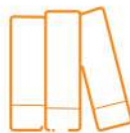


بسم الله الرحمن الرحيم

روانشناسی کودکان استثنایی



از سری کتاب‌های جامع روان‌آموز (درسنامه + تست) شامل تست‌های کنکور سال‌های اخیر



منطبق بر محتوای کلاس‌های جامع روان‌آموز



۸۰ درصد تطابق با کنکور سال گذشته



بروزرسانی دائمی در طول سال تحصیلی ۱۴۰۲

سخن روان آموز

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

مقدمه مولف

درس کودکان استثنایی از دروس مهم کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی است. این درس همراه با آسیب‌شناسی روانی در مجموعه‌ای ۲۰ سوالی، تحت عنوان روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی در کنکور مطرح می‌شود. این درس برای گرایش‌های پرتقاضا روانشناسی، مانند بالینی، ضریب ۲ دارد. در کنکورهای سال‌های اخیر شاهد آن بوده‌ایم که تعداد قابل توجهی از سوالات این مجموعه مربوط به کودکان استثنایی بوده است و طراحان، سوالات نسبتاً زیادی را از مباحث کودکان طرح کرده‌اند. درس کودکان استثنایی، دارای منابع متعدد و پراکنده‌ای است که مطالعه این درس را برای داوطلب کنکور، دشوار می‌کند، همچنین به دلیل پراکنده‌بودن محتوا، داوطلب با خواندن یک یا دو منبع قادر نخواهد بود تا در این درس، عملکرد مناسبی داشته باشد. در کتاب روان‌شناسی کودکان استثنایی روان‌آموز، سعی کرده‌ایم تا نکات مهم را از منابع متعدد گردآوری کنیم. برای نگارش این کتاب از منابعی مانند DSM-5-TR، روان‌شناسی کودکان استثنایی گنجی، هالاهان و کافمن، میلانی فر، سیف نراقی و نادری و دیگر منابع مهم استفاده شده است. همچنین تلاش کرده‌ایم تا نکات مختلف از منابع گوناگون را با حفظ انسجام و پیوستگی مطالب برای شما عزیزانی که قصد ادامه تحصیل در رشته شیرین روانشناسی را دارید، گردآوری کنیم. کتاب روانشناسی کودکان استثنایی در ۱۱ فصل به نگارش درآمده و سعی شده است تمامی مطالب مهم این درس، در این ۱۱ فصل پوشش داده شود. در انتهای هر فصل، سوالات کنکورهای سراسری مربوط به آن فصل نیز، گنجانده شده است. برای گرفتن نتیجه‌ای هرچه بهتر از این کتاب، پیشنهاد می‌شود تا چندین بار مطالب را مرور کنید و فقط به یک بار خواندن آن اتکا نکنید. امید است با مطالعه این کتاب، بتوانید با سرعت و آسودگی بیشتری پله‌های پیشرفت در رشته مورد علاقه‌تان را طی کنید؛ باعث خوشحالی ماست تا در این مسیر، در کنارتان باشیم. مشتاقانه پذیرای نظرات شما عزیزان برای ارتقای مجموعه روانشناسی کودکان استثنایی هستیم.

حانیه سادات حسن‌پور، تابستان ۱۴۰۲

روایت از زندگی کن!

ستاره های روان آموز

سال	رتبه کشوری در آگرایش	نام و نام خانوادگی
۱۴۰۱	+ ۳۹ بالینی - ۱۷ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۶ تربیتی	نیما خوش فطرت
۱۳۹۹	+ ۱۷ بالینی	طاهرا سلاجقه
۱۴۰۱	+ ۴۹ عمومی - ۱۸ بالینی	مختاب شرفیه
۱۴۰۰	+ ۱۹ بالینی	فاطمه عموزاده
۱۳۹۹	* ۲۱ بالینی - ۲۹ سلامت - ۱۹ بالینی کودک	آرزو نجیب مقدم
۱۴۰۱	+ ۲۰ روانسنجی	علیرضا باغبان
۱۴۰۰	+ ۲۰ بالینی	مهسا کشاورز
۱۴۰۰	+ ۲۷ بالینی - ۲۶ کودکان - ۳۰ روانسنجی	علی جولانی
۱۴۰۱	+ ۲۷ تربیتی	نیکو صدوری
۱۴۰۱	* ۲۷ بالینی - ۲۸ بالینی کودک - ۲۸ سلامت - ۳۱ بهداشت روان	ویدا کوه پیم
۱۴۰۱	+ ۲۸ عمومی - ۲۸ بالینی - ۴۸ روانسنجی - ۳۴ کودکان	ریحانه گل کوند
۱۴۰۰	+ ۲۸ عمومی	عالیه مرادی
۱۴۰۱	+ ۳۱ بالینی	فاطمه جباری
۱۴۰۱	+ ۳۱ عمومی - ۴۷ بالینی	شیدا عباس زاده
۱۳۹۹	+ ۳۱ بالینی	ملیکا بهرامی
۱۴۰۰	* ۳۲ بهداشت روان - ۳۶ سلامت - ۵۰ بالینی	مهدی میدویاریان
۱۴۰۱	+ ۴۲ روانسنجی - ۳۵ کودکان	پریسا کیلا
۱۴۰۱	+ ۳۷ عمومی	علی قائم مقام
۱۴۰۰	+ ۳۷ بالینی	سپیده کاروان
۱۴۰۰	+ ۳۸ عمومی - ۴۰ بالینی	حسین اصلا
۱۴۰۱	+ ۳۹ عمومی - ۴۳ روانسنجی - ۵۰ کودکان	یاسمن کریمی
۱۴۰۱	+ ۳۹ روانسنجی	زهرا نجیبی
۱۴۰۱	+ ۴۷ عمومی - ۳۹ کودکان	فاطمه بزرگ
۱۴۰۱	+ ۴۰ بالینی	فرزانه عبدی
۱۴۰۱	+ ۴۲ عمومی - ۴۱ بالینی	فاطمه کرمزانی
۱۴۰۰	+ ۴۸ عمومی - ۴۲ بالینی - ۵۰ کودکان	فاطمه خسروانجام
۱۴۰۱	+ ۴۳ عمومی	علی خدا پناه
۱۳۹۹	+ ۴۴ بالینی	نگین فراحی
۱۴۰۰	+ ۴۵ عمومی	فاطمه ایمانی
۱۴۰۱	+ ۴۶ بالینی	محمد مهدی انبازاده
۱۴۰۰	+ ۴۷ بالینی	مریم میراشه
۱۴۰۱	+ ۴۸ تربیتی	زهرا نیاپیش راد
۱۴۰۰	+ ۴۸ بالینی	گوثریوسفی

سال	رتبه کشوری در آگرایش	نام و نام خانوادگی
۱۴۰۱	+ ۲ عمومی - ۱ بالینی - ۸ روانسنجی - ۵ کودکان - ۲۳ تربیتی	زهرا قاسمی
۱۳۹۹	+ ۱ تربیتی - ۴۷ کودکان	نیما فزیدی
۱۳۹۸	+ ۱ بالینی	فائزه قدمی
۱۴۰۱	+ ۶ عمومی - ۲ بالینی - ۲۲ روانسنجی - ۵ کودکان	مهرناز یوسفی
۱۳۹۹	+ ۲ عمومی - ۹ بالینی	مهسا محمدی
۱۳۹۹	* ۲ بالینی - ۵۵ بهداشت روان - ۳ سلامت - ۲ بالینی کودک	سارا بابایی
۱۴۰۰	+ ۳ روانسنجی	نجمه نوری
۱۳۹۸	+ ۱۰ عمومی - ۳ بالینی - ۳۹ کودکان	فریبا میری
۱۴۰۱	+ ۸ عمومی - ۴ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۰ تربیتی	مجتبی حدائق
۱۴۰۰	+ ۸ عمومی - ۱۲ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۴ کودکان	سارا صابری
۱۳۹۹	+ ۴ کودکان - ۱۱ روانسنجی	فاطمه جبهودی
۱۳۹۹	+ ۴ عمومی - ۶ بالینی - ۱۰ روانسنجی - ۱۳ کودکان	امیرحسین ارفع حبیان
۱۴۰۱	+ ۳۲ عمومی - ۵ بالینی - ۳۸ روانسنجی	فرزانه قیومی
۱۴۰۱	+ ۵ عمومی - ۱۲ بالینی - ۳۴ روانسنجی - ۳۱ کودکان	علی سلیمی
۱۴۰۰	+ ۲۰ عمومی - ۵ بالینی	محمد علی حائری
۱۴۰۰	+ ۵ عمومی - ۱۶ بالینی - ۹ روانسنجی - ۱۱ کودکان - ۲۵ تربیتی	علیرضا محمودی
۱۳۹۹	+ ۵ کودکان - ۳۲ عمومی - ۳۵ بالینی	زهرا آقاچانی
۱۴۰۱	* ۶ بهداشت روان - ۱۰ سلامت - ۱۶ بالینی - ۱۶ بالینی کودک	زهرا قاسمی
۱۴۰۰	+ ۶ عمومی - ۷ بالینی - ۸ روانسنجی - ۱۰ کودکان - ۲۷ تربیتی	انوشا ناصر طاهر
۱۴۰۱	+ ۷ تربیتی	مرضیه زمانی
۱۴۰۱	* ۷ بهداشت روان - ۲۳ سلامت	امیرمهدی امرانی
۱۴۰۱	* ۷ بهداشت روان - ۱۸ سلامت - ۳۴ بالینی - ۳۴ بالینی کودک	علیرضا باغبان
۱۴۰۰	+ ۷ عمومی - ۴۴ بالینی - ۱۵ کودکان - ۲۳ روانسنجی	سارا جلودار
۱۳۹۹	* ۱۰ بالینی - ۸ بهداشت روان - ۷ سلامت - ۱۰ بالینی کودک	ساینا فتح الله زاده
۱۴۰۱	* ۸ بالینی - ۹ سلامت - ۸ بالینی کودک	ندا اقلی پور
۱۴۰۱	+ ۴ عمومی - ۹ بالینی - ۵۴ روانسنجی - ۳۸ کودکان	زهرا الهادی
۱۴۰۰	+ ۹ عمومی - ۳۶ بالینی - ۲۹ روانسنجی - ۳۰ کودکان	سعید پایدار فرد
۱۳۹۸	+ ۱۱ بالینی	مهسا هونجانی
۱۴۰۱	+ ۱۲ عمومی - ۲۴ بالینی - ۱۴ روانسنجی - ۲۷ کودکان - ۳۴ تربیتی	پریا الفتی
۱۳۹۹	+ ۱۲ بالینی - ۳۹ عمومی	سپیده سمائی
۱۴۰۰	+ ۱۳ عمومی - ۲۶ بالینی - ۲۱ روانسنجی - ۳۹ کودکان	سینا صبور
۱۳۹۸	+ ۱۳ بالینی	زینب قاسمی
۱۳۹۹	+ ۲۲ عمومی - ۱۴ بالینی - ۳۱ روانسنجی - ۴۲ کودکان	سارا الله وردی

+ داوطلب وزارت علوم
* داوطلب وزارت بهداشت

برای اطلاع از جدیدترین ستاره های سال ۱۴۰۲ روان آموز، QR code را اسکن کن.
راستی تا به حال از خودت پرسیده ای چرا تو یکی از هزار هزار ستاره ما نباشی!؟



نظرات رتبه برترها

زهرا قاسمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۱

اصلا باور نمی‌کردم همونطور که در آزمون جامع روان آموز رتبه تک رقمی شدم در کنکور واقعی هم همینطور بشه. من از کتاب‌ها، کلاس‌ها و اپلیکیشن نارنگی خیلی استفاده کردم و به نظرم واقعا اثرگذار بود.

مجتبی حدائق - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۱

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

زهرا احمدی - رتبه ۹ کنکور ۱۴۰۱

من از کتاب‌ها و کلاس‌های روان آموز استفاده کردم. قطعاً نقش پررنگی در این مسیر داشت و اگر این کتاب‌ها به این خوبی تالیف نمی‌شدند، جمع‌آوری این نکات از کتب مختلف قطعاً کار طاقت فرسا و غیرممکنی بود. آزمون جامع مرحله یک رو هم شرکت کردم و در اون آزمون به نظرم سوال‌های خیلی خوبی طرح شده بود.

سارا صابری - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۰

از همه محصولات روان آموز از جمله کلاس رشد و بالینی و کتابها استفاده کردم. واقعا ممنونم که تو سال کنکور نه مثل موسسه‌های کنکوری، بلکه مثل یه دوست واقعی کنارمون بودن.

محمدعلی حائری - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۰

لازم می‌دونم که یک تشکر ویژه از مجموعه روان آموز داشته باشم که واقعا در موفقیت من موثر بود و به کنکوری‌های آینده هم کتابا و جزوات و مخصوصاً اپ نارنگی روان آموز رو پیشنهاد می‌کنم.

سارا جلوداری - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۰

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

زهرا آقاجانی - رتبه ۵ کنکور ۱۳۹۹

من از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم و واقعا به دور از اغراق می‌گم خیلی فوق‌العاده بود. بین تمامی جزوات و کتاب‌های کمک آموزشی روان آموز بهترینیه. کتاب‌هایی کامل، بدون اضافه‌گویی و واقعا مختصر و مفیده. محتوای غنی کتاب‌های روان آموز علاوه بر اینکه در طول سال مناسب‌ترین منابع جمع‌بندی هم هستن، اگر دوباره به عقب برگردم حتماً از خدمات مشاوره روان آموز هم کمک می‌گیرم.

فریامیری - رتبه ۳ کنکور ۱۳۹۸

من ابتدا قصد داشتم منابع اصلی رو بخونم ولی به علت کمبود وقت از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم که خیلی برام مفید بود و خودم فکر نمی‌کردم تکیه کردن به خلاصه‌ها بتونه همچین نتیجه‌ای برام داشته باشه.

سینا محمدباقری - رتبه ۳ کنکور ۱۴۰۰

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

مرضیه زمانی - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۱

یک بار در آزمون آزمایشی شرکت کردم که در ترتیب پاسخگویی به دروس خیلی کمکم کرد. رتبه‌ام چهار شد، اپ نارنگی رو داشتم، ولی خب دیر باهاش آشنا شدم، از کارگاه رشد خانم خجوی هم استفاده کردم. همچنین ممنونم ازشون که یه سری خدمات آموزشی درسایت روان آموز رو رایگان در اختیار داوطلبین قرارمی‌دن.

محمد احمدوند - رتبه ۱۲ کنکور ۱۴۰۱

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

فاطمه ایمانی - رتبه ۴۵ کنکور ۱۴۰۰

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

انوشا ناصرطاهری - رتبه ۶ کنکور ۱۴۰۰

مطالعه برای ارشد روانشناسی رو از سایت روان آموز شروع کردم. فررنس‌های معرفی شده رو پیدا کردم و خوندم. از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم و راضی بودم چون پوشش دهی خوبی از نکات اصلی داره.

نیما فریدتی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۹

من به شخصه چون یک هفته مانده به کنکور مطالعه و مرور منابع را تمام کرده بودم، از طرفی هم دیدی نسبت به شکل کنکور نداشتم و تا حدی هم استرس داشتم، تصمیم گرفتم آزمون جامع آخر را شرکت کنم که بسیار در جمع‌بندی، مطالعه‌ی نکات مهم و جامانده و البته سنجش از خودم، به من کمک کرد.

فانزه قنیمی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۸

من از کتاب‌ها و برنامه نارنگی استفاده کردم. روان آموز موسسه واقعا خوبیه و کیفیت کتاب‌ها خوب است.

مهسا هونجانی - رتبه ۱۱ کنکور ۱۳۹۸

من خیلی از کتاب‌های روان آموز و مطالب سایتشون استفاده کردم و بی‌تعارف به نظرم روان آموز یکی از منطقی‌ترین و صحیح‌ترین کتاب‌های روانشناسی رو داره.

درصد تطابق

می‌دانید که با مطالعه دقیق و کامل کتاب‌های جامع روان‌آموز، می‌توانید در هر درس، درصد بالایی در آزمون کسب کنید. برای تایید این سخن، روان‌آموز هر سال با ارائه فایل مستندات دقیق، میزان پوشش دهی کتاب‌ها را محاسبه و منتشر می‌کند. درصد تطابق کتب روان‌آموز با کنکور کارشناسی ارشد روانشناسی سال ۱۴۰۲ نیز به شرح زیر است:

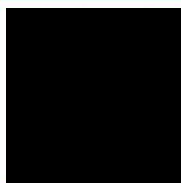
برای مشاهده فایل تحلیل درس به درس کنکور ۱۴۰۲ همراه با فایل مستندات، QR code زیر را اسکن کن!



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

ما هم در روان‌آموز هر چند تمام تلاشمان را برای ارائه بی‌عیب و نقص کتاب‌ها و سایر محصولات انجام می‌دهیم اما معتقدیم، اصلاحات و اضافات را نباید دست کم گرفت. هر چند که هر ساله پس از برگزار شدن کنکور اقدام به جمع‌آوری اطلاعات جدید و به‌روز در تمامی درس‌ها مطابق با آخرین تغییرات کتاب‌های مرجع و منبع اصلی و شیوه طراحی تست طراحان کنکور می‌کنیم (کاری که کمتر موسسه‌ای می‌کند)، اما باز هم پس از انتشار کتاب‌ها، این روند را متوقف نمی‌کنیم. مولفین و همکاران تیم روان‌آموز همه روزه در حال مطالعه و تفحص در باب مباحث علمی و مشاوره‌ای کنکور هستند تا چنانچه محتوا و مطالب جدیدی به دستمان رسید، آن‌ها را با شما نیز به اشتراک بگذاریم. هر چند این کار بسیار سخت و زمان‌بر است، اما از آن‌جا که ما خود را در قبال داوطلبین و مخاطبینمان متعهد و مسئول می‌دانیم، این پروسه پیچیده برایمان شیرین و اثربخش است. این QR code ها در واقع نقش تکمیل‌کننده برای هر کتاب ایفا می‌کنند. ما در طول یک سال تحصیلی از طریق این لینک‌ها با تمام افرادی که کتاب‌ها را تهیه کرده‌اند در ارتباط خواهیم بود و در صورت لزوم محتواهای مکمل از جمله مقالات، مطالب علمی جدید و تست‌های مرتبط را جهت استفاده شما در لینک‌های مربوطه بارگذاری خواهیم کرد. لازم به ذکر است استفاده از محتوای مکمل، فقط در همان سال و ویژه داوطلبانیست که کتب چاپ جدید را تهیه کرده‌اند.

اطلاع‌رسانی‌ها در مورد انتشار محتوای جدید نیز از طریق کانال‌های روان‌آموز در شبکه‌های اجتماعی انجام می‌شود.



فصل ۱/ کودکان استثنایی	۹
فصل ۲/ معلولیت ذهنی	۲۳
فصل ۳/ کودکان تیزهوش	۶۲
فصل ۴/ اختلالات ارتباطی	۷۵
فصل ۵/ کودکان ناشنوا و کم‌شنوا	۹۷
فصل ۶/ کودکان نابینا و کم‌بینا	۱۱۷
فصل ۷/ اختلال یادگیری خاص	۱۳۱
فصل ۸/ اختلال طیف اوتیسم	۱۵۹
فصل ۹/ اختلالات هیجانی و رفتاری	۱۸۰
فصل ۱۰/ معلولیت‌های متعدد و شدید	۲۱۰
فصل ۱۱/ معلولیت‌های جسمی و مشکلات فیزیکی	۲۱۷

فهرست مطالب

خوشحالیم که روان آموز را انتخاب کرده‌ای و در مسیر تبدیل شدن به یک روانشناس خبره، این فرصت را داریم که کنارت باشیم. تمام تلاش ما این است که همراه بهتری باشیم.



به پایان آمد این دفتر، حکایت ما و شما همچنان باقیست. حالا که به انتهای این فهرست رسیده ای برای بهبود این همراهی، به همکاری ات نیاز داریم. حتی یک ایده که به نظر خودت شاید خیلی کوچک بیاید، ممکن است برای ما حسابی راهگشا باشد. در این لینک یک فرم نظرسنجی هم داریم که به پاس زمانی که برای پاسخگویی اختصاص می‌دهی، جوایز ارزنده‌ای در نظر گرفته‌ایم که پس از برگزاری کنکور به قید قرعه تقدیم خواهد شد.

برای ثبت ایده یا شرکت در نظرسنجی QR code را اسکن کن!

I AM GOING TO BE A PSYCHOLOGIST



داستان یک سفر...

امید داریم لذت گشت و گذار در دنیای این کتاب به جانتان بنشیند. خوشحال می شویم اگر قبل از شروع این کتاب، اهداف و رویاهای خود را در این زمینه بنویسید و عکس این صفحه را برای ما ارسال کنید. این صفحه در مواقع سخت و بحرانی مطالعه برای کنکور، همیشه کنار توست.

فصل ۱

کودکان استثنایی

مقدمه

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

در روانشناسی کودکان استثنایی 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 به علاوه کودکان تیزهوش، کودکان ناسازگار یا دشوار و اختلالات عملی رشد و آثار روانی در مبتلایان به اختلالات حسی حرکتی مورد بحث قرار می‌گیرد.

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

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

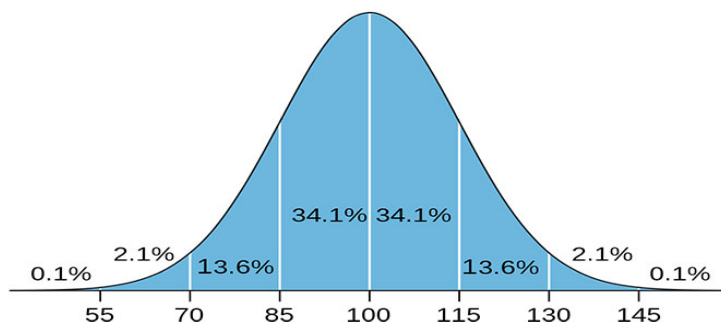
عمر فاروق تفاوت‌های بین فردی را به این شکل بیان می‌کند: ۱. تفاوت‌های جسمانی و ظاهری، ۲. تفاوت‌های سنی، ۳. تفاوت‌های جنسی، ۴. تفاوت‌های هوشی، ۵. تفاوت‌های هیجانی، ۶. تفاوت در سازش اجتماعی، ۷. تفاوت در علایق، ۸. تفاوت در نگرش‌ها، ۹. تفاوت در ارزش‌ها، ۱۰. تفاوت در عادات یادگیری، ۱۱. تفاوت در مهارت‌های روانی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

عوامل موثر در تفاوت‌های فردی: ۱. وراثت، ۲. محیط

امروزه تقریباً تمام روانشناسان معتقدند که وراثت و محیط باهم تعامل می‌کنند و بر هوش و توانایی‌های ذهنی افراد تاثیر می‌گذارد.

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

آزمون‌های روانی: برای ساختن آزمون‌های روانی و تعبیر و تفسیر نتایج، از منحنی احتمالات طبیعی فرضی استفاده می‌شود. بر اساس نمودار منحنی نرمال استاندارد، داده‌هایی که از $+2$ به بعد و از -2 به قبل قرار دارد، جز افراد استثنایی محسوب می‌شوند. بر این اساس $2/27$ درصد افراد تیزهوش $2/27$ درصد افراد، عقب‌مانده ذهنی هستند یعنی افراد استثنایی شامل افرادی با بهره هوشی کمتر از 70 و بیشتر از 130 هستند و بقیه افراد ($95/46$ درصد) در محدوده هوش طبیعی قرار دارند.



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

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

آزمون وکسلر: این مقیاس نه تنها بهره هوشی کلی را مشخص می‌کند بلکه بهره هوشی کلامی و بهره هوش غیرکلامی را نیز اندازه می‌گیرد. شاخص بلوغ اجتماعی و ایلند: یکی از مقیاس‌های تعیین رشد اجتماعی است که با میزان توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود در زندگی روزمره سروکار دارد.

شاخص سنجش رفتار تطابقی نقص ذهنی آمریکا: این مقیاس بیشتر متمرکز بر رفتارهای داخل مدرسه است و معمولاً توسط معلم پر می‌شود.

سیاهه رفتار تطابقی کودکان (ABIC): این مقیاس رفتارهای خارج از محیط مدرسه را در نظر دارد.

آزمون ITPA: این آزمون بدین جهت ساخته شد که نقطه‌ی شروعی برای تعیین مواد و روش آموزش مناسب با توجه به تفاوت‌های بین فردی و درون فردی دانش‌آموزان استثنایی به وجود آورد.

در کودکان استثنایی همان‌طور که از اسمش مشخص است، واکنش‌های کودکان دارای ویژگی‌های خاصی است. آموزگاران، مشاوران تحصیلی و تربیتی اولین کسانی هستند که به محدودیت‌های کودکان پی می‌برند.

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

در انگلستان لغت استثنایی فقط برای تیزهوشی به کار می‌رود و سایر کودکان 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 کم شنوا

یازده گروه ذکرشده را تحت عنوان کودکان معلول^۱ نیز مطالعه می‌کنند. برای کودکان معلول از لغت (هندی‌کپ^۲) به معنای مانع استفاده می‌شود و در سنین بلوغ به جای لغت (هندی‌کپ) از لغت (دیس‌ای‌بل^۳) که به معنای ناتوان است، استفاده می‌شود. کمپته بهداشت کودک آمریکا، کودکان استثنایی معلول را در ده گروه جای داده است، به طوری که گروه بیماری قند را حذف و کم شنوا و ضعف بینایی را جز اختلالات شنوایی و بینایی طبقه‌بندی کرده است و گروه بیماری سل و بدی تغذیه را اضافه کرده است. از منظر آموزشی 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^۴ 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 لحاظ‌های زیر تفاوت دارد:

۱. توانایی‌های ذهنی

1. Handicapped

2. Handicap

3. Disable

4. Exceptional child

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 تفاوت‌هایشان است.

● تعریف معلولیت

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

معلولیت به دو نوع معلولیت‌های جسمی و ذهنی تقسیم می‌شود:

○ معلولیت‌های جسمی

۱. معلولیت‌های حسی مانند نابینایی و ناشنوایی

۲. معلولیت‌های حرکتی مانند انواع نقص عضوها، ناهنجاری‌ها در حوزه‌ی استخوان‌ها و ماهیچه‌ها و ضایعات نخاعی

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

○ معلولیت‌های ذهنی

۱. معلولیت ذهنی

۲. اختلالات روانی

● تعریف آموزش پرورش ویژه

ارائه خدمات مخصوص به دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات و ناتوانی‌های گوناگون مانند برنامه‌درسی، سنجش، خدمات روان‌درمانی و ... با هدف پیشرفت تحصیلی و رشد شخصی و اجتماعی کودکان استثنایی.

● برخی از مهم‌ترین شخصیت‌ها در تحول آموزش و پرورش استثنایی

فیلیپ پینل: بنیان‌گذار روانپزشکی جدید

جان مارک ایترارد و ادوارد سگن: پیشگامان آموزش پرورش استثنایی

جان مارک ایترارد: رهبر نهضت کمک به افراد عقب‌مانده ذهنی

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

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

ساموئل گریلی هو: مؤسس اولین مدرسه شبانه‌روزی برای نابینایان

توماس هاپکینز گالودت: مؤسس اولین مدرسه شبانه‌روزی آمریکا برای ناشنوایان

ریچارد استنلی پیترز نیز در زمینه فلسفه آموزش و پرورش نظریه‌های مهمی را مطرح کرده است. وی در تعاریف خود از آموزش و پرورش بر این موضوع تاکید دارد که روش به کار رفته باید از لحاظ اخلاقی قابل قبول باشد.

گروه‌بندی دانش‌آموزان استثنایی

در نظر گرفتن این نکته حائز اهمیت است که طبقه‌بندی کودکان استثنایی بسیار کار دشواری است زیرا که تنوع و شیوع اختلالات بسیار زیاد است، یک عامل بیماری‌زا، علائم متفاوتی را در کودکان گوناگون می‌تواند ایجاد کند و علائم کم‌توان ذهنی یا ناسازگاری در افراد مختلف می‌تواند به واسطه علل مختلف ایجاد شود 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 قبول دارند به شرح زیر است:

۱. کودکان و نوجوانانی که به علت اختلاف هوشی با کودکان عادی متمایزند.

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

۳. کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات و نقایص حسی و حرکتی و اختلالات عملی رشد مانند نابینایی، ناشنوایی، افراد مبتلا به اختلالات گفتاری و ناتوانی‌های حرکتی.

طبقه‌بندی دیگری نیز از کودکان استثنایی به عمل آمده که بر اساس تفاوت‌های میان فردی آن‌هاست و به شرح زیر است:

تفاوت‌های هوشی: تیزهوشی و معلولیت ذهنی

تفاوت‌های ارتباطی: کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری و زبانی و معلولیت‌هایی مانند اختلال طیف اوتیسم

ناتوانی‌های یادگیری: کودکانی که در آموختن دروس مدرسه مشکل دارند.

تفاوت‌های حسی: کودکان مبتلا به نقص‌های شنوایی یا بینایی

تفاوت‌های رفتاری: کودکان مبتلا به نابهنجاری‌های هیجانی یا ناسازگار از لحاظ اجتماعی

معلولیت‌های چندگانه و شدید: کودکانی که به طور هم‌زمان از نارسایی‌های مختلفی رنج می‌برند.

تفاوت‌های جسمی: نارسایی‌هایی که مانع حرکت، سلامت و جنب و جوش فیزیکی کودکان می‌شود.

تقسیم بندی دیگری نیز توسط **کرک** برای دانش‌آموزان استثنایی ارائه شده است: ۱. انحرافات هوشی، ۲. نقایص حسی، ۳. دشواری‌های

ارتباطی، ۴. نابهنجاری‌های رفتاری، ۵. دشواری‌های حرکتی، ۶. سایر موارد.

تعداد کودکان استثنایی

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

تعداد افرادی که در طبقه اختلالات یادگیری قرار می‌گیرند از تعداد افراد در سایر طبقات بیشتر است. تقریباً ۵۰ درصد کل کودکان استثنایی در این طبقه قرار می‌گیرند، دومین طبقه شامل کودکانی هستند که مبتلا به اختلالات گفتاری و زبانی یا ارتباطی هستند و تقریباً ۲۰ درصد کودکان استثنایی را تشکیل می‌دهند و معلولان ذهنی و کودکانی که نابهنجاری‌های 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 اوتیسم بوده‌ایم، که این افزایش احتمالاً مربوط به پیشرفت در روش‌های شناسایی و تشخیص موارد خفیف‌تر بوده است. همچنین درصد فراوانی دانش‌آموزان با اختلالات ارتباطی و دانش‌آموزان کم‌توانی ذهنی کاهش یافته است و در حوزه برخی ناتوانی‌های با بروز پایین مثل جراحی مغزی آسیب‌زا و آسیب‌های ارتوپدی، شاهد افزایش قابل توجه آنان بوده‌ایم. همچنین نتایج حاصل از مطالعات مارلند نشان داد که مجموع درصد کودکان استثنایی ۱۳/۰۶ در جامعه است که بیشترین درصد شیوع برای کودکانی با مشکلات تکلمی بود.

بافت محیط زندگی کودک استثنایی

زمانی که درباره 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.

● تاثیر 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 شیوه‌های نادرست واکنش نشان می‌دهند، برای مثال اگر کودکی زیاد حرف نمی‌زند، خانواده هم با او کم‌تر حرف می‌زنند. این نوع واکنش‌ها مشکل اصلی را حادث می‌کند. یکی از نیروهای اصلی که بر هر کودکی اثر می‌گذارد، سیستم خانواده است، تمایل به مداخله زود هنگام (پیش از ۵ سالگی) باعث افزایش اهمیت خانواده می‌شود.

● رشد هیجانی و خانواده

روانشناسان امروزه معتقدند که عوامل اجتماعی بیشتر از عوامل ژنتیک در رشد هیجان‌های کودک تاثیر دارد. 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. در کودکان مبتلا به اوتیسم، شکل‌گیری نظریه ذهن با تاخیر بسیار زیادی شکل می‌گیرد.

● 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، می‌شود از مدل پزشکی به مدل محیطی حرکت کرد. مدل پزشکی: مدل بیماری یا مدل پاتولوژیک نیز نامیده می‌شود، معتقد است که در هر فرد بیمار یا فرد ناهنجار، یک عارضه فیزیکی وجود دارد. مدل محیطی: مدل بوم شناختی نیز نامیده می‌شود، به کودکان استثنایی در چهارچوب تعاملات پیچیده با بسیاری از نیروهای تاثیرگذار محیطی نگاه می‌شود. رویکرد محیطی در این فکر است که محیط اطراف کودک را بهبود ببخشد و از طریق تماس مستقیم با کودک، رفتار و یادگیری او را اصلاح کند.

● روابط خانواده و روان‌شناسان

رابطه بین خانواده‌ها و روانشناسان بسیار مهم است. امروزه همه اعضای خانواده تشویق می‌شوند که در زندگی کودک استثنایی نقش پررنگ‌تری داشته باشند و به آن‌ها حمایت‌های مالی و حرفه‌ای ارائه شود و مداخلات مختلف روی نیازهای خانواده متمرکز می‌شود که این رویکرد مدل متمرکز بر خانواده یا خانواده - محور نامیده می‌شود، هدف از رویکرد خانواده - محور این است که به خانواده‌ها کمک شود تا خودکفایی بیشتری به دست بیاورند و صرفاً روی نقاط ضعف کودکشان تمرکز نکنند. همچنین والدین را می‌توان همکاران بسیار مهمی در حوزه آموزش به کودکان دانست زیرا که مشاهدات آن‌ها از کودک منبع غنی از اطلاعات با ارزش برای متخصصان است. در گذشته وقتی صحبت از روابط خانواده و متخصصان می‌شد، در واقع بیشتر از روابط مادر - متخصصان صحبت می‌شد اما امروزه به نقش بسیار مهم پدر نیز تاکید می‌شود.

توانمند سازی والدین: به این معناست که خانواده‌ها برای تأمین نیازهای کودک خود اقدام کنند، اکنون از والدین کودک مشکل دار انتظار می‌رود که در مراقبت از کودک خود، نقش عمده را داشته باشند.

● واکنش والدین

اکثر والدین در مقابل تولد یک کودک استثنایی، به شدت واکنش مثبت یا منفی نشان می‌دهند. اکثر والدین که باید با یک کودک استثنایی کنار بیایند با دو بحران روبه‌رو می‌شوند: ۱. مرگ سمبولیک کودکی که قرار بود در آینده انسانی سالم و طبیعی شود، والدین دچار شوک بسیار شدیدی می‌شوند و بعد از آن به مکانیسم دفاعی انکار روی می‌آورند و احساس گناه و غم به آن‌ها دست می‌دهد. (شایع‌ترین احساس در والدین کودکان استثنایی، احساس گناه است) و بسیار خشمگین می‌شوند و سرانجام خود را با موقعیت جدید وقف می‌دهند، تعدادی از والدین نیز با افسردگی شدید واکنش نشان می‌دهند. همچنین یکی دیگر از واکنش‌های والدین، استفاده از مکانیسم فرافکنی است که در آن ناتوانی کودک را به خطای دیگران نسبت می‌دهند و خود را عاری از هر اشتباه می‌دانند. در این مرحله می‌توان از گروه‌های حمایتی متشکل از والدینی که همین تجربه را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند، جهت حمایت از والدین جدید

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



واکنش خانواده به این خبر که کودکشان به یکی از استثناها مبتلا است، بسیار در موفقیت برنامه‌های مداخله تاثیر دارد، اگر خانواده در انکار به سر ببرد و باور نکند که کودکشان می‌تواند مشکلات رشدی را پشت سر بگذارد، ممکن است کودک از مداخلات زودهنگام حیاتی، محروم شود.

معمولاً پدران زودتر از مادران، ناتوانی کودک خود را می‌پذیرند.

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

● خواهران و برادران و همسالان

دو کودک، صرفاً به این دلیل که در یک خانواده بزرگ می‌شوند، محیط تقریباً یکسانی را تجربه نمی‌کنند. اغلب والدین نگران این موضوع هستند که کودک مشکل‌دار روی بقیه کودکان خانواده اثر بدی داشته باشد. هیچ مطالعه‌ای نشان نداده است که خواهران و برادران کودکان مشکل‌دار بیشتر از خواهران و برادران کودکان بدون مشکل ناراحت باشند، اما آن‌ها ممکن است در معرض خطر مشکلات سازگاری قرار بگیرند، آنچه در خانواده با وجود کودکی مشکل‌دار باید در نظر گرفته شود این است که چون والدین باید به کودک 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 داشته باشد. اگر خواهر و برادر 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 سوالات زیادی در مورد ناتوانی خواهر و یا برادرشان دارند، پاسخ‌های صادقانه به این سوالات به آن‌ها کمک می‌کند تا با ترس خود مقابله کنند.

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 تاثیر 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؟ پاسخ‌گو بودن به آموزش و پرورش ویژه هم سرایت کرده است.

محیط اجتماعی متغیر کودکان استثنایی باعث ایجاد اصلاحات جدید شده است، دو اصطلاح جدیدی که بسیار هم رواج پیدا کرده اند، عبارت‌اند از: دربرگیری و پیوستگی خدمات.

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

نکته: یکپارچه سازی و فراگیرسازی در برخی منابع به یک معنا استفاده می‌شود اما در حقیقت باهم متفاوت هستند.

یکپارچه سازی: در این رویکرد تغییری در وضعیت حاضر در نظام آموزشی ایجاد نمی‌شود و تنها بر جاگماری کودک استثنایی در محیط عادی

تمرکز می‌کند.

فراگیرسازی: بر بازسازی نظام آموزشی به منظور آماده سازی شرایط آموزش با دانش آموز علاوه بر جاگماری کودک استثنایی در محیط عادی تمرکز می‌کند.

پوستگی خدمات: به معنای ارائه خدمات به کودکان استثنایی در مکان‌هایی است که تا حد امکان محدودیت کم‌تری ایجاد می‌کنند، 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.

نقش سنجش

سنجش به معنای جمع‌آوری اطلاعات برای تصمیم‌گیری درباره افراد و گروه‌ها است. سنجش با این پرسش که آیا واقعا مشکلی وجود دارد یا خیر؟ آغاز می‌شود و به سوی نقاط قوت و ضعف کودک، زمینه‌های تحت تاثیر 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 بر اساس آن‌ها بتوان برای رفع نیازهای کودک یک برنامه انفرادی و ویژه طراحی کرد.

برای سنجش کودک، معلمان می‌توانند از شش روش استفاده کنند: آزمون‌های هنجار - مرجع، آزمون‌های تشخیص پیشرفت تحصیلی، مصاحبه، مشاهده، سنجش‌های غیر رسمی، ارزیابی مجموعه کارهای کودک (ارزیابی پورتفولیو) برای پاسخ‌گویی به این سوالات باید رشد کودک و اکولوژی وی به دقت مورد بررسی قرار گیرد.

تفاوت‌های میان فردی

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

● استعداد تحصیلی

یکی از زمینه‌هایی که تفاوت‌های میان فردی را ظاهر می‌سازد، استعداد تحصیلی است، آزمون‌های هوش به خوبی می‌توانند عملکرد تحصیلی را پیش‌بینی کنند البته در سال‌های اخیر آزمون‌های هوش به شدت مورد حمله قرار گرفته‌اند زیرا نمرات حاصل از آزمون هوش نمی‌توانند هوش بالقوه را، همان‌طور که است 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 نشان نمی‌دهند، عملکرد اجرایی است. عملکرد اجرایی، فراشناخت یا خود تنظیمی نیز نامیده می‌شود. عملکرد اجرایی، فرایندهای فکری و رفتار و اعمال را تنظیم می‌کند. وقتی در حال برنامه‌ریزی کارهای فردا هستید از عملکرد اجرایی استفاده می‌کنید.

● عملکرد تحصیلی

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

۱. آزمون پیشرفت تحصیلی استاندارد (هنجار-مرجع): سطح پیشرفت تحصیلی کودک را با سطح پیشرفت تحصیلی هم‌سالان او مقایسه می‌کند ولی معمولاً نشان نمی‌دهد که چرا دانش‌آموز نمی‌تواند موفق شود.

۲. آزمون پیشرفت تحصیلی تشخیصی (دیاگنوستیک): از این آزمون‌ها برای اهداف تشخیصی استفاده می‌شود، مثلاً تشخیص اختلال یادگیری

● رشد روانی - حرکتی

بسیاری از کودکان استثنایی به مشکلات تعادلی یا حرکتی مبتلا هستند، کودکان مبتلا به فلج مغزی و بیماری‌های مشابه، بعضی از کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری، اختلال طیف اوتیسم یا معلولیت ذهنی در زمینه‌های روانی- حرکتی مشکل دارند. اصطلاح روانی - حرکتی^۱ به تاثیر وضعیت روانی (عملکرد مغز) در حرکات جسمی فرد اشاره دارد. دو نوع نابهنجاری روانی- حرکتی عبارت‌اند از کندی^۲ و پرتحرکی^۳

● رشد زبانی

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

● رشد روانی - اجتماعی

به معنای توانایی کودک در واکنش به محیط اجتماعی یا نحوه انطباق اوست. 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 تاثیری در روابط اجتماعی او دارد. منظور از رابطه اجتماعی هرگونه تعامل با دیگران است. سالیوان معتقد بود که حتی وقتی در پیاده‌رو از کنار سایرین گذر می‌کنید، با تک تک آن‌ها رابطه میان فردی برقرار کرده‌اید.

● 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 روی 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 سازگانه واینلند برای نوزادان تا افراد ۹۰ ساله قابل اجرا است و رفتار سازگانه را در پنج حوزه می‌سنجد: ۱. ارتباط، ۲. مهارت‌های زندگی روزمره، ۳. جامعه‌پذیری، ۴. مهارت‌های حرکتی، ۵. شاخص رفتار ناسازگانه. از این مقیاس برای سنجش افراد مبتلا به تأخیرات رشدی، معلولیت‌های رشدی و نقص‌های ذهنی استفاده می‌شود.

طراحی برنامه آموزشی انفرادی (IEP)^۴

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. 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 وقت‌گیر و بی‌معنا تلقی می‌کنند.

برنامه خدمات انفرادی خانواده (IFSP)^۵

این برنامه نشان‌دهنده آن است که خانواده در مرکز فرایندهای تصمیم‌گیری برای کودک قرار بگیرد. تفاوت برنامه آموزشی انفرادی با برنامه خدمات انفرادی خانواده در این است که IFSP برای کودکان زیر ۳ سال تنظیم می‌شود، در حالی که IEP برای کودکان ۳ ساله و بزرگتر تدوین می‌شود. توجه به این نکته ضروری است که کودک استثنایی حق برخورداری از آموزش مناسب، نه آموزش سطح بالا، را دارد.

1. psychomotor
2. retardation
3. agitation

4. Individualized education program
5. Individualized family service plan

محیط با کمترین محدودیت (LRE)

قانون آموزش ویژه متضمن آموزش دانش‌آموزان در محیطی با کمترین محدودیت است. هدف از این برنامه، قرار دادن دانش‌آموزان استثنایی در کنار کودکان عادی با حداکثر مناسب‌سازی محیط آموزشی است.

سطوح آموزش به دانش‌آموزان استثنایی



پیشگیری و مداخله زودهنگام

مداخله زودهنگام (مداخله سریع، مداخله به‌هنگام): به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی تا ۵ ساله و خانواده‌های آنان است. (در برخی منابع، مداخله زودهنگام از تولد تا پایان کلاس اول دبستان معرفی شده است.) هدف، 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 ۲ سالگی یادگیری زبان اشاره را آغاز می‌کنند، بعدها در تحصیلات خود موفق‌تر از کودکان ناشنوایی هستند که بعد از ۶ سالگی زبان اشاره را یاد می‌گیرند.

نکته: از تولد تا ۳ سالگی، مغز به سرعت رشد می‌کند و اطلاعات دریافتی از محیط، در قسمت‌های خاص مغز، ذخیره می‌شود.

● فواید مداخله زود هنگام

○ اجتناب از تأخیر رشدی

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

○ پیش‌گیری از نارسایی‌های بیشتر

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

تشویق به رشد: به معنای دانش و آگاهی والدین درباره رشد عادی و کمک به کودک برای داشتن رشد طبیعی است.

○ آماده ساختن کودک برای ورود به مدرسه

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

چه چیزی کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد؟

● اختلالات ژنتیک

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

● حوادث دوران حاملگی و زایمان

سرخک و آبله‌مرغان می‌تواند 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: **زودرسی و کمبود وزن در هنگام تولد.**

زودرسی: به دنیا آمدن کودک قبل از هفته سی و هفتم بعد از لقاح.

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

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

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

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

هایپوکسیا: به معنای کمبود اکسیژن است.

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

زایمان سریع: به زایمان در کمتر از ۲ ساعت اشاره دارد، در طول زایمان سریع جوش خوردن آرام جمجمه ممکن است انجام نشود و به همین علت، خطر صدمه دیدن بافت‌ها و معلولیت ذهنی افزایش می‌یابد.

● خطرات محیطی

شرایط و اتفاق‌هایی در زندگی کودک و زندگی خانواده کودک که باعث ایجاد اختلال در رشد می‌شوند و عمده‌ترین عوامل معلولیت تا ۶ سالگی را تشکیل می‌دهند.

○ کودک آزاری

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان معلول بیشتر از کودکان سالم تحت سوءرفتار یا بی‌توجهی والدین قرار می‌گیرند. یکی از انواع بدرفتاری‌ها با کودک، تنبیه بدنی است، کتک زدن کودک می‌تواند به عضلات، استخوان‌ها و ستون فقرات کودک آسیب بزند.

○ فقر

زنانی که در فقر زندگی می‌کنند، نمی‌توانند از شرایط لازم و کافی برخوردار باشند برای مثال خانه مناسبی ندارند و از سو تغذیه رنج می‌برند برای مثال ویتامین B و B۱۲ 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 حامله، می‌تواند باعث شود که کودک به سندروم جنین الکلیزه مبتلا شود، کودکان مبتلا به این سندروم، نابهنجاری‌های صورت، پلک‌های آویزان، نارسایی‌های قلبی، اندام کوچک و معلولا درجه‌ای از معلولیت ذهنی را دارا هستند همچنین مادران بارداری که هروئین مصرف می‌کنند، به احتمال زیاد نوزادان زودرس یا کم‌وزن به دنیا می‌آورند، همچنین این امکان وجود دارد که کودک آن‌ها علائم شدیدی از گوشه‌گیری و انزواطلبی را نشان دهد. ظاهراً هروئین و کوکائین به رحم آسیب وارد نمی‌کنند ولی می‌توانند باعث ایجاد زایمان زود هنگام شوند. علاوه بر آن، کودکانی که مادر آن‌ها

مواد مخدر مصرف می‌کنند، بیشتر از کودکانی که مادر آن‌ها سوّمصرف مواد ندارند به تأخیر هیجانی و رفتاری مبتلا می‌شوند.

پیشگیری قبل از تولد

هدف از پیشگیری این است که کودک ناتوان و معلول نداشته باشیم. پیشگیری دو مرحله دارد: ۱. مصاحبه با پدر و مادر برای فهمیدن این که 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 اسید فولیک که نوعی ویتامین B است، 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، آمینوسنتز

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، 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 آمینوسنتسیس.

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

سونوگرافی (التراساند): به معنای استفاده از امواج صوتی برای عکس گرفتن 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.

آمینوسنتسیس: آزمایش نسبتاً بی‌خطری است که از ۱۴ تا ۱۷ هفتگی روی جنین انجام می‌شود. در طی این آزمایش، آمپولی وارد جفت می‌شود و مقداری از مایع جفت (آمیون) خارج شده و مورد بررسی قرار می‌گیرد و می‌توان به چند نوع معلولیت مانند تایل-ساکس، سندروم داون، اسپینا بیفیدا پی برد.

نمونه برداری 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 ۸ تا ۱۰ بارداری انجام می‌شود. با این روش سلول‌ها از لحاظ ژنتیکی بررسی می‌شوند و می‌توان نقایص کروموزومی مانند سندروم داون را تشخیص داد. در این روش خطر سقط وجود دارد.

بافت برداری از زهدان: بیوپسی^۱ 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 ۳ ماهگی اول بارداری، مقداری از بافت زهدان مادر حامله را برمی‌دارند و با بررسی کردن بافت در زیر میکروسکوپ بعضی معلولیت‌ها مثل سندروم داون، مشخص می‌شوند.

تشخیص معلولیت‌ها بعد از تولد

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

تشخیص بیماری 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 باشد، احتمال دارد که نوزاد یرقان (زردی) دارد. 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، نوردرمانی باعث می‌شود که نوزاد بیلی‌روبین خون خود را تجزیه کند. در آزمایش آپگار، اگر نوزاد نمره کمتر از متوسط بیاورد یعنی نمره کمتر از ۵، پزشک باید او را تحت آزمایش‌های دیگری قرار دهد، نمره کمتر از متوسط الزماً به معنی وجود معلولیت نیست، اما هشدار می‌دهد که پزشک باید به آن توجه کند. بیماری‌هایی همچون کرتینیسم، فنیل کتونوریا، گالاکتوسریا و کم خونی داسی شکل در همان مرحله ابتدایی تولد قابل شناسایی هستند و می‌توان با روش‌های درمانی مخصوص به خود آن‌ها را درمان کرد، برای مثال در کم‌خونی داسی شکل با تزریق پنی‌سلین از ۲ ماهگی تا ۵ سالگی، می‌توان آن را کنترل کرد.

ارزیابی وضعیت نوزاد از روی نمره آپگار: نمره ۷ یا بالاتر: نوزاد در وضعیت جسمانی مناسبی قرار دارد، نمره بین ۴ تا ۶: نوزاد برای تثبیت تنفس و علائم حیاتی دیگر به کمک نیاز دارد، **نمره ۳ 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.

تست‌های غربالگری رشدی: یکی از پر استفاده‌ترین تست‌های غربالگری رشد، تست Denver-II (دور - ۲) است. این تست قابل اجرا بر کودکان ۱۴ روزه تا ۶ ساله است و دارای دو فرمت است: فرمت آزمایش-مشاهده، فرمت گزارش والدین، این تست ۱۲۵ مهارت را که در چهار گروه رشدی تقسیم شده‌اند، می‌سنجد: رشد حرکات درشت، رشد حرکات ظریف - حرکات سازگارانه، رشد زبان و رشد شخصی - اجتماعی. وقتی نتایج غربالگری نشان‌دهنده احتمال حضور معلولیت یا تأخیر رشدی باشد، کودک را برای تست تشخیصی ارجاع می‌دهند، این تست‌ها به طور معمول، کیفیت اجرا در پنج زمینه را می‌سنجد: پیشرفت حرکتی، رشد شناختی، رشد ارتباطی و زبانی، رشد اجتماعی و هیجانی، رشد سازگارانه.

نکته: دو تست رایج 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 ۸ سالگی، استفاده می‌شود. آزمون بیلی - ۳ نیز رشد و پیشرفت در شناخت، زبان، رفتار حرکتی اجتماعی - هیجانی و رفتار سازگارانه در نوزادان و نوپایان ۱ تا ۴۲ ماهه را بررسی می‌کند.

خلاصه فصل

- کودک استثنایی کودکی است که به علت شرایط ویژه‌ای که دارد به نوعی آموزش و پرورش ویژه هم نیازمند است.
- 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 مانند برنامه‌درسی، سنجش، خدمات روان‌درمانی و با هدف پیشرفت تحصیلی و رشد شخصی و اجتماعی کودکان استثنایی، آموزش و پرورش ویژه نام دارد.
- طبقه‌بندی کودکان استثنایی بسیارکار دشواری است زیرا که تنوع و شیوع اختلالات بسیار زیاد است، تقسیم‌بندی‌های متفاوتی انجام شده است برای مثال تقسیم بندی که توسط کرک برای دانش‌آموزان استثنایی ارائه شده است: ۱- انحرافات هوشی، ۲- نقایص حسی، ۳- دشواری‌های ارتباطی، ۴- نابهنجاری‌های رفتاری، ۵- دشواری‌های حرکتی، ۶- سایر موارد
- تعداد افرادی که در طبقه اختلالات یادگیری قرار می‌گیرند از تعداد افراد در سایر طبقات بیشتر است. تقریباً ۵ 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.
- 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: والدین دچار شوک بسیار شدیدی می‌شوند و بعد از آن به مکانیسم دفاعی انکار روی می‌آورند و احساس گناه و غم به آن‌ها دست می‌دهد (شایع‌ترین احساس در والدین کودکان استثنایی، احساس گناه است) و بسیار خشمگین می‌شوند و سرانجام خود را با موقعیت جدید وقف می‌دهند.
- سه سازمان مهم اجتماعی یعنی مدارس، دولت و قوه مقننه در رابطه با کودکان استثنایی نقش بسیار پررنگی دارند.
- مداخله زود هنگام (مداخله سریع، مداخله به‌هنگام): به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی ۰ تا ۵ ساله و خانواده‌های آنان است.

- فواید مداخله زودهنگام: اجتناب از تاخیر رشدی، پیش‌گیری از نارسایی‌های بیشتر، کمک به کودک برای آماده کردن او برای ورود به مدرسه
- اختلالات ژنتیک و حوادث دوران بارداری و زایمان و خطرات محیطی، می‌توانند کودک را در معرض خطر قرار دهند.
- از آزمایش خون سه‌گانه و چهارگانه، سونوگرافی، آمیوسنتسیس، نمونه برداری از پرزهای کوریونی (CVS) و بافت برداری از زهدان می‌توان جهت تشخیص نقایص قبل از تولد استفاده کرد.
- 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. نمره ۷ یا بالاتر: نوزاد در وضعیت جسمانی مناسبی قرار دارد، نمره بین ۴ تا ۶: نوزاد برای تثبیت تنفس و علائم حیاتی دیگر به کمک نیاز دارد، نمره ۳ یا کمتر: نوزاد در معرض خطر جدی قرار دارد. نوعی سنجش یا معاینه کوتاه که در آن، نمونه‌هایی از پیشرفت کودک بررسی می‌شود تا مشخص شود کودک در خطر تاخیر رشدی قرار دارد یا خیر، غربالگری رشد نام دارد. یکی از پرستفاده‌ترین تست‌های غربالگری رشد، تست Denver-II (دنور-۲) است.

سوالات کنکور سراسری

- ۱) آزمایش آپگار در چه زمانی پس از تولد انجام می‌شود و شامل کدام مولفه‌هاست؟ (ارشد ۱۳۹۸)
- ۱) دقیقه‌های اول، دهم و سی‌ام - فعالیت کودک، ضربان قلب، رنگ ظاهر، رفلکس‌ها، واکنش‌های پوستی
- ۲) دقیقه‌های اول و پنجم - ضربان قلب، میزان تنفس، قدرت ماهیچه‌ها، وضعیت عمومی، رنگ پوست
- ۳) دقیقه‌های اول، دهم و سی‌ام - فعالیت کودک، ضربان قلب، تنفس، رفلکس‌ها، واکنش‌های پوستی
- ۴) دقیقه‌های اول و پنجم - نبض، رفلکس‌ها، رنگ پوست، تنفس عضلانی، واکنش‌های پوستی
- ۲) مهم‌ترین وظیفه و مسئولیت والدین کودکان معلول در سال‌های اول زندگی کودک کدام است؟ (ارشد ۱۳۹۷)
- ۱) تعامل با متخصصان و معلمان ذی ربط
- ۲) یافتن برنامه مداخله‌ای مناسب برای کودک
- ۳) تامین بهزیستی و مراقبت‌های لازم از کودک معلول
- ۴) کمک به اعضای خانواده برای افزایش درک و فهم آنان درباره معلولیت
- ۳) نخستین واکنش خانواده در برابر تولد نوزاد معلول کدام است؟ (ارشد ۱۳۹۷)
- ۱) پذیرش کودک
- ۲) درک کردن
- ۳) ضربه روحی
- ۴) عقب نشینی دفاعی
- ۴) شیوع دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی از کدام یک از گروه دانش‌آموزان با نیازهای ویژه که در ذیل آمده، کمتر است؟ (ارشد ۱۳۹۵)
- ۱) با آسیب شنوایی
- ۲) با آسیب بینایی
- ۳) با معلولیت جسمی - حرکتی
- ۴) با اختلال یادگیری
- ۵) در جریان عادی سازی دانش‌آموزان عقب مانده خفیف در کلاس‌های معمولی، کدام تکنیک می‌تواند به این‌گونه دانش‌آموزان کمک کند؟ (ارشد ۱۳۹۰)
- ۱) طرح مسائل جدید برای دانش‌آموز
- ۲) استفاده از پسخورندهای تاخیری
- ۳) عدم استفاده از واسطه کلامی
- ۴) خردکردن فعالیت‌ها به گام‌های کوچک

پاسخ تشریحی

گزینه ۱

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.

گزینه ۲

مداخله زودهنگام (مداخله سریع، مداخله به‌هنگام): به معنای تلاش‌های مستمر و سیستماتیک برای کمک به کودکان استثنایی تا ۵ ساله و خانواده‌های آنان است. طبق تعریف، مداخله زودهنگام، تمامی موارد ۳ گزینه‌ی دیگر را شامل می‌شود.

گزینه ۳

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

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.

گزینه ۵

دربرگیری (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. 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.

منابع

- ارجمند نیا، علی اکبر و همکاران (۱۳۹۹)، روان‌شناسی آموزش کودکان با نیازهای ویژه، تهران: نشر سمت.
- اریک جی. مش و دیوید ای. ولف (۱۳۹۶)، روان‌شناسی مرضی کودک، ویراست ششم، ترجمه شریفی درآمدی و همکاران، تهران: نشر ویرایش.
- افروز، غلامعلی (۱۴۰۱)، مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنائی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- بنجامین جیمز سادوک و همکاران (۱۴۰۰)، خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی، ویراست یازدهم، ترجمه فرزین رضاعی، تهران: انتشارات ارجمند.
- رابرت وایس (۱۳۹۹)، آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان، ویراست سوم، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر ارسباران.
- رابرت وایس (۱۳۹۷)، روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان، ترجمه مهدی گنجی و همکاران، تهران: نشر ساوالان.
- سیف‌نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۴۰۱)، روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، تهران: نشر ارسباران.
- گنجی، مهدی (۱۴۰۱)، آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5، تهران: نشر ساوالان.
- گنجی، مهدی (۱۴۰۱)، روان‌شناسی کودکان استثنائی براساس DSM-5، تهران: نشر ساوالان.
- میلانی‌فر، بهروز (۱۴۰۰)، روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، تهران: نشر قومس.
- هالاهان و کافمن (۱۴۰۱)، دانش‌آموزان استثنائی، ویراست نهم، ترجمه حمید علیزاده و همکاران، تهران: نشر ویرایش.



پل‌های ارتباطی ما با شما جهت برقراری ارتباط، پاسخگویی به سوالات
و دسترسی به آموزش‌ها و مطالب مشاوره‌ای رایگان

