاسخ دهیم که اشتغال رقابتی حمایت‌شده در مقایسه با کارگاه‌های پناهگاهی، بیشتر با فلسفه خودتصمیم‌گیری هماهنگ است. با مؤلفه خودتصمیم‌گیری در فصل

بعدی به طور کامل آشنا می‌شوید.

امروزه چهار روش برای اشتغال حمایتی وجود دارد:

۱) بنگاه کسب‌وکار کوچک: در این روش با تأسیس بنگاهی که از فرصت‌های اقتصادی موجود در جامعه استفاده می‌کند، برای افراد دارای ناتوانی، اشتغال تحت حمایت فراهم می‌شود.

۲) نیروی کار سیال: در این روش گروه کوچکی از کارگران تحت حمایت، برای کسب‌وکار واحدی مانند ساختمان‌سازی یا حفاظت از زمین کار می‌کنند.

۳) کار جزیره‌ای یا خوشه‌ای: در این مدل، گروه کوچکی از افراد دارای ناتوانی با دریافت آموزش ویژه یا حمایت‌های شغلی درون یک کسب‌وکار یا صنعت کار می‌کنند. کار جزیره‌ای جایگزین مفیدی برای اشتغال پناهگاهی جداگانه و سنتی است.

۴) جایابی انفرادی: در این روش، ترجیحات شغلی مراجع مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و کارگران به دقت در شغل‌هایی که می‌خواهند جایابی می‌شوند و آموزش و حمایت گسترده در محل کار تأمین می‌شود. نظام‌های حمایت طبیعی در محل کار برقرار می‌شود و بر عملکرد مراجع نظارت می‌شود و رویکردی نظام‌دار برای حفظ بلندمدت شغل اتخاذ می‌شود. رویکردی در جایابی انفرادی وجود دارد به نام اشتغال سفارشی. در این رویکرد بر مبنای مهارت‌های کنونی کارگر در محیط کاری رقابتی، شغل فراهم می‌شود. هدف اشتغال سفارشی ایجاد تبادل ارزش بین کارفرما و کارگر بر مبنای نیازهای منحصربه‌فرد و نیازهای مجزا، نوظهور و انفرادی کارفرما است.

خلاصه فصل

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

معلولیت به معنای 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) ناهنجاری‌های 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 ۱۳/۰۶ در جامعه است که بیشترین درصد شیوع برای کودکانی با مشکلات تکلمی بود.

واکنش والدین در برابر کودک استثنایی به این شکل است: 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 قوه مقننه، در رابطه با کودکان استثنایی نقش بسیار پررنگی دارند.

مداخله زودهنگام به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی صفر تا پنج ساله و خانواده‌های آنان است.

فواید مداخله زودهنگام 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، نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی (CVS) و بافت‌برداری 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 معاینه 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 پراستفاده‌ترین تست‌های غربالگری رشد، تست Denver-II (دنور-۲) است.

آماده‌کردن دانش‌آموزان استثنایی برای ادامه آموزش، مسئولیت‌های بزرگ‌سالی، استقلال و اشتغال همیشه هدف آموزش دبیرستان‌های دولتی بوده است و انتقال نام دارد.

انواع اشتغال در جامعه عبارت است از: رقابتی، جاگماری شغلی (حمایت انتقالی به اشتغال عادی)، حمایتی، داوطلبانه، پناهگاهی، فعالیت کاری مبتنی بر مرکز (برنامه‌های روزانه غیریکپارچه)، فعالیت روزانه (برنامه‌های مراقبت روزانه بزرگسال مبتنی بر مرکز، برنامه‌های غیریکپارچه) چهار روش اشتغال حمایتی وجود دارد: ۱) بنگاه کسب‌وکار کوچک، ۲) نیروی کار سیال، ۳) کار جزیره‌ای یا خوشه‌ای، ۴) جایابی انفرادی

سؤالات روان‌شناسی کودکان استثنایی کنکور کارشناسی ارشد

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

۱) طرح مسائل جدید برای دانش‌آموز ۲) استفاده از پسخوراندهای تأخیری

۳) عدم استفاده از واسطه 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؟ (علوم 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؟ (علوم ۱۳۹۷)

۱) تعامل با متخصصان و معلمان ذی‌ربط

۲) یافتن برنامه مداخله‌ای مناسب برای کودک

۳) تأمین بهزیستی و مراقبت‌های لازم از کودک معلول

۴) کمک به اعضای خانواده برای افزایش درک و فهم آنان درباره معلولیت

۴) نخستین واکنش خانواده در برابر تولد نوزاد معلول کدام است؟ (علوم ۱۳۹۷)

۱) پذیرش کودک

۲) درک کردن

۳) ضربه روحی

۴) عقب‌نشینی دفاعی

۵) آزمایش آپگار در چه زمانی پس از تولد انجام می‌شود و شامل کدام مؤلفه‌هاست؟ (علوم 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 به‌ترتیب، بیشترین ناتوانی‌های دانش‌آموزان را تشکیل می‌دهند؟ (علوم 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، در خصوص بیماری‌های ژنتیکی و مشاوره ژنتیک درست است؟ (علوم ۱۴۰۴)

۱) بیماری‌های ژنوم میتوکندری، فقط از مادر به ارث می‌رسند.

۲) معمولاً آزمایش خون، جایگزین مناسبی برای مشاوره ژنتیک است.

۳) اختلالات ژنتیکی، همیشه به دلیل ارث از والدین اتفاق می‌افتد.

۴) فقط در صورت وجود سابقه بیماری ژنتیکی در خانواده، انجام مشاوره ژنتیک ضروری است.

۸) کدام مورد بیانگر موافقت نامه‌ای است که بین والدین دانش‌آموزان و مدرسه در مورد نیازهای دانش‌آموز و چگونگی برآوردن آن نیازها تنظیم می‌شود؟ (علوم ۱۳۹۶)

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

۹) کدام مورد نام دیگر ارزیابی پویا در آموزش ویژه است؟ (علوم ۱۳۹۶)

- ۱) تعاملی ۲) واقعی ۳) بوم‌شناختی ۴) مبتنی بر فرایند

۱۰) بیشترین درصد شیوع دانش‌آموزان استثنایی بین ۶ تا ۲۱ ساله متعلق به کدام گروه است؟ (علوم ۱۳۹۷)

- ۱) آسیب زبان و گفتار ۲) آسیب چندگانه ۳) عقب‌ماندگی ذهنی ۴) نارسایی‌های ویژه

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

- ۱) برنامه‌ای ۲) پیشگیرانه اولیه ۳) ترمیمی ۴) پیشگیرانه ثانویه

۱۲) نخستین مؤلفه اصلی هر برنامه آموزش انفرادی کدام است؟ (علوم ۱۳۹۷)

- ۱) تعیین مسئولیت‌ها ۲) تدوین برنامه آموزشی ۳) برآورد سطح کنونی عملکرد آموزشی ۴) هدف‌های سالیانه قابل اندازه‌گیری

۱۳) کدام اصل در برنامه‌های مداخله زودهنگام و اولیه برای کودکان استثنایی اساسی است؟ (علوم 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

۱۴) اولین و مهم‌ترین نقش در آموزش توانبخشی کودکان استثنایی بر عهده چه کسانی است؟ (علوم ۱۳۹۷)

- ۱) والدین ۲) معلمان ۳) روان‌شناسان ۴) برنامه‌ریزان

۱۵) کدام مورد از طرح‌های مربوط به تسهیل دسترسی به برنامه آموزش عمومی نیست؟ (علوم ۱۳۹۸)

- ۱) همگانی‌یادگیری ۲) آموزش متمایز ۳) مداخله به‌هنگام ۴) پاسخ به مداخله

۱۶) در کدام روش از آموزش ویژه، دانش‌آموزان 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؟ (علوم ۱۳۹۸)

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

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

- ۱) فراورده‌های علوم ۲) دانستی‌های علوم ۳) مهارت استدلال ۴) مهارت مشاهده

۱۸) ارائه اطلاعات صحیح به خانواده، عزت و احترام به آن‌ها، انعطاف‌پذیر بودن برنامه‌های مداخله‌ای برای گروه‌های با نیازهای ویژه، از ویژگی‌های کدام الگوی درمانی است؟ (علوم ۱۳۹۸)

- ۱) تعامل محور ۲) خانواده محور ۳) کارکردی ۴) انسان‌گرایی

۱۹) کدام مورد درباره دانش‌آموزی که از مدرسه اخراج می‌شود، درست است؟ (علوم ۱۳۹۸)

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

۲۰) در طرح همگانی یادگیری، کدام یک از روش‌های چندگانه به پرسش زیر پاسخ می‌دهد؟ (علوم ۱۳۹۹)

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

- ۱) ارائه ۲) جبران ۳) بیان ۴) مشارکت

۲۱) کدام مورد معرف تغییراتی است که در روش ارائه محتوای درسی و روش پاسخ‌دهی دانش‌آموزان در آموزش متمایز اعمال می‌شود؟ (علوم ۱۳۹۹)

- ۱) اصلاح ۲) انطباق‌سازی ۳) متناسب‌سازی ۴) آموزش انفرادی

۲۲) کدام طرح به این معناست که معماری، طراحی ابزارهای نو و برنامه‌های ساختاری، حرکت اصلی، ساخت فن‌آوری‌ها یا فرآورده‌ها به گونه‌ای باشد که برای بیشترین میزان جمعیت بالقوه قابل استفاده باشد؟ (علوم ۱۳۹۹)

۱) همگانی ۲) فراگیر ۳) تلفیق‌سازی ۴) عادی‌سازی

۲۳) کدام یک در فرایند یکپارچه‌سازی به تلفیق دانش آموزان استثنایی با دانش آموزان عادی بیشتر کمک می‌کند؟ (علوم ۱۴۰۰)

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

۲۴) آموزش کاملاً فراگیر در واکنش به چه رویدادی مطرح شد؟ (علوم ۱۴۰۰)

۱) تلفیق افراد با آسیب بینایی با افراد عادی ۲) تلفیق همه افراد کم‌توان ۳) جداسازی بعضی از افراد با ناتوانی ۴) تلفیق افراد با معمولیت‌های چندان با دانش آموزان عادی

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

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

۲۶) در کدام رویکرد بر تعامل محیط و کودک تأکید می‌شود و اختلال رفتاری را ناشی از رابطه کودک و محیط می‌داند؟ (علوم ۱۴۰۰)

۱) اکولوژی ۲) بینش‌گرا ۳) رفتاری ۴) روان تحلیلی

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

۱) سیاهه رفتار کودک ۲) پرسش‌نامه رفتاری کانرز ۳) پرسش‌نامه سنجش کافمن برای کودک ۴) غربالگری سازمان یافته اختلالات رفتاری

۲۸) این پدیده را که همه تغییرات در خلق و رفتار افراد کم‌توان هوشی به آسیب ذهنی آن‌ها نسبت داده شود، چه می‌گویند؟ (علوم ۱۴۰۰)

۱) تصور قالبی ۲) تفکر تعمیم یافته ۳) تشخیص سوگیرانه ۴) تشخیص سایه‌دار

۲۹) فراهم‌سازی شغل‌هایی با کمترین حقوق در محیط‌های کاری یکپارچه که بیشتر کارگران غیرناتوان هستند، چه نامیده می‌شود؟ (علوم ۱۴۰۱)

۱) اشتغال در کارگاه‌های حفاظتی ۲) اشتغال سفارشی ۳) اشتغال حمایتی رقابتی ۴) خوداشتغالی

۳۰) در سطوح چندم جایابی دانش آموزان با نیازهای ویژه روش هم‌تدریسی مورد استفاده قرار می‌گیرد؟ (علوم ۱۴۰۱)

۱) چهارم ۲) سوم ۳) دوم ۴) اول

۳۱) مقیاس ASQ، چه نوع مقیاسی است؟ (علوم ۱۴۰۲)

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

۳۲) در تقسیم‌بندی‌های جدید کودکان استثنایی، کدام آسیب در محدوده آسیب‌های حوزه سلامت قرار می‌گیرد؟ (علوم ۱۴۰۲)

۱) نابینا-ناشنوا ۲) آسم-دیابت کودکان ۳) فلج مغزی-اسپینا بیفیدا ۴) معلولیت‌های چندان و آسیب‌های دودامنه

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

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

۳۴) کدام مورد، از مهم‌ترین نقش‌های مداخله بهنگام در پیشگیری اولیه مشکلات شایع دوران کودکی محسوب نمی‌شود؟ (علوم ۱۴۰۲)

۱) فراهم کردن مشاوره مداوم برای خانواده ۲) تمرکز بر زبان و ارتباط با رویکردی جامع ۳) حمایت همه‌جانبه از نظام خانواده در جامعه ۴) کاهش نیاز به خدمات آموزش و پرورش ویژه

(۳۵) کدام مورد، هدف اصلی آموزش فراگیر را بیان می‌کند؟ (علوم ۱۴۰۲)

- (۱) برقراری عدالت اجتماعی برای همه دانش‌آموزان
(۳) جست‌وجو و درک نیازهای آموزشی همه دانش‌آموزان
(۲) برقراری عدالت اجتماعی برای دانش‌آموزان استثنایی
(۴) جست‌وجو و درک نیازهای آموزشی دانش‌آموزان استثنایی

(۳۶) کدام مورد، جزء اجزای سازنده برنامه آموزش انفرادی است؟ (علوم ۱۴۰۲)

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

(۳۷) در تعریف آموزشی دانش‌آموزان استثنایی، کدام مفهوم حائز اهمیت بیشتری است؟ (علوم ۱۴۰۳)

- (۱) گوناگونی ویژگی‌ها
(۲) ناتوانی در یادگیری
(۳) نیازهای روان‌شناختی
(۴) اختلال در ادراک

پاسخ تشریحی روان‌شناسی کودکان استثنایی کنکور کارشناسی ارشد

۱	تیزهوشان و خلاق‌ها	۳
۲	عقب‌ماندگان ذهنی	۲/۳
۳	مشکلات شنوایی	۵/۶
۴	مشکلات بینایی	۵/۱
۵	مشکلات تکلمی	۳/۵
۶	اختلالات یادگیری	۱
۷	اختلالات رفتاری	۲
۸	دشواری‌های حرکتی	۵/۵
۹	بیماری‌های مزمن و دانش‌آموزان با یک نقص	۵/۵۶

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.

(۷) گزینه ۱ با مطالعه فصل اول و دوم کتاب روان‌شناسی کودکان استثنایی روان‌آموز را به راحتی می‌توان با رد گزینه به این سؤال پاسخ داد. زیرا پاسخ صحیح این کتاب مرتبط با مباحث ژنتیک است. وجود روش‌هایی مانند آمیو سنتز و نمونه برداری از پره‌های کوریونی و ... نشان‌دهنده این است که صرفاً آزمایش خون نمی‌تواند جایگزینی برای مشاوره ژنتیک باشد. برای علت اختلالات ژنتیکی نیز می‌توان به سه عامل پره‌ناتال، پرناتال و پست‌ناتال اشاره کرد، در نتیجه اینکه اختلالات ژنتیک صرفاً به علت ارث اتفاق می‌افتند، نادرست است. گزینه ۴ نیز به راحتی رد می‌شود زیرا بدیهی است که در ازدواج‌های فامیلی نیز حتی با وجود عدم سابقه مشکلات ژنتیکی، انجام مشاوره ژنتیکی ضروری است. در نتیجه گزینه ۱ را می‌توان به عنوان پاسخ صحیح گزارش داد. منبع دقیق این سؤال را در کتاب‌های روان‌شناسی نیافتیم پس سراغ کتاب‌های رشته ژنتیک و پزشکی رفتیم. به طور خلاصه تمام میتوکندری‌هایی که به تخم منتقل می‌شوند از اووسیت یا همان سلول تخمک نابالغ منشأ می‌گیرند پس اگر مادر یک جهش در کروموزوم‌های خود در این قسمت داشته باشد آن را به تمامی فرزندان خود منتقل می‌کند.

(۱) گزینه ۴ دربرگیری (عادی‌سازی، اینکلوژن، 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.

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 زودهنگام (مداخله سریع، مداخله به‌هنگام) به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی صفر تا پنج‌ساله و خانواده‌های آنان است. طبق تعریف، مداخله زودهنگام، 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 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.

۸) 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.

۹) 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.

۱۰) 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	۵/۹
۸	(سایر آسیب‌های جسمانی (بیماری‌ها	۱۱/۵
۹	آسیب‌های بینایی و نابینایی	۵/۴
۱۰	آتیسیم	۵/۶
۱۱	ناشنوا-نابینا	۵/۵۲
۱۲	صدمات مغزی	۵/۴
۱۳	تأخیر رشدی (تنها کودکان ۳ تا ۹ سال را شامل می‌شود).	۱/۷

۱۱) گزینه ۳ 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 به طور کلی جلوگیری شود. در پیشگیری ثانویه هم هدف تشخیص زودرس بیماری و اجرای درمان است.

۱۲) 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. 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.

۱۳) گزینه ۴ سه بحث بنیادی شالوده دخالته 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.

۱۴) گزینه ۱ سؤال از این آسون‌تر نداریم! خیلی واضح است که مهم‌ترین نقش در آموزش توان بخشی کودکان استثنایی بر عهده والدین است.

۱۵) گزینه ۳ 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.

۱۶) گزینه ۴ به طور 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.

۱۷) گزینه ۳ از بین گزینه‌های داده‌شده در صورت سؤال، مهارت استدلال است که در آموزش و پرورش افراد با نیازهای ویژه در الویت قرار دارد.

۱۸) گزینه ۲ 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

و معلم ویژه بخشی از ساعات مدرسه به آموزش دانش آموز می پردازد و همچنین، توصیه هایی را به معلم عادی نیز ارائه می کند. براساس توضیحات اتاق مرجع به تلفیق دانش آموزان استثنایی با دانش آموزان عادی بیشتر کمک می کند.

۲۴) گزینه ۳ 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 آن ها است. می توان گفت که فراگیرسازی زمانی آغاز شد که مسئولین قصد داشتند که دانش آموزان کم توان را از سایرین دانش آموزان جدا کنند.

۲۵) گزینه ۱ برنامه خدمات انفرادی خانواده، Individualized family service plan (IFSP): این برنامه نشان دهنده آن است که خانواده در مرکز فرایندهای تصمیم گیری برای کودک قرار بگیرد. تفاوت برنامه آموزشی انفرادی با برنامه خدمات انفرادی خانواده در این است که IFSP برای کودکان زیر سه سال تنظیم می شود.

۲۶) گزینه ۱ رویکرد محیطی (اکولوژیک): این احتمال زیاد است که بزرگترین تغییر نگرش مربیان درباره چگونگی آموزش کودکان خردسال، از به کارگیری رویکرد بوم شناختی یا اکولوژیک حاصل شده باشد. با آگاهی از نقش محیط یا زمینه، می شود از مدل پزشکی به مدل محیطی حرکت کرد. **۲۷) گزینه ۱** سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) ابزاری است که توسط یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی ها و مشکلات رفتاری کودک به خوبی آشنا است تکمیل می گردد. این ابزار را هم می توان به صورت خود گزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد.

۲۸) گزینه ۴ این پدیده را که همه تغییرات در خلق و رفتار افراد کم توان هوشی به آسیب ذهنی آن ها نسبت داده شود، تشخیص سایه دار نامیده می شود.

۲۹) گزینه ۳ اشتغال حمایتی، طرحی برای کمک به افراد ناتوان است که نمی توانند به طور مستقل در اشتغال رقابتی فعالیت کنند. اشتغال حمایتی روشی برای تضمین این موضوع است که آن ها قادرند در زمینه های اشتغال یکپارچه همراه با افراد بدون ناتوانی ها کار کنند. اشتغال رقابتی نیز عبارت است از دست کم بیست ساعت کار در هفته (شغلی که معمولاً یک شخص بدون ناتوانی اشتغال کرده است). می توان گفت که اشتغال حمایتی رقابتی شغل هایی با کمترین حقوق در محیط های کاری یکپارچه فراهم می نماید که بیشتر کارگران غیرناتوان هستند. براساس توضیحات بهترین پاسخ، گزینه ۳ است.

۳۰) گزینه ۳ براساس شکل زیر در سطح دوم جایابی است که علاوه بر معلم کلاس عادی، معلم مشاور نیز حضور دارد و روش هم تدریسی اتفاق می افتد.

کودکان دانست؛ زیرا که مشاهدات آن ها از کودک منبعی غنی از اطلاعات باارزش برای متخصصان است. براساس توضیحات گزینه ۲، پاسخ صحیح است.

۱۹) گزینه ۲ صورت سؤال اطلاعات کافی درباره دانش آموز و اینکه چرا اخراج شده است نداده است. در نتیجه از بین گزینه ها، گزینه دوم بهترین پاسخ است.

۲۰) گزینه ۳ طرح همگانی یادگیری نوعی رویکرد معتبر علمی است که شیوه های ارائه اطلاعات انعطاف پذیر، شیوه های پاسخ دهی و نشان دادن دانش و مهارت های انعطاف پذیر و شیوه های مشارکت انعطاف پذیری را برای دانش آموزان فراهم می کند. به طور کلی سه اصل اساسی در طرح همگانی یادگیری وجود دارد:

۱) روش های چندگانه ارائه: اطلاعات به شکل های گوناگون ارائه می شود تا نیازهای یادگیری انفرادی دانش آموزان برآورده شود.

۲) روش های چندگانه مشارکت: برانگیختن دانش آموزان برای مشارکت در فرایند یادگیری مستلزم این است که معلمان فعالیت های آموزشی متنوعی را در اختیار دانش آموزان قرار دهند.

۳) روش های چندگانه بیان: به دانش آموزان فرصت داده شود که دانش خود را به شیوه های متفاوت نشان دهد. با استفاده از این روش فرصت های متعددی برای نشان دادن میزان دانش در اختیار دانش آموز قرار داده می شود. با توجه به توضیحات گزینه ۳ پاسخ صحیح است.

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

۲۲) گزینه ۱ از الگوی طرح همگانی یادگیری می توان برای برآوردن نیازهای دانش آموزان با نیازهای ویژه در چهار حیطه استفاده کرد:

۱) فضاهای فیزیکی: طرح همگانی می تواند فضاهای فیزیکی را برای دانش آموزان با نیازهای ویژه راحت تر، دسترس پذیرتر و کاربردی تر کند.

۲) فن آوری اطلاعات: براساس الگوی طرح همگانی، فن آوری اطلاعات باید به گونه ای طراحی شود که برای همگان، از جمله افراد با نیازهای ویژه قابل استفاده باشد.

۳) آموزش: از نظر آموزشی طرح همگانی یادگیری، فرصت های یادگیری دانش آموزان با نیازهای ویژه را با استفاده از انطباق سازی هایی مانند روش های چندگانه، روش های چندگانه مشارکت و روش های چندگانه بیان به بیشترین حد می رساند.

۴) خدمات مورد نیاز: طرح همگانی می تواند خدمات مورد نیاز دانش آموزان با نیازهای ویژه مانند کامپیوتر، کتابخانه و .. برای آن ها قابل دسترس تر کند.

۲۳) گزینه ۳ به طور کلی روش معلم منبع، اتاق منبع یا اتاق مرجع به این موضوع اشاره دارد که بیشتر آموزش توسط معلم عادی ارائه می شود

گزینه ۴ (۳۴) 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. براساس توضیحات گزینه‌های ۱ تا ۳ با توجه به نوع مشکل می‌تواند 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.

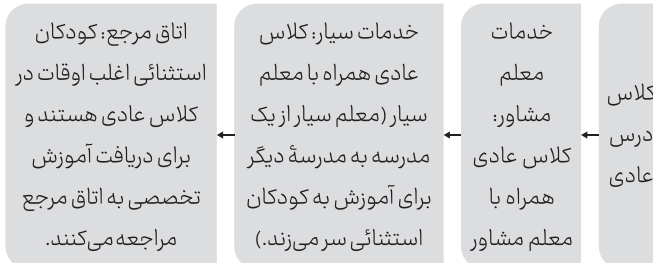
گزینه ۳ (۳۵) دربرگیری (inclusion) (عادی‌سازی، اینکلوژن، جریان غالب، یکپارچه‌سازی، فراگیرسازی): به معنای وارد کردن همه یا تقریباً همه کودکان استثنایی در مدارس عادی و ارائه دادن آموزش و پرورش ویژه به آن‌ها است. فراگیرسازی بر بازسازی نظام آموزشی به‌منظور آماده‌سازی شرایط آموزش با دانش‌آموز، علاوه بر جاگماری کودک استثنایی در محیط عادی تمرکز می‌کند. براساس توضیحات گزینه ۳ پاسخ صحیح است.

گزینه ۱ (۳۶) اجزای برنامه آموزشی انفرادی برای همه دانش‌آموزان عبارت است از:

- ۱) سطوح کنونی عملکرد
- ۲) هدف‌ها و غایت‌های قابل اندازه‌گیری
- ۳) وضع سنجش
- ۴) عدم مشارکت با دانش‌آموز توانمند
- ۵) همه خدمات مورد نیاز، کاملاً توصیف شده‌اند.
- ۶) گزارش پیشرفت

گزینه ۱ 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
- در نتیجه در تعریف کودک استثنایی گوناگونی ویژگی‌ها حائز اهمیت است.



گزینه ۳ (۳۱) 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.

گزینه ۲ (۳۲) 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) نابهنجاری‌های 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.

گزینه ۲ (۳۳) با آزمون استنفورد-بینه می‌توان بهره هوشی را محاسبه کرد و صرفاً با دانستن بهره هوشی نمی‌توان بین دو اختلال یادگیری و نقص توجه-بیش‌فعالی تشخیص افتراقی انجام داد، اما آزمون وکسلر نه تنها بهره هوشی کلی را مشخص می‌کند، بلکه بهره هوشی کلامی و بهره هوشی غیرکلامی را نیز اندازه می‌گیرد و به دلیل خرده‌مقیاس‌های گوناگونی که دارد تشخیص افتراقی را آسان‌تر می‌کند.

خودنگار...