

آموزش کودکان دارای معلولیت در محیط‌های فراگیر

پذیرش تنوع: راهکارهای ایجاد محیط‌های فراگیر و سازگار با یادگیری

کتابچه تخصصی ۳^۱

۲ آموزش کودکان دارای معلولیت در محیط‌های فراگیر

سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (یونسکو)

واحد بانکوک

دفتر منطقه‌ای آسیا و اقیانوسیه برای آموزش

ترجمه از متن انگلیسی: حمید مرعشی

ویراستار: آذین محمدزاده

آموزش کودکان دارای معلولیت در محیط‌های فراگیر

پذیرش تنوع: راهکارهای ایجاد محیط‌های فراگیر و سازگار با یادگیری - کتابچه تخصصی ۳

انتشار در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۴) در سازمان علمی، آموزشی و فرهنگی ملل متحد، پاریس، فرانسه به نشانی:

7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France

و واحد بانکوک یونسکو

حق تألیف متعلق به یونسکو در ۲۰۱۵ (۱۳۹۴)

چاپ اول: ۲۰۰۹ (۱۳۸۸)

ISBN 978-92-9223-243-6 (Print version)

ISBN 978-9223-2443-3 (Electronic version)



این کتابچه در open access تحت مجوز زیر است:

Attribution-ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>)

کاربرانی که از محتوای این کتابچه استفاده می‌کنند پذیرفته‌اند که نحوه استفاده آن‌ها مطابق با مفاد زیر باشد:

UNESCO Open Access Repository (<http://www.unesco.org/poan-access/terms-use-ccbysa-en>)

هیچ‌کدام از مطالب این کتابچه به‌هیچ‌وجه نقطه‌نظری از سوی یونسکو درباره وضعیت حقوقی یک کشور، قلمرو، شهر، منطقه، مقامات یا مرزهای آن را بیان نمی‌کند.

آرا و نقطه نظرات مطرح شده در این کتابچه متعلق به نویسندگان آن است و الزاماً نقطه‌نظر یونسکو نیستند و تعهدی برای این سازمان ایجاد نمی‌کنند.

ویراستار: کارولاین حداد^۲

گرافیکست: پونگ سودا ونگ سینگ‌ها^۳

^۲ Caroline Haddad

^۳ Pongsuda vongsingha



دیباچه

حق برخورداری از آموزش حقی جهان‌شمول است و همه کودکان، جوانان و بزرگسالان دارای معلولیت را در بر می‌گیرد. این حق در کنوانسیون حقوق کودک^۴ مصوب ۱۹۸۹ (۱۳۶۸) و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت^۵ مصوب ۲۰۰۸ (۱۳۸۷) تصریح شده است. این حق در بیانیه‌های بین‌المللی شاخص متعددی از جمله موارد زیر نیز مطرح شده است: اعلامیه جهانی آموزش برای همه^۶ در ۱۹۹۰ (۱۳۶۹)، بیانیه سالامانکای یونسکو و چارچوب عمل^۷ در ۱۹۹۴ (۱۳۷۳) و چارچوب داکار برای عمل^۸ در ۲۰۰۰ (۱۳۷۹).

با اذعان به این‌که حق برخورداری از آموزش رکن اصلی مأموریت یونسکو است و کشورهای عضو آن نیز این موضوع را تأیید می‌کنند و به رسمیت می‌شناسند، آموزش برای افراد دارای معلولیت باید حتماً شامل آموزش باکیفیت نیز باشد. در این راستا، تأکید یونسکو فقط بر حق برخورداری از آموزش نیست و به‌طور خاص بر حق برخورداری از آموزش باکیفیت برای همه تأکید می‌کند.

در حال حاضر، بیشتر کودکان دارای معلولیت در کشورهای در حال توسعه، در مدرسه حضور ندارند و همچنین بسیاری از آن‌هایی که ثبت‌نام کرده‌اند مشغول یادگیری نیستند. حذف موانع دسترسی به آموزش و یادگیری برای افراد دارای معلولیت پیش‌نیاز تحقق آموزش برای همه است. سیاست‌ها و رویه‌های آموزشی به منظور تضمین برخورداری همه کودکان از آموزش باکیفیت باید شامل همه یادگیرندگان باشد، همه را به مشارکت ترغیب کند و تنوع را به عنوان یک منبع به جای مانع ترویج دهد. آموزش فراگیر برای همه، راه را برای موفقیت افراد و جامعه در کل هموار می‌کند و این موفقیت به نوبه خود به توسعه پایدارتر و صلح‌آمیزتر بشریت منجر خواهد شد.

کتابچه یونسکو تحت عنوان پذیرش تنوع: راهکارهای ایجاد محیط‌های فراگیر و سازگار با یادگیری^۹ حاوی روش‌های کلی‌نگر و عملی برای ایجاد مدارس و کلاس‌های فراگیرتر، سازگار با یادگیری و حساس به جنسیت است. این راهنما که مکمل راهکارهای محیط‌های فراگیر

۴ Convention on the Rights of the child

۵ Convention on the Rights of Persons with Disabilities

۶ World Declaration for Education for All

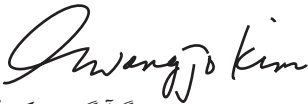
۷ UNESCO Salamanca Statement and Framework for Action

۸ Dakar Framework for Action

۹ Embracing Diversity: Toolkit for Creating Inclusive, Learnin-Friendly Environments (ILFE)

و سازگار با یادگیری یونسکو است، بر موارد خاصی تمرکز می‌کند که باید در حین آموزش افراد دارای معلولیت در نظر گرفته شود. این کتابچه شامل راهکارهای عملی برای آموزش موفق کودکان دارای معلولیت با حفظ کیفیت است. تأکید این راهکارها بر به‌کارگیری رویه‌های سازگار با یادگیری است که کودکان دارای معلولیت را در امر تحقق پتانسیل کامل خود یاری می‌کنند.

این کتابچه به‌تمامی نتیجه همکاری‌های گروهی است. آقای تریه واتر دال در سازمان شریک بین‌المللی توسعه^{۱۰} که مشاور آموزش فراگیر برای یونسکو و چندین سازمان توسعه محور در آسیا نیز هست، متن اولیه را بازبینی کرده است. در ادامه کار، نقطه نظرات و پیشنهادهای متخصصان آموزش از سرتاسر جهان نیز در متن لحاظ شده‌اند. دفتر بانکوک یونسکو از همگی آنان برای زحماتشان تشکر می‌کند. یوهان لیندبرگ^{۱۱}، کارشناس برنامه در دفتر منطقه‌ای آسیا و اقیانوسیه یونسکو برای آموزش هماهنگی پروژه را به عهده داشت و تیم انتشاراتی یونسکو، کارلاین حداد و پونگ سودا ونگ سینگ ها این متن را برای چاپ نهایی آن آماده کردند.



گوانگ جو کیم^{۱۲}

مدیر دفتر بانکوک یونسکو

۱۰ Terje Watterdal of International Development Partner

۱۱ Johan Lindeberg

۱۲ Gwang-Jo Kim



من در پنج‌سالگی به علت بیماری نابینا شدم و سال ۱۹۶۰ (۱۳۳۹)، در نه‌سالگی به مدرسه استثنایی برای نابینایان فرستاده شدم. آن مدرسه در شهر باندونگ در فاصله حدود ۸۰ کیلومتری خانه من بود. چند روز اول به علت جدا شدن از والدین، خواهران و برادران، دوستان دوران کودکی و خانه‌مان در روستا گریه می‌کردم. اگر من می‌توانستم در روستای خود به مدرسه بروم، این تجربه دردناک هرگز برای من اتفاق نمی‌افتاد.

البته ادامه دوران مدرسه من خوب بود، چون ابزار طراحی شده مخصوصی برای دانش‌آموزان نابینا موجود بود و به علت تعداد کم دانش‌آموزان، معلم‌ها هم می‌توانستند به تک‌تک آن‌ها در کلاس توجه کنند. محیط اجتماعی دوستانه بود، زیرا بیشتر افراد یا نابینا بودند و اگر نبودند، درک درستی از نابینایی داشتند. محیط فیزیکی نیز قابل دسترس بود، چون با در نظر گرفتن جهت‌گیری و تردد نابینایان طراحی شده بود و مهارت جهت‌گیری و تردد را نیز به ما آموزش می‌دادند. مسئله دیگر که به ما خیلی کمک می‌کرد، این بود که ما به افراد بزرگسال نابینای موفق به عنوان الگو به راحتی دسترسی داشتیم.

با این وجود، هنگامی که وقت آن رسید تا من محیط غیرفراگیر آن مدرسه استثنایی برای نابینایان را ترک کنم، زندگی اجتماعی واقعی در جامعه واقعی در ابتدا به نظرم بسیار سخت آمد. از یک سو، اکثر اعضای جامعه درک درستی درباره ماهیت نابینایی نداشتند و از سوی دیگر، من برای مواجهه با مخاطرات اجتماعی آماده نشده بودم.

اما دانش‌آموزی را می‌شناسم که در دهه ۱۹۸۰ (۱۳۶۰) تحت آموزش فراگیر قرار گرفته بود. هنگامی که در سال اول مدرسه راهنمایی معمولی ثبت‌نام کرد، پروژه آموزش فراگیر به اتمام رسیده بود و در نهایت هم حذف شد. اگرچه از آن دانش‌آموز در مدرسه استقبال کردند، اما از حمایت یادگیری مورد نیاز خود برخوردار نبود. معلم آموزش استثنایی او همکاری خود را با معلمان کلاس متوقف کرده بود. در نتیجه او کتاب‌های بریل نداشت و معلم کلاس هم نمی‌دانست چگونه به او ریاضی درس بدهد و البته در زنگ ورزش هم مشارکت فعالی نداشت. والدین او تصمیم گرفتند تا دوباره او را در مدرسه استثنایی برای نابینایان ثبت‌نام کنند.

چنین مثال‌هایی این نکته را تأیید می‌کنند که مدرسه خوب برای دانش‌آموزانی که مشکلات بینایی دارند و برای تمام دانش‌آموزان دارای هرگونه معلولیتی، مدرسه‌ای است که نه تنها یادگیری دروس را تسهیل می‌کند، بلکه مهم‌تر از آن، یادگیری برای زندگی در عرصه اجتماعی، یعنی جهان مملو از تنوع را هموار می‌سازد. مدرسه فراگیر بهترین مکان آماده کردن جوانان برای زندگی در جهانی پرتنوع است. به منظور آن که دانش‌آموزان دارای معلولیت در کنار هم‌تایان خود به شکلی معنادار و مفید به یادگیری بپردازند، باید نظام حمایتی برقرار باشد که دسترسی برابر همه دانش‌آموزان به تمام منابع یادگیری موجود در مدرسه را تضمین کند. بدین منوال، دانش‌آموزان دارای معلولیت می‌توانند در تمام فعالیت‌های یادگیری در کنار هم‌تایان غیرمعلول خود مشارکت کامل داشته باشند. این کتابچه به آموزش‌دهندگان نشان می‌دهد که چگونه می‌توان در محیطی فراگیر دسترسی برابر و مشارکت کامل دانش‌آموزان با توانمندی‌های متنوع را ترویج داد تا آن‌ها بتوانند تمام حقوق خود را تحقق بخشند.

دیدنی ترسیدی^{۱۳}

رئیس اتحادیه نابینایان اندونزی

فهرست مطالب

دبیاجه	۳
پیشگفتار	۵
مقدمه	۹
تعریف معلولیت‌ها	۱۳
موانع یادگیری، رشد و مشارکت و روش‌های برطرف کردن آن‌ها	۱۶
موانع یادگیری، رشد و مشارکت کدامند؟	۱۶
موانع محیطی (و نگرشی)	۱۶
موانع فردی	۱۶
شناسایی موانع یادگیری، رشد و مشارکت	۲۲
رهنمودهای عملی برای حذف موانع یادگیری، رشد و مشارکت	۲۲
فعالیت عملی	۲۵
مدارس قابل دسترس: اصول طراحی همگانی	۲۷
اصول هفتگانه طراحی همگانی	۲۹
اختلالات شنوایی	۳۵
ضرورت مداخلات بهنگام و مناسب	۳۶
روش‌ها و اشکال ارتباط	۳۶
زبان اشاره و هجی انگشتی (ارتباط دستی)	۳۷
اختلالات بینایی	۵۱
اختلالات جسمانی: اختلالات حرکت و تردد	۶۳
فلج مغزی	۶۶
اختلالات رشدی-ذهنی	۶۹
سندرم داون	۷۲

مشکلات یادگیری ویژه	۷۷
محاسبه‌پریشی	۷۷
نوشتارپریشی	۷۸
خوانش‌پریشی	۷۸
کنش‌پریشی	۸۴
سایر اختلالات و معلولیت‌ها	۸۵
اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی	۸۵
اختلالات طیف درخودماندگی یا اوتیسم	۸۸
صرع	۹۲
سندرم تورِت	۹۳
مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری	۹۵
نابینایی و ناشنوایی	۹۹
اختلالات چندگانه	۱۰۲
مراجع یادگیری بیشتر: منابع اینترنتی	۱۰۴
اطلاعات تماس برای موارد منتشر شده	۱۰۷
واژه‌نامه	۱۰۸



طراحی این کتابچه به گونه‌ای است که خوانندگان بتوانند موانع یادگیری، رشد و مشارکتی را که در معرض بسیاری از کودکان دارای معلولیت است شناسایی کنند و با موفقیت برطرف نمایند. توانایی‌های کودکان دارای معلولیت نادیده گرفته نشده، اما تمرکز اصلی این کتابچه ارائه اطلاعات جامع پیرامون معلولیت‌های متفاوت و همچنین امکان پاسخ مؤثر والدین، معلمان و برنامه‌ریزان آموزشی به نیازهای این کودکان است. در پایان بیشتر قسمت‌های این کتابچه، فهرستی از برخی رهنمودهای عملی در خصوص روش آموزش کودکان دارای معلولیت‌های متفاوت در شرایط فراگیر گنجانده شده است. کودکان دارای معلولیت یک گروه همسان نیستند که یک راه حل مناسب همه آنان باشد. بنابراین اجرای راهبردهای متفاوت برای یافتن موارد مناسب هر وضعیت خاص و کودکان در کلاس ضرورت دارد.

همگان می‌دانند که هر کودک منحصر به فرد و متفاوت با دیگری است. توانایی‌ها و روش‌ها و سرعت یادگیری کودکان با هم فرق دارد. محیط‌های فراگیر، سازگار با یادگیری و قابل دسترس باید در هر مدرسه و جامعه در سرتاسر جهان ایجاد شوند تا تمام کودکان امکان این را داشته باشند که استعدادهای تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود را رشد دهند. باید توجه داشت که پتانسیل تحصیلی کودک نمی‌تواند جدا از پتانسیل اجتماعی، عاطفی و جسمانی او رشد پیدا کند، چون این‌ها جنبه‌های درهم تنیده‌ای از رشد کودک هستند.

کودکان دارای معلولیت محروم از دسترسی به نظام جامع حمایتی هرگز در مدارس ثبت‌نام نمی‌کنند یا ترک تحصیل می‌کنند. یا اگر در مدرسه بمانند، توان تحقق پتانسیل کامل خود را نمی‌یابند. معلم باید بیش از پیش به حمایت فردی از این کودکان بپردازد، اما شاید او نیز به کمک معلمان مرجع سیار یا مستقر در مدرسه نیاز دارد تا بتواند به هدف خود برای تضمین برخورداری کودکان از حمایت کیفی مبتنی بر نیازهای یادگیری فردی برسد.

نظام حمایتی مطلوب شامل معلمان مرجع مستقر در مدرسه، متخصصان محلی و مجموعه‌ای از ابزار کمکی است. کتاب‌های بریل، صندلی‌های چرخدار، سمعک و تخته‌های ارتباطی به صورت رایگان یا با هزینه‌های معقول ارائه می‌شوند. نظام جامع حمایتی خدمات و ارزشیابی‌های پزشکی را نیز تأمین می‌کند. بسیاری از کودکان دارای

معلولیت تحت پوشش عملیاتی قرار می‌گیرند که عوارض اختلال آن‌ها را کاهش یا حتی برطرف می‌کنند. کودکان مبتلا به آب مروارید یکی از گروه‌هایی هستند که می‌توانند از مراقبت‌های کیفی چشم‌پزشکی اطفال بهره‌مند شوند اما متأسفانه این‌گونه خدمات در کشورهای در حال توسعه به ندرت یافت می‌شوند یا چون گران هستند، فقط تعداد محدودی به آن دسترسی دارند.

اکثر کودکان دارای معلولیت در کشورهای در حال توسعه در مدرسه حضور ندارند، در حالی‌که بسیاری از آنان که مشغول تحصیلند در مدارس استثنایی به دور از خانواده، دوستان و همتایان خود ثبت‌نام کرده‌اند. البته تعداد رو به رشدی از کودکان دارای معلولیت در مدارس عادی ثبت‌نام کرده‌اند و مشغول بازی، یادگیری و رشد در کنار همتایان غیرمعلول خود (آموزش فراگیر) هستند. برای اطمینان از دسترسی تمام کودکان به آموزش باکیفیت در مدرسه معمولی، باید سیاست‌ها و رویه‌های مدارس را نقادانه بازبینی کرد تا این سیاست‌ها و رویه‌ها به تشویق و تسهیل رشد و مشارکت تمام یادگیرندگان منجر شود.

بسیاری از معلمان، مسئولان مدارس و والدین در خصوص عواقب ثبت‌نام کودکان دارای معلولیت در مدارس خود نگران هستند. آن‌ها نگران آنند که این امر چطور بر عملکرد سایر دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارد زیرا آن‌ها خود را در رقابت با سایر دانش‌آموزان برای ثبت‌نام، تأمین مالی و حمایت می‌ابند (این یک واقعیت برای بسیاری از مدارس در سرتاسر جهان است). البته اگر تمام مدارس فراگیر و سازگار با کودک شده و تمام کودکان از جوامع پیرامون را در مدارس بپذیرند، اهمیت این نگرانی‌ها کاهش پیدا می‌کند زیرا تمام مدارس در سطحی برابر با یکدیگر رقابت می‌کنند. از این رو، آموزش فراگیر و سازگار با کودک را باید به عنوان رویکردی برای بهبود مدرسه در نظر گرفت زیرا فراگیری یعنی ارائه آموزش باکیفیت برای تمام کودکان.

نمونه‌های متعددی نشان می‌دهد که چگونه اجرای آموزش فراگیر و ثبت‌نام کودکان دارای معلولیت و سایر نیازهای آموزشی ویژه به کیفیت آموزش ارائه شده به تمام کودکان حاضر در مدرسه کمک کرده است. یک دبستان فراگیر در شهر پایاکومبو در جزیره سوماترا^{۱۴} در کشور اندونزی، نرخ متوسط عملکرد تحصیلی خود را (براساس سنجش آزمون‌های ملی) پس از ثبت‌نام کودکان دارای معلولیت و سایر نیازهای آموزشی ویژه در مدارس خود بهبود بخشید. در ۲۰۰۳ (۱۳۸۲)، این دبستان تصمیم گرفت تمام کودکان را (بدون استثنا)

از جامعه پیرامون مدرسه بپذیرد. معلمان خیلی زود به نیازهای تمام کودکان در مدرسه حساس‌تر و پاسخگوتر شدند و مشارکت اجتماعی افزایش پیدا کرد. در حال حاضر، حدود ۲۰ درصد از دانش‌آموزان مدرسه پایاکومبو دارای معلولیت یا نیاز آموزشی ویژه هستند. در نتیجه این تلاش‌ها تعداد دانش‌آموزان ترک تحصیل کرده از مدرسه از ۸ نفر در ۲۰۰۴ (۱۳۸۳) به ۴ مورد در ۲۰۰۵ (۱۳۸۴) و هیچ مورد در ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷ (۱۳۸۵ و ۱۳۸۶) کاهش پیدا کرد. هدف مقامات مسئول در شهر پایاکومبو این بود که تمام مدارس فراگیر، سازگار با کودک و پذیرنده همگان باشند، زیرا آن‌ها متوجه شده‌اند که مدرسه فراگیر، یک مدرسه باکیفیت است.

ردیابی، شناسایی و مداخلات بهنگام برای تحقق کامل استعدادهای ذهنی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی کودکان دارای معلولیت حیاتی است. والدین کودکان دارای معلولیت در بسیاری از موارد نیازمند حمایت از متخصصان مراقبت‌های کودکان، آموزش و بهداشت هستند، زیرا بسیاری از آن‌ها در فرایند پرورش کودک دارای معلولیت احساس ناامنی می‌کنند. والدین باید تشویق شوند تا کودکان خود را بیش از پیش به عنوان کودکانی که توانایی‌های آن‌ها را باید کشف و تکریم کرد در نظر بگیرند و فقط بر ناتوانی‌هایشان تمرکز نداشته باشند. آن‌ها باید توانمند شوند تا به گزینه‌شان به عنوان والدین اعتماد کنند، علاوه بر این که احتمالاً نیاز دارند تکنیک‌ها و مهارت‌های اولیه را برای بهبود ارتباط با کودکان خود و حمایت از آنان در فرایند رشد فراگیرند. در این کتابچه برخی از مسائل پرتعداد چالش‌برانگیز برای والدین و معلمان در فرایند پرورش و آموزش کودکان دارای معلولیت طرح شده‌اند.

پیش‌تر گفته شد که کودکان دارای معلولیت یک گروه همسان نیستند و مانند سایر کودکان، این دسته هم نیازهای فردی دارند و موانع متفاوتی را تجربه می‌کنند. برخی از این موانع مرتبط با معلولیت آنان است، اما سایر موانع به معلولیت آن‌ها ارتباطی ندارد.

نباید فراموش کرد که این کتابچه صرفاً یک مقدمه است و ما درباره این موضوع به اطلاعات بیشتری نیاز داریم. برای همین منظور، فهرستی از منابع اینترنتی رایگان در پشت جلد این کتابچه درج شده که البته متأسفانه بیشتر این منابع فقط به زبان انگلیسی هستند.

علاوه بر این، تعداد محدودی کتاب مناسب و سایر مطالب منتشر شده رایگان مرتبط با آموزش کودکان دارای معلولیت در محیط‌های فراگیر نیز موجود است. بیشتر منابع منتشر

شده در این زمینه رایگان نیستند و باید از کتابفروشی‌ها یا فروشگاه‌های اینترنتی خریداری شوند. یونسکو نیز منابعی در این زمینه دارد که برای اطلاع بیشتر لطفاً با دفتر منطقه‌ای آسیا و اقیانوسیه یونسکو برای آموزش (که نشانی آن در پشت جلد این کتابچه موجود است)، نزدیک‌ترین دفتر یونسکو یا کمیسیون ملی یونسکو در کشور خود تماس بگیرید.

چنانچه دانش‌آموزی دارای معلولیت در کلاس یا مدرسه شما حضور دارد و شما مایلید با مطالبی فراتر از آنچه در این کتابچه در خصوص معلولیت نگاشته شده آشنا شوید، لطفاً با نزدیک‌ترین دانشکده یا دانشگاه تربیت معلم تماس بگیرید. بسیاری از دانشکده‌ها، دانشگاه‌ها، سازمان‌های دولتی و غیردولتی دوره‌های کوتاه‌مدت یا دوره‌های تحصیلات تکمیلی درخصوص آموزش فراگیر و آموزش برای کودکان دارای نیازهای ویژه دارند.

خبرنامه‌ها و گروه‌های بحث و گفت‌وگوی شبکه توانمندساز آموزشی^{۱۵} (مستقر در آسیا، آفریقا، برزیل و اروپا) امکان تبادل اطلاعات عملی درخصوص اجرای موفق آموزش فراگیر را میان معلمان، والدین و برنامه‌ریزان آموزشی ایجاد می‌کند. برای اطلاعات بیشتر با رایانامه asia@eenet.org.uk یا این شبکه در جاکارتا به نشانی که پشت جلد این کتابچه آمده تماس بگیرید.

اما مهم‌ترین مسئله اعتماد به حس خود، تمرکز بر تمام توانایی‌ها و استعدادهای کودکان دارای معلولیت، مشاهده آن‌ها و توجه به حرف‌هایشان، یاد گرفتن از آن‌ها و استفاده از خلاقیت خودمان است.



تعریف معلولیت

تعریف معلولیت کار سختی است زیرا گروه‌های مختلفی از معلولیت وجود دارند و همچنین درون هر یک از این گروه‌ها، تفاوت‌های فردی گسترده‌ای دیده می‌شوند. بنابراین تلاش در جهت تعریف معلولیت پیچیده و اغلب بسیار مناقشه‌آمیز است. بسیاری از افراد دارای اختلال خود را به عنوان افراد دارای معلولیت در نظر نمی‌گیرند. برخی از افراد دارای اختلال شنوایی که از زبان اشاره به عنوان روش اصلی ارتباطی خود بهره می‌گیرند خود را دارای معلولیت نمی‌دانند، بلکه گمان می‌کنند صرفاً عضوی از یک اقلیت زبانی (زبان اشاره) هستند که مانند بسیاری از گروه‌های اقلیت زبانی دیگر، مورد تبعیض قرار می‌گیرند. سایرین عبارت «دارای توانایی‌های متفاوت» را ترجیح می‌دهند.

واژه معلولیت اغلب تداعی‌کننده اشکال قابل رؤیت معلولیت‌هاست. فارغ از روش به‌کارگیری عبارت معلولیت، باید در نظر داشت که کودکان بیش از هرچیزی کودکان، چه معلولیت داشته باشند چه نه.

بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی کارکرد^{۱۶}، معلولیت ماحصل تعامل بین فرد دارای اختلال و موانع محیطی و نگرشی فراوی اوست^{۱۷}.

در این راستا و بنا بر تعریف فوق‌الذکر، کودک دارای اختلال جسمانی که برای تردد به صندلی چرخدار متکی است و به مدرسه‌ای بدون رمپ یا سرویس بهداشتی قابل دسترسی می‌رود، به‌طور مشخص در اثر موانع محیطی در معرض خود دچار معلولیت است، اما کودکی که نابیناست و به کتاب‌ها و سایر مطالب آموزشی به خط بریل دسترسی دارد، از حمایت آموزشی معلمان مرجع سیار برخوردار است و در مدرسه فراگیر و قابل دسترسی برای تمام کودکان دارای اختلال حضور دارد، الزاماً دچار معلولیت نیست زیرا با موانع محیطی و نگرشی مواجه نمی‌شود.

متخصصان آموزش و سازمان‌هایی که نمایندگی افراد دارای معلولیت را به عهده دارند درخصوص عبارات «اختلال»، «معلولیت» و «محدودیت» و مصادیق به‌کارگیری مناسب

^{۱۶} International Classification of Functioning (ICF)

^{۱۷} Disabled People International. (2005) "DPI Position Paper on the Definition of Disability" page on URL: <http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=74> [15 Nov. 2007].

هر یک از این عبارات با هم توافق و اجماع ندارند. بسیاری از افراد، پیوستار زیر را معلولیت می‌دانند:^{۱۸}

اختلال ← معلولیت ← محدودیت^{۱۹}

اختلال می‌تواند باعث ایجاد معلولیت شود و معلولیت نیز به نوبه خود می‌تواند به محدودیت بینجامد. نتیجه محدودیت اغلب انزوای بیشتر اجتماعی و اقتصادی است و هرچقدر میزان این انزوا بیشتر شود، جامعه کمتر متوجه و درگیر نیازهای افراد دارای معلولیت و موانع فراروی آن‌ها می‌شود. این انزوا افزایش شکاف میان درک کودکان دارای معلولیت و نیازهای آنان را نیز در پی دارد.

سازمان جهانی بهداشت اختلال، معلولیت و محدودیت را به شکل زیر تعریف کرده است:^{۲۰}

● اختلال

هرگونه از دست دادن یا غیرنرمال بودن موقت یا دائمی یک قسمت یا کارکرد بدن، چه فیزیولوژیک چه روانی. اختلال به هم‌ریختگی اثرگذار بر کارکردهاست که این کارکردها می‌توانند ذهنی (حافظه، هوشیاری)، یا حسی، داخلی (قلب، کبد) یا خارجی (سر، دست یا پا) باشند.

● معلولیت

کاهش توانایی یا ناتوانی در اجرای فعالیت‌ها به شکلی که برای انسان نرمال در نظر گرفته می‌شود. معلولیت اغلب ناشی از اختلال است.

^{۱۸} n.a. (2004) Understanding Disability: Attitude and Behaviour Change for Social Inclusion. Ahmedabad: UNNATI - Organization for Development Education and Handicap International, p. 4-5.

^{۱۹} disorder → disability → handicap

^{۲۰} Barbotte, E. / Guillemin, F. / Chau, N. / Lorhandicap Group. (2001) "Prevalence of Impairments, Disabilities, Handicaps and Quality of Life in the General Population: A Review of Recent Literature," in Bulletin of the World Health Organization, Vol. 79, No. 11, p. 1047. URL: <http://www.unnati.org/pdfs/books/research-eng.pdf> [11 Jan. 2008].

● محدودیت

این امر ناشی از اختلال یا معلولیت است که انجام نقش یا نقش‌هایی را که نرمال در نظر گرفته می‌شود، بنا به سن، جنسیت و عوامل اجتماعی و فرهنگی محدود یا متوقف می‌کند.

این تعاریف هنوز در بسیاری از دولت‌ها و سازمان‌ها استفاده می‌شوند و از سوی برخی دست اندرکاران اصلی، نسبت به تعاریف جدیدتر ارجح قلمداد می‌شوند. البته عبارت محدودیت را بسیاری تبعیض آمیز و قدیمی می‌دانند.

بسیاری از اثرات ناتوان‌کننده اختلالات را با ایجاد فرصت‌های زیر برای کودکان می‌توان کاهش داد:

- تعامل با دوستان، همتایان و بزرگسالان در جامعه خود.
- تجربه دامنه‌ای از محیط‌هایی که اثرات اختلال را به حداقل می‌رسانند، به عنوان مثال ساختمان‌های فاقد پله.
- آموزش با کمک والدین و معلمانی که به آن‌ها در یادگیری مهارت‌های جدید کمک می‌کنند.^{۲۱}
- آشنایی با سایر افراد دارای معلولیت و یادگیری از آن‌ها به عنوان الگو و الهام‌بخش.

من نیز با الگوی خود در مدرسه راهنمایی آشنا شدم. او دانشجویی بود که در مدارس عادی درس خوانده بود و با والدین من از طریق شبکه والدین کودکان نابینا در مدارس عادی آشنا شده بود. او معلم خصوصی من شد و در دروس ریاضی و شیمی به من کمک می‌کرد، چون این دروس نیازمند کدهای مخصوص بریل بودند. هردوی ما دغدغه‌های خاصی داشتیم که دوستان بینای من آن‌ها را درک نمی‌کردند. به عنوان نمونه، ما درباره سخت بودن آغاز صحبت در یک گروه بزرگ و تشخیص افراد فقط از روی صدای آن‌ها با هم حرف می‌زدیم. یک‌بار که با او سوار قطار شدم، یاد گرفتم که چطور در ایستگاه قطار کمک بخواهم.^{۲۲}

کنتارو فوکوچی

۲۱ UNESCO. (2003) *Understanding and Responding to Children's Needs in Inclusive Classrooms*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, p. 23.

۲۲ Fukuchi, K. (2008) "How Do We Learn Together? A Practice of Inclusion in Japan," in *EENET Asia Newsletter No. 5*. Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 22-23.



موانع یادگیری، رشد و مشارکت و روش‌های برطرف کردن آن‌ها

موانع یادگیری، رشد و مشارکت کدامند؟

موانع یادگیری، رشد و مشارکتی که کودکان با آن‌ها مواجهند، از یک کودک به کودک دیگر متفاوت است. توجه به این نکته ضروری است که تمام کودکان، اعم از آن‌هایی که معلولیت دارند یا ندارند، در معرض موانع قرار می‌گیرند. چنانچه به این موانع توجه مناسب نشود، کودکان نخواهند توانست استعدادهای تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود را پرورش بدهند. بنابراین، آن‌ها موانع مختلفی را یا به صورت موقت یا دائم تجربه می‌کنند، بنا به آن‌که به چه شکل اثربخشی آن‌ها را حل و فصل می‌کنند.

کودکان دارای معلولیت هم در معرض موانع محیطی قرار می‌گیرند و هم در معرض موانع فردی. این دو نوع مانع ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند^{۲۳}. آن‌ها در ترکیب با هم مجموعه‌ای از موانع را ایجاد می‌کنند که باید در مدارس، منازل و جوامع در راستای ایجاد امکان تحقق کامل استعدادهای کودکان کاهش بیابند و تا جای ممکن برطرف شوند.

موانع محیطی (و نگرشی)

- نداشتن دسترسی یا دسترسی محدود به برنامه‌های مداخلات بهنگام: تأثیر ناتوان‌کننده اختلال در غیاب دسترسی به برنامه‌های باکیفیت مداخله بهنگام (نظام‌های حمایتی) شدت پیدا می‌کند.
- معلمان، مسئولان و بازرسان مدارس: چنانچه درباره کودکانی که از اکثریت هم‌تایان خود متفاوت در نظر گرفته می‌شوند، تبعیض روا دارند.
- نظام‌های حقوقی و قانونی: در صورتی‌که به تبعیض و جداسازی منجر شوند.

- **برنامه‌های درسی:** در صورت منعطف نبودن برنامه‌های درسی و نبود امکان پاسخ به تنوع توانایی‌ها، نیازها و شرایط یادگیرندگان.
- **رویکردهای آموزشی و مطالب یاددهی-یادگیری:** چنانچه این موارد سازگار با یادگیری نباشند یا به تنوع نیازها و توانایی‌های یادگیرندگان پاسخ ندهند.
- **نظام سنجش و ارزشیابی:** چنانچه این نظام منحصراً یا اکثراً معطوف به سنجش سطح تحصیلی کودکان، بنا به استانداردهای عمومی آن‌ها به جای پیشرفت فردی‌شان باشد. مطلوب آن است که رشد تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی سنجش و ارزشیابی شود.
- **محیط‌های مدرسه و کلاس:** در صورت فراگیر، سازگار با یادگیری یا حتی قابل دسترس فیزیکی نبودن آن‌ها.
- **شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی.**

موانع فردی

- **ارتباط:** اگر زبان مادری کودک با اکثریت هم‌تایان و معلم خود یا مطالب درسی موجود در مدرسه متفاوت باشد (این شامل کودکانی است که زبان مادری آن‌ها زبان اشاره است و همچنین آن‌هایی که از بریل یا زبان نوشتاری استفاده می‌کنند).
- **انگیزه ضعیف:** در صورتی که کودکان بنا به عوامل مختلف اغلب مرتبط با موانع محیطی و نگرشی برای یادگیری انگیزه کم داشته باشند یا هیچ انگیزه‌ای نداشته باشند.
- **حس ناامنی، عزت نفس کم و نداشتن اعتماد به نفس:** (این موضوع احتمالاً ناشی از ترکیب موانع محیطی، نگرشی و فردی است که برخی از آن‌ها قبلاً ذکر شده‌اند).

- آزار: کودکانی که از آزار روانی، جسمانی یا جنسی رنج می‌برند، احتمالاً موانعی جدی در یادگیری، رشد و مشارکت را تجربه می‌کنند. این موارد را در صورت مداخله‌های همه‌جانبه از سوی مدارس و خانواده‌ها و همچنین نظام حمایتی (متخصصان آموزشی و بهداشتی) می‌توان پیشگیری کرد. کودکان دارای معلولیت (مخصوصاً آن‌هایی که در مؤسسات آموزشی، جدا از خانواده به سر می‌برند) به طور خاص در معرض آزار هستند.

۶۵ درصد از دانش‌آموزان مدارس گزارش داده‌اند که در معرض تنبیه بدنی قرار گرفته‌اند... بیش از ۵۰ درصد از کودکان گزارش داده‌اند که در معرض حداقل یک نوع از انواع آزار جنسی قرار گرفته‌اند... کودکان خیابان، کودکان کار و کودکان در مراکز نگهداری بالاترین میزان بروز آزار جنسی را گزارش داده‌اند.^{۲۴}

- جنسیت: دختران دارای معلولیت بسیاری از همان موانع دختران و زنان غیرمعلول را تجربه می‌کنند، اما انزوای اجتماعی و وابستگی آن‌ها به خانواده هایشان اغلب این موانع و عواقب آن‌ها را تشدید می‌کند. زنان و دختران دارای معلولیت در اکثر شاخص‌های موفقیت تحصیلی، حرفه‌ای، مالی و اجتماعی نسبت به هم‌تایان غیرمعلول زن و مردان معلول از سطح پایین‌تری برخوردارند.^{۲۵}

ناشنوایان عموماً با نادیده گرفته شدن و عدم‌پذیرش روبه‌رو هستند. بسیاری از کودکان ناشنوا اغلب حتی در خانواده‌های خود حس می‌کنند منزوی شده‌اند. زنان و دختران ناشنوا در افغانستان عموماً به علت نبود امکانات مناسب آموزشی و شانس پایین ازدواج، احساس محرومیت بیشتری می‌کنند.

عبدالغفار (۲۰۰۵ یا ۱۳۸۴)^{۲۶}

^{۲۴} Kacker, L. (2007) "Study on Child Abuse: India 2007," in EENET Asia Newsletter No. 4. Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 15-16.

^{۲۵} Human Rights Watch. (2007) "Women and Girls with Disabilities." URL: <http://www.hrw.org/women/disabled.html> [4 Aug. 2008].

^{۲۶} Ahuja, A. / Watterdal, T. M. (2006) "EENET Asia Interview: Sign Language Development – An Inclusion and Rights' Issue," in EENET Asia Newsletter No. 2. Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 34-35.

- **نبود توانمندی اجتماعی:** بسیاری از کودکان مشکلات اجتماعی را تجربه می‌کنند که این مشکلات می‌توانند موانعی را برای یادگیری، رشد و مشارکت و در نهایت به حاشیه رانده شدن و ترک مدارس ایجاد کنند. سایر مشکلات شامل این مواردند: تعامل و بازی با سایر کودکان، ارتباط، رفتار به اشکال قابل قبول اجتماعی و فرهنگی و همچنین مشکلات در پذیرش مرزها (که برخی از آن‌ها با موانع محیطی و نگرشی و همچنین اختلالات مرتبط هستند).
- **ناملازمات رفتاری:** در صورتی که کودک دچار افت و خیز رفتاری یا عصبانیت باشد یا در اثر برون‌گرایی مشکل ارتباطی با هم‌تایان خود (و همچنین والدین و معلمان) داشته باشد، تطبیق با شرایط جدید و در حال تغییر برایش مشکل باشد یا تمرکز خود را به راحتی از دست بدهد و دارای بازه توجه کوتاه باشد و واکنش‌های خیلی شدید، هم به تجارب خوب و هم به تجارب بد نشان دهد (بسیاری از این اشکال رفتاری و ناملازمات مرتبط با موانع محیطی و نگرشی، اختلال محسوب می‌شوند).
- **یادگیرندگان نسل اول:** چنانچه کودک قبل از سایرین در خانواده خود به مدرسه می‌رود، شاید برای پیشگیری از موانع یادگیری حمایت اضافی (نظام حمایتی) ضرورت داشته باشد.
- **اقلیت‌های فرهنگی، زبانی و دینی:** بسیاری از کودکان متعلق به یک گروه اقلیت با موانع عمده یادگیری، رشد و مشارکت مواجه می‌شوند. در غیاب حمایت‌های هدفمند و محیط فراگیر سازگار با یادگیری، موانعی که این کودکان با آن‌ها مواجهند شاید ماهیتی دائمی پیدا کنند. کودکان دارای معلولیت اقلیت اغلب موانع بیشتری را فراروی خود دارند و اغلب نسبت به هم‌تایان غیرمعلول خود در برابر موانع عواقب شدیدتری را تجربه می‌کنند.

وقتی دو تا دختر از این گروه وارد کلاس شدند خیلی نگران بودم... آن‌ها لاغر و کمی کثیف و وحشی به نظر می‌آمدند. فکر می‌کردم که چه می‌شود. آیا آن‌ها را واقعاً می‌توان در این کلاس جا داد؟ آیا آن‌ها درس من را می‌فهمند؟ آیا بقیه بچه‌ها آن‌ها را خواهند پذیرفت؟ این‌ها نگرانی‌های بزرگ من بودند، اما وقتی با آن‌ها آشنا شدم تحت تأثیر فعال بودن و معصومیتشان قرار گرفتم. آن‌ها مؤدبانه به من سلام کردند و تجربه‌شان از مدرسه قبلی را برایم گفتند. این معصومیت آن‌ها بود که به من آرامش داد و آن‌ها را به بقیه بچه‌ها نزدیک کرد. بقیه بچه‌ها هم به این دخترها کمک کردند. خیلی خوشحال شدم وقتی یکی از والدین از من پرسید که او هم می‌تواند کاری برای این دخترها انجام دهد یا نه.

گفته‌های معلمی در ویتنام^{۲۷}

- **اختلال:** بسیاری از کودکان دارای اختلال با موانع خاص مرتبط با اختلال خود از جمله موارد زیر مواجه می‌شوند:
مشکلات ارتباطی: معلمان و کودکان در مدرسه نمی‌دانند چطور از زبان اشاره استفاده کنند.
نبود کتاب‌های بریل یا سرویس‌های بهداشتی غیرقابل دسترس برای کسانی که از صندلی چرخدار استفاده می‌کنند.
- **شرایط بهداشتی:** چنانچه کودکی دچار عفونت اچ‌آی‌وی بوده، صرع داشته (که یک وضعیت بهداشتی در کنار معلولیت است)، دچار ابتلای مکرر به مالاریا بوده و هرگونه وضعیت بهداشتی دیگر که به تبعیض و به دوری کودک از مدرسه منجر می‌شود (و کودک در منزل یا در بیمارستان بستری شده باشد).

این موارد تنها بعضی از خیل موانع فردی پیش روی کودکان در مدارس و جوامع سرتاسر جهان هستند. تولد در خانواده تک‌والدی، تعلق به طبقه اجتماعی پایین‌تر، بی‌خانمانی، تجربه جنگ یا بلایای طبیعی، اجبار به کار قبل یا بعد از مدرسه برای تأمین معاش و پنهانده بودن هم از مواردی هستند که اغلب به موانع برطرف نشدنی یادگیری، رشد و مشارکت منجر می‌شوند. بنابراین، بسیار حیاتی است که معلمان، والدین و برنامه‌ریزان آموزشی محیط‌هایی را در مدارس و جوامع ایجاد کنند که همه کودکان پذیرفته شده و فارغ از توانایی، پیشینه یا وضعیت خود با تکریم و احترام با آن‌ها رفتار شود تا موانع برای کودکان مربوطه کاهش یافته یا برطرف شوند.

^{۲۷} Hanh, T. (2007) "Inclusive and Rights-based Approaches to Education: An Example of Good Practice from Ho Chi Minh City in Viet Nam," in *EENET Asia Newsletter*, No. 4. Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 30-31.

آموزش کودکان دارای معلولیت در محیط‌های فراگیر ۲۱

معلمان، والدین، برنامه‌ریزان آموزشی یا متخصصان تربیت معلم شاید احساس کنند که توان کاهش یا برطرف کردن تمام این موانع را ندارند. اثرگذاری آن‌ها بر برنامه درسی یا شرایط اقتصادی-اجتماعی در جوامع شاید خیلی محدود باشد. با این وجود، باید به اثرگذاری این موانع بر کودکان در مدارس و جوامع و تأثیر بر توانمندی آن‌ها در راستای رشد تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی آگاه بود. در صورت ایجاد محیط‌های فراگیر و سازگار با یادگیری در مدارس و جوامع، اغلب امکان کاهش عواقب موانع محیطی (یا ساختاری) وجود دارد.



شناسایی موانع یادگیری، رشد و مشارکت

ردیابی بهنگام (شناسایی) موانع یادگیری، رشد و مشارکت برای موفقیت مداخلات بعدی ضرورت دارد.

کودکانی که نمرات پایین می‌گیرند، اغلب بدون سنجش درست عوامل موانع یادگیری، رشد و مشارکتی که تجربه می‌کنند، به‌عنوان کودکان دارای اختلال یادگیری طبقه‌بندی می‌شوند. برخی از این موانع، شاید ناشی از وضعیت شلوغ کلاس، نظام‌های آزمون و برنامه درسی نامتعطف، مطالب درسی نامرتب با بسیاری از کودکان یا نبود رویکردهای یاددهی سازگار با کودک و کودک‌محور باشند. بنابراین، انگ گذاشتن بر کودکان بر مبنای سنجش‌های نادرست و تصادفی، چالش بزرگی برای فراگیری و آموزش برای همه است.

فهرست این موانع را می‌توان برای شناسایی چالش‌های محیطی، نگرشی و فردی فراروی کودکان دارای معلولیت در کلاس‌ها، مدارس و جوامع استفاده کرد.

روش آموزش کودکان دارای معلولیت در گذشته اغلب با تشخیص پزشکی آنان تعیین می‌شد، زیرا فرض بر این بود که کودکان دارای تشخیص مشابه باید همه به یک شکل آموزش ببینند. اما امروزه آشکار شده که عوامل متعددی غیر از اختلال کودک بر یادگیری مؤثر است.^{۲۸}

رهنمودهای عملی برای حذف موانع یادگیری، رشد و مشارکت

- ایجاد محیطی که تمام کودکان در آن از ارزش برابر برخوردارند.
- کودکان باید اجازه یابند که به زبان مادری خود حرف بزنند، حتی در شرایطی که با زبان آموزش استفاده‌شده در مدرسه متفاوت باشد، یا زبان آن‌ها زبان اشاره یا یک زبان اقلیت دیگر باشد. اگر هیچ‌یک از معلم‌ها در مدرسه زبان مادری کودک را ندانند، باید شخصی به‌عنوان مثال فردی از خانواده یا جامعه او را پیدا کرد که آن زبان را بداند.

یادگیری در مدرسه سخت است چون من زبان ملی را بلد نیستم.

اگر به زبان مادری ما درس می‌دادند، آن وقت ما می‌توانستیم یاد بگیریم.

گفته‌های کودکان بونونگ در کامبوج^{۲۹}

- کودکان باید فرصت این را داشته باشند که عقاید و نظرات خود را ابراز کنند. بسیاری از کودکان دارای معلولیت نسبت به سایر کودکان برای ابراز عقاید خود به زمان بیشتری نیاز دارند.
- باید تلاش کرد از کودکان (به‌ویژه آن‌هایی که در پیشرفت تحصیلی خود دچار مشکلند) سؤال‌هایی کرد که قطعاً جواب آن‌ها را می‌دانند. این امر به اعتمادسازی و افزایش انگیزش کودکان برای ادامه یادگیری منجر خواهد شد.
- تشویق باید سخاوتمندانه، واقعی و صادقانه باشد. این روند به اعتمادسازی و ایجاد عزت نفس سالم کمک می‌کند.
- کودکان باید تشویق شوند تا نقطه‌نظرات خود را مطرح کنند و باید کوشید تا از پیشنهاد‌های آن‌ها در صورت امکان استفاده کرد.
- هم پسران و هم دختران باید تشویق شوند که در تمام فعالیت‌های برنامه درسی و فوق‌درسی مشارکت کنند.
- چنانچه کودکی رفتار خود را ناگهان تغییر دهد یا رفتاری متفاوت از گذشته داشته باشد، باید علت آن را جویا شد. چنانچه امکان وجود آزار (کلامی، عاطفی، جسمانی یا جنسی) مطرح باشد، باید به دنبال کمک و راهنمایی سازمان‌های فعال در زمینه حقوق کودک و حمایت از کودکان بود. این سازمان‌ها در بیشتر جوامع در سرتاسر دنیا پیدا می‌شوند. نزدیک‌ترین دفاتر سازمان نجات کودکان و یونیسف نیز شاید بتوانند کمک ارائه کنند.

- رشد (پیشرفت) تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی کودکان نباید فقط با سنجش عملکرد آن‌ها در مقایسه با سایرین ارزشیابی شود. پیشرفت کودکان باید بر مبنای برنامه‌های یادگیری فردی آن‌ها ارزشیابی شود. این برنامه‌ها را باید با توجه دقیق به موانع ممکن یادگیری، رشد و مشارکتی که کودکان تجربه می‌کنند، تدوین کرد.
- سازماندهی کلاس و چیدمان دانش‌آموزان باید در جهت بهینه‌سازی فرصت‌ها برای ارتباط، تعامل و یادگیری همه کودکان در کلاس، با تمرکز خاص بر کودکان در معرض موانع یادگیری، رشد و مشارکت انجام شود.

ما در کلاس‌هایمان در گروه‌های دوتایی، چندنفره و خوشه‌های بزرگتر کار می‌کنیم. ما زمان زیادی را برای تدوین فعالیت‌ها و بازی‌های تعاملی صرف می‌کنیم. الان دیگر مانند گذشته نگران دروس خود نیستیم. در گروه من، کودکان دارای معلولیت هم هستند. من می‌گویم همه کودکان توان یادگیری دارند و هر یک از آن‌ها مستعد است...

گفته‌های معلمی از قرقیزستان^{۳۰}

- باید اطمینان پیدا کرد که همه کودکان در کلاس می‌دانند که به آن‌ها و نیازهایشان توجه می‌شود.
- حداقل یک ویژگی خوب را که هر دانش‌آموز در ماه گذشته از خود نشان داده باید شناسایی کرد. به فهرست (ویژگی‌های خوب) در قسمت بعدی مراجعه کنید^{۳۱}.

۳۰. Torobekova, F. (2006) "Practice and Do Not Be Afraid," in *EENET Asia Newsletter* No. 2. Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 20-21.

۳۱. Astani / Watterdal, pp. 1-4

فعالیت عملی

نامه‌ای کوتاه به والدین بنویسید و در آن ویژگی‌های مثبت فرزندان آن‌ها را برشمارید.

این ویژگی‌های مثبت حتماً باید واقعی بوده و تنها براساس عملکرد تحصیلی نباشند، زیرا ارزشیابی تحصیلی آن‌ها از طریق آزمون‌ها، نمرات و کارنامه‌ها انجام می‌شود. معلمان می‌توانند از فهرست زیر استفاده کنند:

ویژگی‌های مثبت: گورها و استعدادها درون

☐ آرامش	☐ مفیدی	☐ جسارت
☐ نیايش	☐ صداقت	☐ مراقبت
☐ هدفمندی	☐ افتخار	☐ نظافت
☐ اعتبار	☐ تواضع	☐ بخشندگی
☐ احترام	☐ آرمانگرایی	☐ اطمینان
☐ مسئولیت	☐ نوآوری	☐ مراعات
☐ تکریم	☐ شادمانی	☐ شجاعت
☐ خودانضباطی	☐ عدالت	☐ ادب
☐ خدمات	☐ مهربانی	☐ خلاقیت
☐ همبستگی	☐ عشق	☐ عزم
☐ استواری	☐ اخلاص	☐ پشتکار
☐ کاردانی	☐ گذشت	☐ همدردی
☐ قدردانی	☐ اعتدال	☐ اشتیاق
☐ مدارا	☐ افتادگی	☐ وفاداری
☐ موثقت	☐ حرف شنوی	☐ انعطاف
☐ راستگویی	☐ نظم	☐ خونگرمی
☐ اتحاد	☐ شکیبایی	☐ سخاوتمندی
		☐ متانت

نامه به والدین باید بدین شکل باشد:

والدین عزیز،

در طی ماه گذشته، راهیلا هم به من و هم به دوستان خود در کلاس خیلی کمک کرده است و ما همگی متوجه این موضوع بوده‌ایم. ما مشتاقانه به دنبال کشف ویژگی‌های مثبت بیشتر دختر شما در ماه‌ها و سال‌های آتی هستیم.

ارادتمند

معلم

با این فعالیت، ما در پی دستیابی به موارد زیر هستیم:

- کشف ویژگی‌های مثبت هر کودک. این امر باعث کاهش کلافگی بسیاری از معلمان و تبعیض علیه کودکانی است که دچار موانع یادگیری، رشد و مشارکت هستند. این کلافگی برخی اوقات حتی به آزار کلامی، عاطفی و جسمانی کودکان منجر می‌شود. با وجود کنوانسیون حقوق کودک و قوانین حمایت از کودکان (موجود در بسیاری از کشورها)، بسیاری از مدارس همچنان به تنبیه بدنی کودکان ادامه می‌دهند.
- ارتقای احترام به کودک فارغ از توانایی‌های او.
- ارائه فرصت به کودکان در جهت کسب موفقیت، و قدردانی کردن از این روند که باعث افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس تمام کودکان در مدرسه و افزایش انگیزه آن‌ها برای یادگیری و عملکرد است.
- ایجاد انگیزه برای کودکان در جهت انجام کارهای خوب نسبت به دیگران، رفتار درست و تقویت خودانضباطی.
- بهبود ارتباط میان مدارس و والدین و در نتیجه افزایش حس مالکیت و مشارکت.



مدارس قابل دسترس: اصول طراحی همگانی

مطابق با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت سازمان ملل متحد، طراحی همگانی عبارت است از طراحی محصولات، محیط‌ها، برنامه‌ها و خدمات، به گونه‌ای قابل استفاده برای همه افراد تا بیشترین میزان ممکن، بدون نیاز به مناسب‌سازی یا طراحی خاص. طراحی همگانی در صورت لزوم می‌تواند شامل ابزار کمکی برای گروه‌های ویژه افراد دارای معلولیت باشد.^{۳۲}

اولین چیزی که در اکثر ساختمان‌های عمومی با آن مواجه می‌شویم پله است. باید از این پله‌ها بالا رفت تا بتوان وارد ساختمان شد. پله‌ها اغلب برای بسیاری از کودکان و بزرگسالان اولین مانع برای دسترسی به مدارس یا سایر ساختمان‌های عمومی و برخورداری از خدمات این امکانات هستند. برخی اوقات فقط دو یا سه پله وجود دارند، اما باقی وقت‌ها تعداد پله‌ها بیشتر است. کنار برخی پله‌ها میله نصب شده که بتوان از آن کمک گرفت، اما بیشتر آن‌ها چنین میله‌هایی ندارند.

بنابراین، تمام ساختمان‌های عمومی باید دارای روش‌های جایگزین برای ورود باشند. در اکثر موارد، ساخت رمپ آسان و به نسبت کم‌هزینه (حداقل در ساختمان‌های یک طبقه) و برای بسیاری سودمند است. از این رو، رمپ را باید به تمام مدارس موجود و سایر ساختمان‌های عمومی اضافه کرد. هنگام برنامه‌ریزی و طراحی مدارس جدید باید اطمینان پیدا کرد که فضای آن‌ها برای همه قابل دسترس است. طراحی رمپ‌ها و مسیرهای تردد باید به گونه‌ای باشد که باعث جداسازی افراد دارای معلولیت اعم از کودکان، معلمان و والدین، زنان باردار و افراد سالمند نشود بلکه برعکس، باید مسیرهای جذاب و مناسبی برای تمام کاربران به حساب بیایند.

فضا، نور، مصالح و حتی رنگ بر تجربه آموزشی ما اثر می‌گذارد. مدارس می‌توانند از این عناصر در احداث ساختمان‌ها و اماکنی که نیازها و مطالبات دانش‌آموزان و کارکنان را منعکس ساخته، به خوبی استفاده کنند. اما متأسفانه این ساختمان‌ها اغلب بدون در نظر گرفتن نیازهای تمام افراد استفاده‌کننده از آن‌ها طراحی و ساخته می‌شوند.

یان کپلن (۲۰۰۷ یا ۱۳۸۶)^{۳۳}

^{۳۲} United Nations. (2006) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Article 2*. New York: United Nations. URL: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> [11 Jan. 2008].

^{۳۳} Kaplan, I. (2007) "Inclusive School Design: Lombok, Indonesia," in *EENET AsiaNewsletter No. 4*, Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 18-19.

در نتیجه، طراحی همگانی تنها محدود به دسترسی نیست، بلکه شامل ایجاد محیط فراگیر و سازگار با یادگیری در مدارس می‌شود. مدرسی که بر مبنای اصول طراحی همگانی احداث می‌شوند اثربخش‌تر خواهند بود، زیرا به جای ناتوان‌سازی آن‌ها، از طریق ایجاد موانع رشد و مشارکت امکان یادگیری، رشد و مشارکت را برای تمام کودکان فراهم می‌کنند.

تونگ سوخا^{۳۴} از منطقه سام لوت در کامبوج از پنج‌سالگی دچار فلج اندام بوده است. وی هرگز فکر نمی‌کرد بتواند به مدرسه برود، زیرا نمی‌توانست تنهایی پیاده خود را به مدرسه برساند. خانه او سه کیلومتر از مدرسه فاصله داشت و وضعیت جاده به مدرسه بسیار بد بود، اما یک سازمان بین‌المللی به او دو صندلی چرخدار داد که یکی از آن‌ها را در خانه نگاه می‌دارد و دیگری را در مدرسه. این صندلی‌ها باعث شدند که سوخا آزادی عمل پیدا کند. خواهر کوچک‌تر یا دوستانش کمکش می‌کنند و او را سوار بر صندلی به مدرسه می‌برند. اوایل باید از نهری که روی آن پلی وجود نداشت عبور کند که این قضیه مخصوصاً با وجود گل و لای ماه‌های بارانی سخت بود. اما امروز مسیر او با توجه به پل ساده چوبی که اهالی محل درست کرده‌اند و همچنین تعمیر جاده مدرسه هموارتر شده است. به تازگی با ساخت یک رمپ هم امکانات درون مدرسه در بهبود دسترسی به کلاس‌ها بهتر شده است. درضمن، سرویس بهداشتی جدیدی هم احداث شده که رمپ دارد. سوخا هم‌اکنون اطمینان بسیار بیشتری پیدا کرده و امیدوار است که تا دبیرستان به تحصیل ادامه دهد. دبیرستان جدیدی در فاصله نزدیک‌تر به خانه او در حال احداث است که مطابق با استانداردهای جدید وزارت آموزش و پرورش، باید کاملاً قابل دسترسی باشد.^{۳۵}

۳۴ Thnoeng Sokha

۳۵ Sophal, K. / Fox, S. (2006) "Physical Accessibility & Education," in *EENET Asia Newsletter No. 4*, Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 14-15.

اصول هفتگانه طراحی همگانی^{۳۶}

● اصل یک: استفاده عادلانه

طراحی باید مفید و قابل عرضه به افراد دارای توانایی‌های متفاوت (افراد دارای معلولیت و بدون معلولیت) باشد.

دسترسی برابر به مدارس و امکانات آموزشی برای تمام کودکان از طریق راه حل‌های ساده و به‌نسبت کم‌هزینه ممکن می‌شوند.

راهکارها:

الف. تأمین امکانات استفاده برای تمام کاربران: یکسان در صورت امکان و معادل مشابه در صورت نبود این امکان.

ب. اجتناب از جداسازی یا انگ‌گذاشتن بر کاربران.

ج. قابل دسترس بودن امکانات حفظ حریم، امنیت و ایمنی برای تمام کاربران.

د. جذابیت طراحی برای همه کاربران.

طراحی سرویس‌های بهداشتی در مدارس مشارکت‌کننده در برنامه بهداشت آب و فاضلاب در تاجیکستان هم‌اکنون در حال تغییر است تا دسترسی بیشتر کودکان دارای معلولیت تضمین شود. طراحی جدید باعث شده سرویس‌ها برای همه کودکان مدرسه راحت‌تر قابل استفاده باشند، زیرا فضای آنها بزرگ‌تر شده است. قسمت‌های دختران و پسران (و درهای ورودی آنها) همچنان جداست و طراحی جدید بر مبنای همان روش کم‌هزینه سابق خواهد بود^{۳۷}.

^{۳۶} The Center for Universal Design, North Carolina State University. (1997) "The Principles of Universal Design" page on URL: http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciplestext.htm [16 Nov. 2007].

^{۳۷} UNICEF. (2008) "Guidelines for Universal and Energy Efficient Design," Dushanbe: UNICEF, p. 11.

● اصل ۲: انعطاف‌پذیری در استفاده

طراحی دربرگیرنده دامنه وسیعی از توانایی‌ها و مطالبات فردی است.

راهکارها:

الف. ارائه گزینه‌های مختلف در روش‌های استفاده.

ب. توجه به دسترسی و استفاده افراد راست‌دست و چپ‌دست.

ج. تسهیل دقت و صحت کاربر.

د. امکان مناسب‌سازی با گام و سرعت کاربر.

مدرسه جدیدی با رمپ‌های دسترسی، نشان‌های رنگی بر دیوارها و درها و همچنین نشان‌های رنگی و اشکال قابل لمس بر کف‌ها در شهر لومبوک اندونزی راه‌اندازی شده که ساختمان آن با برنامه‌ریزی و طراحی معلمان مدرسه ساخته شده است. مدیر مدرسه نیز بر فرایند ساخت نظارت داشته تا اطمینان حاصل شود که کار احداث مطابق با مختصات ضروری و در چارچوب بودجه، مطابق با استانداردهای دولت اندونزی برای ساخت مدارس انجام خواهد شد.^{۳۸}

● اصل ۳: استفاده ساده و بدون نیاز به دانش ویژه

طراحی باید به گونه‌ای باشد که استفاده از آن ساده و فارغ از میزان تجربه، دانش، مهارت‌های زبانی یا سطح توان تمرکزی افراد باشد.

راهکارها:

الف. حذف پیچیدگی غیرضروری.

ب. همخوانی با انتظارات و درک کاربران.

ج. دربرگیری دامنه وسیعی از مهارت‌های زبانی و سواد.

د. دسته‌بندی اطلاعات مطابق با اهمیت آن.

^{۳۸} Kaplan, I. (2007) "Inclusive School Design: Lombok, Indonesia" in *EENET Asia Newsletter No. 4*. Jakarta: EENET Asia, pp. 18-19.

استفاده از طرح‌های سنتی منطبق بر نیازهای کودکان دارای معلولیت، به ایجاد ساختمان‌های قابل دسترس و آشنا برای تمام کودکان جامعه، حتی برای آن‌هایی که مدرسه نرفته‌اند یا کم رفته‌اند کمک می‌کند.

در مدرسه اوبی مونتساری^{۳۹} در مانیل فیلیپین، آموزش بهداشت در خانه سنتی روستایی فیلیپینی انجام می‌شود. محیط سنتی این خانه‌ها باعث کاهش موانع یادگیری و مشارکت همه کودکان، به خصوص کودکان و نوجوانان دارای معلولیت و سایر نیازهای ویژه آموزشی می‌شود. تدریس در چنین محیط‌های سنتی (و آشنایی) باعث شده که کودکان راحت‌تر بتوانند آن‌چه را که در مدرسه یاد می‌گیرند با آن‌چه در خانه تجربه می‌کنند، مرتبط سازند.^{۴۰}

● اصل ۴: اطلاعات قابل دریافت

طراحی باید فارغ از شرایط فضای پیرامون یا توانایی‌های حسی کاربران، به شکلی اثربخش اطلاعات ضروری را به کاربر منتقل کند. ضرورت دارد که کتاب‌های مدرسه هم به شکل چاپ معمولی و هم به صورت بریل موجود باشند. کیفیت چاپ معمولی باید مناسب باشند و رنگ‌ها کنتراست خوبی داشته باشند. حداقل اندازه قلم استفاده شده باید ۱۲ باشد. چنانچه کتاب‌ها با اندازه قلم کوچکتر چاپ شده باشند، باید از آن‌ها نسخه‌های بزرگتر برای کودکانی چاپ شود که بینایی آن‌ها کمتر است.

راهکارها:

- الف. استفاده از اشکال متفاوت (تصویری، کلامی، لمسی) برای ارائه اطلاعات ضروری.
- ب. تأمین کنتراست کافی بین اطلاعات اصلی و پیرامون آن.
- ج. حداکثرسازی خوانا بودن اطلاعات اصلی (قابل فهم کردن آن برای تمام کاربران هم از لحاظ کلام هم از لحاظ طراحی).
- د. تمایز قائل شدن بین اجزا به شکلی قابل توصیف (تا بتوان دستورالعمل ساده‌ای تهیه کرد).
- هـ. مطابقت با دامنه‌ای از تکنیک‌ها یا ابزار استفاده شده توسط افراد دارای محدودیت‌های حسی.

^{۳۹} O. B. Montessori

^{۴۰} Soliven, P. (2008) "Helping People, Help Themselves" in EENET Asia Newsletter No. 5. Jakarta: EENET Asia, pp. 8-9.

من کودکی هیجان انگیزی را در اساکای ژاپن گذراندم و از حمایت کامل معلمان، والدین، داوطلبان محلی و همچنین دوستانم برخوردار بودم. علاقه عمیق، انعطاف و ایمان به تنوع عباراتی هستند که برای توصیف معلمان خود می‌توانم به کار گیرم. گرچه برای اولین بار بود که به یک کودک نابینا تدریس می‌کردند، روش‌های متعددی را برای گنجاندن من در کلاس به کار بستند. آن‌ها خود خط بریل را یاد گرفته بودند و به من نیز تعلیم دادند، زیرا مؤثرترین روش یادگیری برای من همین خط بود. معلم مرجع نیز برای کلاس‌هایی مانند ریاضی، علوم و تربیت بدنی در نظر گرفته شد. به عنوان مثال، معلم مرجع در کلاس ریاضی اشکال و جداول روی تخته سیاه را با استفاده از کاغذ خاص حروف برجسته^{۴۱} توضیح می‌داد. کاغذ خاصی روی تخته سیاه قرار می‌گیرد و خطوط با خودکار مخصوص کشیده می‌شود. داوطلبان محلی با حمایت مالی مقامات مسئول آموزشی محلی کتاب‌های درسی را با خط بریل تولید کردند و چنین محیطی برای من امکان یادگیری اثربخش را فراهم کرد.^{۴۲}

● اصل ۵: کاهش مخاطرات

طراحی باید مخاطرات و عوارض نامطلوب اعمال تصادفی یا غیرعمدی را به حداقل برساند.

راهکارها:

- الف. چیدمان اجزای مختلف برای به حداقل رساندن مخاطرات و خطاها و استفاده از قابل دسترس‌ترین موارد و حذف، ایزوله‌سازی یا عایق بندی موارد خطرناک.
- ب. دادن هشدار خطرات و خطاها.
- ج. تأمین ویژگی‌های کاملاً ایمن.
- د. پیشگیری از اقدامات ناآگاهانه در موارد نیازمند هوشیاری.

دور گل‌ها و بوته‌های حیاط مدرسه ما سنگ‌چین و کاشی‌های تزئینی گذاشته بودند. هنگامی که ما آموزش فراگیر و سازگار با کودک را در مدرسه خود آغاز کردیم، متوجه شدیم که این سنگها شاید باعث آسیب کودکانی شوند که هنگام بازی یا ورزش روی آن‌ها می‌افتند. بنابراین، آن‌ها را برداشتیم و بیشتر از آن‌که مراقب گل‌های حیاط باشیم، به فکر ایمنی کودکان خود هستیم.^{۴۳}

^{۴۱} Raise Writer

^{۴۲} Fukuchi, K. (2008) "How Do We Learn Together? A Practice of Inclusion in Japan," in *EENET Asia Newsletter No. 5*. Jakarta, Indonesia: EENET Asia, pp. 22-23.

^{۴۳} Watterdal / Tahir, p. 2.

● اصل ۶: تلاش کم جسمانی

طراحی باید به شکلی باشد که استفاده اثربخش و راحت را با حداقل خستگی فراهم کند.

راهکارها:

- الف. ایجاد امکان حفظ وضعیت خنثی و معمولی بدنی به کاربران.
- ب. به کارگیری نیروی معقول برای انجام کارها.
- ج. به حداقل رساندن اقدامات تکراری.
- د. به حداقل رساندن تلاش‌های مداوم جسمانی.

رهنمودهای عملی برای قابل دسترس کردن کلاس‌ها^{۴۴}:

- نصب درهایی که به راحتی باز شوند و نیازمند قدرت زیاد نباشند (به تدریج جایگزین درهای قدیمی شوند).
- درهای بدون آستانه باید نصب شوند تا استفاده کنندگان از صندلی چرخدار با مانع مواجه نشوند.
- درها باید برای عبور راحت صندلی‌های چرخدار پهنای کافی داشته باشند.
- رمپ برای استفاده کنندگان از صندلی چرخدار (رمپ‌ها نباید شیب زیادی داشته باشند و مطلوب‌ترین حالت آن است که به ازای هر یک سانتیمتر افزایش در ارتفاع ۱۲ سانتیمتر طول داشته باشند).
- نشانه‌های لمسی برای هشدار به پا باید در مسیر قرار گیرند (زیرا امکان دارد باز شده و به کودکان در حال حرکت در راهرو مخصوصاً آن‌هایی که دچار کم‌بینایی هستند صدمه بزنند).
- کلیدهای برق باید در دسترس کودکان با قد‌های متفاوت باشند.
- برای دسترسی راحت کودکان به خصوص کودکان کم‌بینا یا دارای اختلالات حرکتی پریزهای برق کلاس باید در مکان یکسان و در مطلوب‌ترین حالت در ارتفاع میز (مجاور کلید های برق) نصب شوند.
- درپوش‌های مخصوص باید روی پریزها قرار بگیرد تا از برق‌گرفتگی کودکان ممانعت به عمل آید.
- برای ایجاد محیط‌های قابل دسترس و سازگار با یادگیری باید از رنگ‌های دارای کنتراست استفاده شود.
- برای کاهش صدا باید از پرده دکوراسیون پارچه ای برای دیوارها و سایر مواد صداگیر استفاده کرد.

- برای شناسایی کلاس‌های متفاوت و تسهیل جهت‌یابی کودکان کم‌بینا و همچنین کودکان مبتلا به اختلال رشد باید از نشانه‌های رنگی استفاده کرد که البته این نشانه‌ها باعث پرنشاط شدن فضای مدرسه نیز می‌شوند.
- برای مشخص کردن درها و تسهیل جهت‌یابی کودکان کم‌بینا باید از نشانه‌های بریل یا سایر نمادهای لمسی استفاده کرد.

• اصل ۷: اندازه و فضای مناسب

اندازه و فضای مناسب برای رویکرد، دسترسی، تغییر و استفاده، فارغ از اندازه، وضعیت یا تردد کاربران باید تأمین شود.

راهکارها:

الف. ایجاد خط مشخص برای دیدن اجزای مهم قابل رؤیت برای تمام کاربران نشسته و ایستاده.

ب. تسهیل دسترسی به همه اجزا برای تمام کاربران ایستاده و نشسته.

ج. فراهم کردن اندازه‌های متفاوت در دستگیره‌ها.

د. تأمین فضای کافی برای استفاده از ابزار کمکی یا کمک فردی.

برای نیازمندان به میز و صندلی‌های مخصوص باید فکری کرد. نیازی نیست که این موارد حتماً گرانقیمت باشند. صندلی‌هایی که امکان خواندن و نوشتن راحت را برای کودکان با جثه‌های متفاوت تأمین می‌کنند، براساس الگوهای محلی مانند شکل زیر قابل طراحی هستند^{۴۵}:

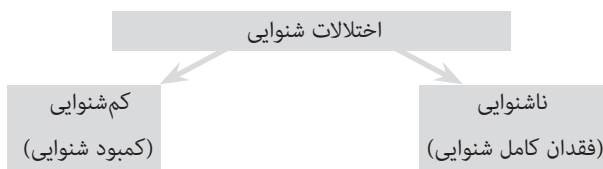


منبع: IDP Norway



اختلالات شنوایی

اختلالات شنوایی عبارت گسترده‌ای است که برای توصیف کمبود یا فقدان کامل شنوایی به کار می‌رود.



تشخیص بهنگام اختلالات شنوایی می‌تواند کار سختی باشد، زیرا همه نوزادان و از جمله نوزادانی که ناشنوا به دنیا می‌آیند از صدای خود استفاده می‌کنند. سر و صداهای آن‌ها اغلب در اثر حالت‌های صورت و بدن و حرکت با سرپرستان آن‌ها همزمان می‌شود.^{۴۶}

بزرگترین چالش فراروی افراد مبتلا به اختلالات شنوایی، دشواری در برقراری ارتباط است زیرا بیشتر مردم با روش‌های کلامی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. حتی معلمان و والدین نیز اغلب فراموش می‌کنند که ارتباط در کنار تولید صدا، شامل حرکت و علائم صورت نیز هست. بنابراین ضرورت دارد که والدین، مراقبان و معلمان با استفاده از تمام اشکال ارتباط، یعنی حرکت، علائم صورت، صدا و کلام به شکلی که به نظر طبیعی می‌آید با کودکان تعامل کنند.

در بریتانیا از هر هزار کودک، یک مورد در سن سه‌سالگی به عنوان عمیقاً ناشنوا تقسیم‌بندی می‌شود.^{۴۷} از هر هزار کودک در ایالات متحده، یک مورد عمیقاً ناشنوا به دنیا می‌آید و دو تا سه نفر از هر هزار کودک نیز با کم‌شنوایی به دنیا می‌آیند.^{۴۸} این اعداد و ارقام احتمالاً در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به دلیل دسترسی نامناسب

^{۴۶} Skjarten / Sletmo, p. 5.

^{۴۷} Royal National Institute for the Deaf. (2008) "Statistics" page on URL: http://www.rnid.org.uk/information_resources/aboutdeafness/statistics/?ciid=214722#baby [4 Jan. 2008].

^{۴۸} American Speech-Language Hearing Association. (n.a.) "Facts on Hearing Loss in Children" page on URL: www.asha.org/NR/rdonlyres/3CDA7F66-0F0C-4BB2-8E57-85D7F7391401/0/HrngLossChldrn.pdf [4 Jan. 2008].

به خدمات کیفی بهداشتی به میزان قابل ملاحظه‌ای بالاترند. در برخی از بخش‌های روستایی پاکستان، تخمین زده می‌شود که از هر دوازده کودک، یک مورد مشکل شنوایی داشته باشد (که بخشی از این مسئله احتمالاً مربوط به ناهنجاری‌های ژنتیک ناشی از ازدواج خویشاوندان نزدیک است)^{۴۹}.

ضرورت مداخلات بهنگام و مناسب

اگر کودکان دارای اختلالات شنوایی به موقع شناسایی نشده و کمک‌های مناسب دریافت نکنند، باید در خلال سال‌های تحصیل (و شاید پس از آن) خدمات اضافی حمایتی (آموزش نیازهای ویژه) فراتر از آنچه لازم بوده به آن‌ها ارائه شود. حتی کودکان دارای کم‌شنوایی ملایم نیز بسیاری از صحبت‌های سر کلاس را از دست می‌دهند، مگر آن‌که معلم به کم‌شنوایی آن‌ها آگاه باشد و در روش تدریس و تعامل خود با آنان تغییراتی ایجاد کند. بسیاری از کودکان دارای اختلالات شنوایی به نادرست انگ مشکلات رفتاری یا مشکلات یادگیری می‌خورند.

ضرورت دارد که معلم نسبت به دشواری یادگیری زبان (حتی زبان اشاره) برای کودکان مبتلا به کم‌شنوایی عمیق واقف باشد مگر آن‌که این کودکان به برنامه‌های مداخلات بهنگام، معلمان زبان اشاره و تدریس خصوصی (در بهترین حالت توسط کودک دیگری که دچار کم‌شنوایی عمیق یا شدید بوده اما مهارت‌های خوب زبان اشاره دارد) دسترسی داشته باشند.

اشکال و روش‌های ارتباط

افراد دارای اختلال شنوایی از امکانات شفاهی یا دستی ارتباط یا ترکیبی از هر دو استفاده می‌کنند. ارتباط شفاهی شامل گفتار (ارتباط صوتی)، لب‌خوانی و استفاده از توان باقیمانده شنوایی است، درحالی‌که ارتباط دستی شامل زبان اشاره و هجی انگشتی^{۵۰} و ترکیبی از ارتباط شفاهی و دستی است.

^{۴۹} Elahi, M.M.; Elahi, F.; Elahi, A.; and Elahi, S.B. (1998) "Paediatric Hearing Loss in Rural Pakistan," study conducted for the Department of Otolaryngology, McGill University Teaching Hospitals, Montreal.

^{۵۰} fingerspelling

زبان اشاره و هجی انگشتی (ارتباط دستی)

زبان اشاره اولین زبان برای کودکان عمیقاً ناشنوا و همچنین بسیاری از کودکان مبتلا به کم‌شنوایی متوسط تا شدید و شدید است. از این واقعیت که حرکت اولین روش ارتباط برای اکثر کودکان است، اغلب غفلت می‌شود.

هر زبان باید زبان اشاره خود را داشته باشد و در هر زبان نیز گویش‌های مختلف زبان اشاره وجود دارد (به مثال مصور مربوط به گویش یوگ یا کارت‌های اندونزی در صفحات بعدی مراجعه کنید).

دستور زبان و ساختار جملات زبان‌های اشاره با زبان‌های گفتاری متفاوتند و قوانین خاص آواشناسی، واژه‌شناسی، صرف و نحو و مسائل فرازبانی (پراگماتیک)^{۵۱} دارند. مثال زیر مربوط به زبان اشاره آمریکایی است:

- زبان اشاره آمریکایی نظام دستوری خود را دارد که مجزا از نظام دستوری زبان انگلیسی گفتاری آمریکایی است. به طور کلی، جملات زبان اشاره آمریکایی دارای چیدمان موضوع و اظهارنظر است. هنگام بحث در مورد رویدادهای گذشته و آینده، چارچوب زمانی پیش از بقیه جمله مطرح می‌شود که از طریق آن ساختار زمان، موضوع و اظهارنظر مشخص می‌شود. به عنوان نمونه، جمله «Last week I washed my bicycle» (ترتیب کلمات جمله در انگلیسی گفتاری آمریکایی) در زبان اشاره آمریکایی تبدیل می‌شود به «week-past^{۵۲} 'me' wash my bicycle».

تفاوت بسیار زیاد ساختار جمله و دستور زبان برای زبان اشاره با زبان گفتاری و نوشتاری بر توانایی کودکان مبتلا به کم‌شنوایی عمیق و شدید (و آن‌هایی که برای ارتباط متکی به زبان اشاره‌اند) بر یادگیری خواندن و نوشتن با سرعت مشابه سایر کودکان اثرگذار است.

۵۱ pragmatics

۵۲ American Sign Language University. (2008) "American Sign Language: Grammar" page on URL: <http://www.lifeprint.com/asl101/pages-layout/grammar.htm> [5 Jan. 2008].

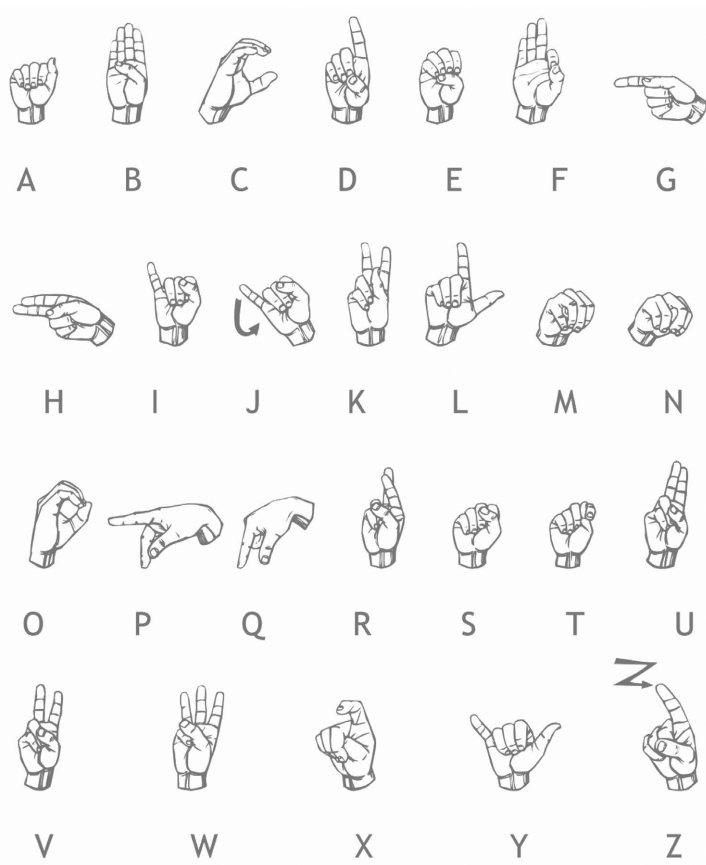
هجی انگشتی

تمام حروف الفبای انگلیسی را می‌توان با استفاده از یک یا دو دست هجی کرد. الفبای دستی یا هجی انگشتی برای هجی اسامی افراد یا اماکنی که معادل‌های اشاره‌ای ندارند، به‌کار برده می‌شود. هجی انگشتی هم الفبای یک‌دستی و هم الفبای دودستی دارد. این مسئله در زبان‌هایی که به جای حروف از کارکتر استفاده می‌کنند متفاوت است. به عنوان مثال، در زبان اشاره ژاپنی، هجی انگشتی در مکالمات معمول خیلی کاربرد ندارد. مجموعه استاندارد شده‌ای از علائم کنجی^{۵۳} برای نام افراد و اماکن موجود است که با استفاده از آن‌ها کاربران زبان اشاره، نام خود را با استفاده از کاراکترهای چینی در شکل اشاره هجی می‌کنند.^{۵۴}

^{۵۳} Kanji

^{۵۴} Nakamura, K. (2002) "About Japanese Sign Language" page on URL: <http://www.deaflibrary.org/jsl.html> [8 Apr. 2008].

الفبای انگلیسی یک‌دستی هجی انگشتی^{۵۵}

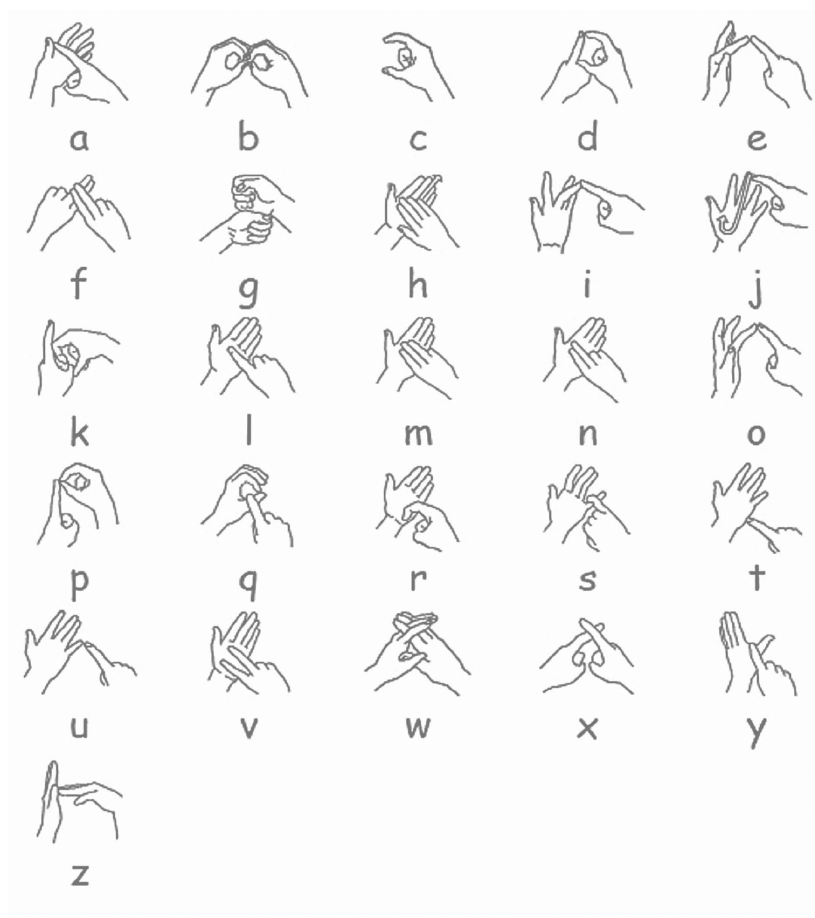


منبع: IDP Norway

^{۵۵} Indonesian Ministry of National Education. (2000) "Sistem Isyarat Bahasa Indonesia (Indonesian Sign Language)". Jakarta: Departmen Pendidikan Nasional (*Ministry of National Education*), p. xxxi.

نقطه نظر نویسنده: الفبای انگلیسی هجی انگشتی از وزارت ملی آموزش و پرورش اندونزی اقتباس گشته و هم اکنون بخشی از زبان اشاره ملی اندونزی است.

الفبای دو دستی هجی انگشتی^{۵۶}



منبع: IDP Norway

^{۵۶} Waterfall Rainbows. (2008) "Fingerspelling" page on URL: <http://www.british-sign.co.uk/fingerspelling.php> [14 Apr. 2008].

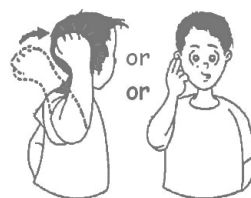
زبان اشاره - چند نمونه^{۵۷}

نشانه «مادر» در زبان اشاره آمریکایی گذاشتن نوک شست دست راست روی چانه و با باز نگاه داشتن دست و پنج انگشت است.



© 2006, www.Lifeprint.com

در گویش یوگیاکارتهای زبان اشاره اندونزیایی باهازا^{۵۸} دو نشانه برای «مادر» وجود دارد. نشانه اول با حرکت مشت بسته به سمت پشت سر (به همان شکلی که زنان به صورت سنتی موی خود را جمع می‌کنند) و نشانه دوم با قرار دادن دو انگشت روی گونه راست کنار گوش ایجاد می‌شود.



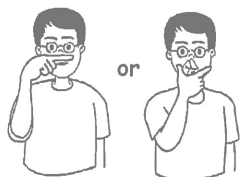
© Matahariku

نشانه «پدر» در زبان اشاره آمریکایی با گذاشتن نوک شست دست راست بر روی پیشانی ایجاد می‌شود. دست باید باز باشد. بعضی از افراد انگشتان خود را حین ایجاد نشانه‌های مادر و پدر کمی خم می‌کنند اما نیازی به این کار نیست.



© 2006, www.Lifeprint.com

برای «پدر» در گویش یوگیاکارتای زبان اشاره اندونزیایی باهازا دو نشانه موجود است. اولی از طریق قرار دادن انگشت اشاره دست راست به صورت افقی زیر بینی به وجود آمده و دومی با حرکت دادن شست و انگشت اشاره از پایین بینی تا کنار دهان ایجاد می‌شوند. هر دو اشاره نمایانگر سیبل هستند.



© Matahariku

^{۵۷} American Sign Language University. (2008) "American Sign Language: Grammar" page on URL: <http://www.lifeprint.com/asl101/pages-signs/m/momdad.htm> [5 Jan.

Matahariku. (2004) "Jogjakarta Sign Language - 2nd Edition". Jogjakarta: Matakhariku, p. 61. 2008].

^{۵۸} Yogyakarta dialect of Bahasa Indonesia Sign Language

گفتار (ارتباط شفاهی)

کودکان مبتلا به اختلال شنوایی کم، متوسط و متوسط تا شدید، بیش از پیش گفتار را به عنوان زبان اول استفاده می‌کنند و کودکان مبتلا به اختلال شنوایی شدید و عمیق آن را به عنوان زبان دوم (البته اگر بتوانند) به کار می‌برند. کودکان دارای اختلال شنوایی را نباید مجبور کرد حرف زدن را یاد بگیرند. در بسیاری از مدارس، کودکان ناشنوا ساعت‌های متمادی برای یادگیری حرف زدن (و ترانه خواندن) صرف می‌کنند، درحالی‌که به سایر موضوعات درسی توجه و تمرکز کمتری می‌شوند. این روند خود نه به حذف، بلکه به ایجاد موانع یادگیری، رشد و مشارکت برای کودکان مربوطه منجر می‌شود. بنابراین این رویکرد دیگر قابل قبول در نظر گرفته نمی‌شود. باید به خاطر داشت که کودکی که توان خوب شنیدن ندارد نمی‌تواند واضح سخن بگوید، زیرا توان شنیدن و تقلید کلامی را که سایرین می‌گویند، ندارد.

لب‌خوانی

لب‌خوانی عبارت است از «دیدن صدای گفتار»: حرکات لب‌ها و زبان. علائم صورت و زبان بدن نیز به لب‌خوانی کمک می‌کنند. یادگیری لب‌خوانی برای کودک، مخصوصاً کودکی که هرگز نشنیده دشوار است. چنانچه کودک تا حدودی شنوایی داشته باشد و از علائم در کنار الفاظ استفاده می‌کند، بهتر می‌تواند لب‌خوانی را فرا گیرد. بسیاری از واژه‌ها را نمی‌توان دقیق شنید و استفاده از نشانه‌ها و لب‌خوانی به کودک کمک می‌کند تا متوجه چیزی شود که گفته می‌شود.

کم‌شنوایی

صدا را با بلندی یا شدت (که با واحدی به نام دسی‌بل اندازه‌گیری می‌شود) و فرکانس آن (که با واحدی به نام هرتس اندازه‌گیری می‌شود) می‌سنجند. اختلالات شنوایی یا فقط در یک گوش یا در هر دو گوش رخ می‌دهند. کم‌شنوایی اغلب کم، متوسط، متوسط تا شدید، شدید یا عمیق، بسته به توان فرد در شنیدن شدت یا فرکانس مرتبط با گفتار طبقه‌بندی می‌شود.

کودکان دارای کم‌شنوایی بیش از ۹۰ دسی‌بل عموماً ناشنوا قلمداد می‌شوند.

درجه کم‌شنوایی و اثرات بالقوه^{۵۹}

اثرات بالقوه کم‌شنوایی بستگی به عوامل متعددی بستگی دارد از جمله درجه کم‌شنوایی (ذیل) و البته شناسایی بهنگام، خدمات مداخله بهنگام، فعالیت والدین و معلم و همچنین زمان رخداد کم‌شنوایی، یعنی پیش یا پس از یادگیری ارتباط پایه یا پس از یادگیری زبان.

کاشت حلزون

کاشت حلزون بر آموزش بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال شنوایی در آینده اثرگذار است. در بسیاری از کشورهای دنیا از جمله تعداد زیادی از کشورهای در حال توسعه این روند هم‌اکنون مرسوم است. در گذشته کاشت حلزون گرانیقیمت بود اما پس از اولین کاشت حلزون بومی در هندوستان در ۲۰۰۵ (۱۳۸۴)^{۶۰}، انتظار می‌رود تعداد بیشتری از افراد مبتلا به اختلال شنوایی در سرتاسر جهان توان خرید این فناوری جدید و نوآور را داشته باشند.

کاشت حلزون که طی آن با جراحی دستگاهی الکترونیک در گوش قرار می‌گیرد، به فردی که یا عمیقاً ناشنوا یا به‌شدت کم‌شنواست حس درک صدا را می‌دهد و در نتیجه برخی از کودکان که هرگز صدایی را نشنیده‌اند، می‌توانند شنیدن را تجربه کنند. این کودکان نیازمند گفتاردرمانی و مشاوره هستند. بسیاری از کودکان (و بزرگسالان) به ماه‌ها و سال‌ها برای عادت کردن به صدا نیاز دارند، زیرا برخی از صداها می‌توانند آرمش آن‌ها را به‌هم بزنند.

کاشت حلزون از زمان تصویب آن برای تست در سال ۱۹۸۵ (۱۳۶۴) مناقشاتی را میان دست‌اندرکاران کلیدی، به‌خصوص جامعه ناشنوایان ایجاد کرده است. آیا کاشت حلزون تهدیدی جدی برای فرهنگ ناشنوایان است؟ آیا افراد با کاشت حلزون می‌توانند به عنوان اعضای جهان شنوایان به‌درستی به‌کار خود بپردازند؟ آیا نتایج به‌دست آمده هزینه جراحی و درمان را توجیه می‌کنند؟ علیرغم مناقشات موجود، تخمین زده می‌شود که بیش از ۸ هزار کودک در سرتاسر جهان کاشت حلزون انجام داده باشند که تعداد این‌گونه کودکان در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است.^{۶۱}

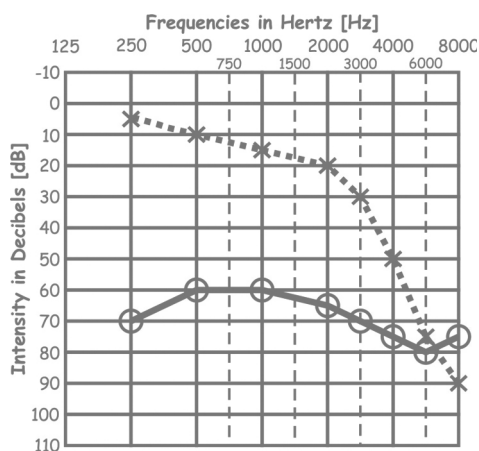
^{۵۹} Hands & Voices. (2005) "Description of Degree of Hearing Loss Versus Potential Effects" page on URL http://www.handsandvoices.org/resources/coGuide/05_Lossvs-effect.htm [11 Jan. 2008].

^{۶۰} The Hindu Online. (2005) "Indigenous Cochlear Implant to Hit the Market Soon" page on URL <http://www.hindu.com/2005/11/25/stories/2005112502220900.htm> [2 Aug. 2008].

^{۶۱} Public Broadcasting Services. (2008) "Cochlear Implants" page on URL <http://www.pbs.org/wnet/soundandfury/cochlear/index.html> [9 Jan. 2008].

اثرات کم‌شنوایی بستگی به شدت (دسی‌بل) مورد نیاز برای شنیدن صداهای دارای فرکانس‌های (هرتس) متفاوت دارد. برخی از کودکان مبتلا به اختلال شنوایی به همان شدت (بلندی) برای شنیدن صداهای دارای فرکانس‌های متفاوت نیاز دارند. شنیدن صداهای با فرکانس کم و بالا شاید به یک اندازه دشوار باشد. سایر کودکان با اختلال شنوایی می‌توانند صداهای با فرکانس پایین را بدون هرگونه مشکل (شنیدن معمولی) بشنوند، اما صداهای با فرکانس بالا را اصلاً نشنوند (کم‌شنوایی عمیق). مهم‌ترین فرکانس برای گفتار بین ۵۰۰ تا ۳۰۰۰ هرتس است که البته شاید این دامنه میان افراد مختلف تفاوت زیادی داشته باشد، زیرا واج‌های^{۶۲} مختلف در زبان‌های مختلف فرکانس‌های متفاوتی دارند.

دستگاه شنوایی‌سنجی نتایج تست شنوایی را ضبط می‌کند (مراجعه کنید به مثال ذیر). خطوط عمودی در این شکل بیانگر فرکانس است و خطوط افقی نمایانگر بلندی یا شدت.



منبع: IDP Norway

نمودار بالا شنوایی فرد نرمال را در فرکانس‌های پایین نشان می‌دهد. حرکت به سمت کم‌شنوایی شدید فرکانس بالا در گوش چپ (X) و کم‌شنوایی متوسط تا شدید در گوش راست (O) را نشان می‌دهد. حروف X نشانگر آستانه‌های گوش چپ و حروف O نشانگر آستانه‌های گوش راست هستند.

- **کم، ۱۶ الی ۳۵ دسی بل:** کودک شاید در شنیدن صداهای خفیف یا دور مشکل داشته باشد و در صورت فاصله داشتن گوینده بیش از یک متر یا در محیط‌های پرسروصدا، تا ۱۰ درصد علائم گفتاری را از دست بدهد. احتمال دارد که کودک دشواری‌هایی را در ارتباط و همچنین در محیط‌های آموزش عمومی تجربه کند. نیاز به سمعک و مداخله را باید مدنظر قرار داد.

- **متوسط، ۳۶ الی ۵۰ دسی بل:** کودک در فاصله یک تا دو متر زبان مکالمه را متوجه می‌شود. افزایش صدا (از طریق سمعک) کودک را قادر می‌کند صداها را بشنود و تمیز دهد. بدون سمعک کودک شاید بین ۵۰ تا ۱۰۰ درصد علائم گفتاری را از دست بدهد.

- **متوسط تا شدید، ۵۱ الی ۷۰ دسی بل:** مکالمه باید خیلی واضح و بلند باشد تا شنیده شود. افت شنوایی ۵۵ دسی بلی بدین معناست که ۱۰۰ درصد علائم گفتاری شنیده نشده‌اند. کودک در شرایطی که نیازمند ارتباط کلامی (مخصوصاً در گروه‌های بزرگتر) از جمله کلاس و زمین بازی است، احتمالاً دچار مشکل می‌شود. شکل‌گیری زبان گفتاری توأم با تأخیر است و توان درک گفتار بدون مداخله و افزایش صدا کاهش پیدا می‌کند.

- **شدید، ۷۱ الی ۹۰ دسی بل:** اگر کم‌شنوایی پیش از شکل‌گیری زبان باشد، زبان گفتاری شاید به خودی خود شکل نگیرد و دچار تأخیرات جدی شود، مگر آن‌که مداخله صورت گیرد. با افزایش بهینه (سمعک)، کودک باید بتواند صداهای گفتار را ردیابی و صداهای محیطی را شناسایی کند. بدون افزایش، کودک صداهای بلند حدود ۳۰ سانتیمتری گوش خود را می‌شنود و احتمالاً برای ارتباط فقط بر حس بینایی خود، زبان اشاره و لب‌خوانی یا ترکیبی از هر دو (ارتباط کامل) متکی خواهد بود.

- **عمیق، ۹۱ دسی بل یا بیشتر:** کودک بیشتر نسبت به ارتعاشات آگاه است تا اشکال صوتی. بسیاری از کودکان به جای شنوایی کاملاً بر بینایی خود برای ارتباط و یادگیری اتکا می‌کنند و از زبان

اشاره (احتمالاً در ترکیب با لب‌خوانی) استفاده انحصاری خواهند کرد. گفتار و زبان شفاهی به صورت خودجوش بدون مداخله و تغییر شکل نخواهد گرفت. توان فهمیدن گفتار اغلب بسیار کاهش می‌یابد و کیفیت صدای بدون نواخت محتمل است. توان باقیمانده شنوایی را می‌توان با افزایش (سمعک) بهبود بخشید. کاشت حلزون به برخی از کودکان مبتلا به کم‌شنوایی عمیق می‌تواند کمک کند، اگرچه کاربرد این روش میان افراد ناشنوا محل مناقشه بسیار است.

- کم‌شنوایی یک‌جانبه یا کم‌شنوایی فقط در یک گوش: کودک شاید در معرض مخاطره گفتار و زبان باشد یا سایر موانع یادگیری را تجربه کند. کودکان مبتلا به کم‌شنوایی یک‌جانبه شاید در شنیدن مکالمات در سمت دچار اختلال خود دچار مشکل شوند و در تشخیص محل صدا و فهم کلام در محیط‌های پرسروصدا به دشواری بیفتند. برخی از کودکان با موانع محدود یادگیری، رشد و مشارکت مواجه می‌شوند، درحالی‌که سایرین بیشتر تحت تأثیر این مسئله قرار می‌گیرند. در مورد این‌که چرا برخی از کودکان تحت تأثیر قرار می‌گیرند اما سایرین نه، اطلاعات کمی داریم^{۶۳}. چنانچه کم‌شنوایی کامل باشد، اصطلاحاً آن را ناشنوایی یک‌طرفه اتلاق می‌کنند.

حذف موانع یادگیری، رشد و مشارکت مرتبط با اختلال شنوایی

ناشنوایی یا کم‌شنوایی ناقص بر ظرفیت یا توانایی فرد در یادگیری تأثیر می‌گذارد. البته کودکانی که یا کم‌شنوا یا ناشنوا هستند، عموماً به نوعی از خدمات آموزش ویژه که در شرایط فراگیر ارائه می‌شوند نیاز دارند تا بتوانند آموزش کافی دریافت کنند. چنین خدماتی شاید شامل موارد زیر باشند^{۶۴}:

گروه پژوهشی دانشگاه کالوادو بولدر در آمریکا هم اکنون مشغول جمع آوری اطلاعات در خصوص رشد کودکان مبتلا به کم‌شنوایی یک‌جانبه است.

۶۳ National Dissemination Center for Children with Disabilities. (2004) "Disability Fact Sheet — No. 3" page on Washington: National Dissemination Center for Children with Disabilities URL: <http://www.nichcy.org/pubs/factshe/fs3.pdf> [4Jan. 2008].

- مداخله بهنگام
- آموزش زبان اشاره
- آموزش گفتار، زبان و شنوایی توسط متخصص
- ابزار افزایش صدا: شامل سمعک
- خدمات مترجم برای دانش‌آموزانی که از زبان اشاره به عنوان زبان اول خود استفاده می‌کنند
- چیدمان مناسب در کلاس برای تسهیل لب‌خوانی
- فیلم‌های زیرنویس‌دار
- آموزش برای معلمان، والدین و همتایان در خصوص روش‌های متفاوت ارتباط، مانند زبان اشاره
- استفاده آگاهانه و منسجم از اشکال ارتباطی (مانند زبان اشاره، هجی انگشتی و گفتار با اشاره) یا افزایش بلندی صدا و آموزش شنوایی-گفتاری.
- راهنمایی و مشاوره. برای بسیاری از کودکان دست و پنجه نرم کردن با انزوا و به حاشیه رانده شدن اجتماعی، که اغلب اختلال شنوایی به آن منجر می‌شود، دشوار است، مگر آن‌که دوستان دارای اختلال شنوایی یا دوستانی داشته باشند که با زبان اشاره آشنا هستند.

رهنمودهای عملی برای آموزش کودکان مبتلا به اختلالات شنوایی^{۶۵}

- ساماندهی کلاس به گونه‌ای که همه کودکان به شکل نیم‌دایره نشسته باشند که این چیدمان باعث می‌شود آن‌ها همدیگر را ببینند، بنابراین کودکان مبتلا به اختلال شنوایی راحت‌تر می‌توانند از زبان اشاره استفاده کنند، لب‌خوانی کنند و علائم و اشارات بصری را دریابند. آن‌ها از این طریق می‌توانند در گفت‌وگوها و فعالیت‌های کلاسی مشارکت بیشتری داشته باشند.
- برای ارائه دستورالعمل فعالیت‌ها باید چند دقیقه روبه‌روی این افراد ماند و وقت صرف کرد، زیرا موقعیت‌های گروهی می‌تواند برای کودکان مبتلا به اختلال شنوایی چالش‌برانگیز باشند.
- هنگام صحبت با کودک مبتلا به اختلال شنوایی باید به او نگاه کرد.
- باید شمرده و واضح اما نه خیلی بلند صحبت کرد.
- باید از جملات کوتاه، ساده و مشخص استفاده کرد.
- در به‌کارگیری زبان باید منسجم بود.
- باید از علائم و اشارات مشخص استفاده کرد.
- در صورت نبود امکان استفاده از زبان رسمی اشاره، باید از علائم طبیعی (به عنوان مثال، برای نشان دادن خستگی، خواب، خوردن یا آشامیدن) استفاده کرد.
- از کودک (در صورتی که توان استفاده از زبان شفاهی دارد) می‌توان تقاضا کرد که آنچه را فهمیده تکرار کند.

^{۶۵} German Association of the Deaf. (2008) "Was ist Gehörlos? - Tipps für die Verständigung" (*What is Hearing Impairment? Practical Ideas for Communication*) page on URL http://www.gehoerlosen-bund.de/gebaerdensprache/gl_tipps.htm [5 Jan. 2008].

Sletmo, E. (2004) *Teaching Children with Hearing Impairment in Inclusive Settings*. Jakarta: University of Oslo and Braillo Norway, p. 7.

- کلیدواژه‌های اطلاعات ارائه شده در کلاس را باید نوشت و در پایان روز به کودک ارائه کرد.
- در خصوص تدریس و تشویق کودک به استفاده از توان باقیمانده شنوایی خود تا بیشترین میزان ممکن، باید با متخصص شنوایی‌سنجی (در صورت وجود) همکاری کرد، حتی اگر کودک ترجیح بدهد از شکل ارتباطی زبان اشاره (ارتباط دستی) استفاده کند.
- تمام صداها و غیرضروری را باید کاهش داد، زیرا منابع متعدد صدا امکان استفاده کودک از توان باقیمانده شنوایی خود را دشوار می‌کنند. این مسئله همچنین در صورت استفاده کودک از سمعک (افزایش بلندی صدا) اهمیت دارد.
- چنانچه برخی از کلاس‌ها در مدرسه شلوغ‌تر از بقیه باشند (نزدیک خیابان‌های شلوغ، راه آهن، فرودگاه یا کارخانجات)، مدرسه باید منعطف باشد و کلاس دانش‌آموزان مبتلا به اختلال شنوایی (و همچنین کلاس‌های کودکان مبتلا به اختلالات بینایی یا سایر معلولیت‌ها) را به کلاس‌های آرام‌تر منتقل کند.
- در زمینه زمان‌بندی باید انعطاف به خرج داد، زیرا اکثر کودکان دارای اختلال شنوایی (هم ناشنوایان و هم کم‌شنوایان) برای فهم هر آنچه در کلاس رخ می‌دهد مشکل دارند.
- در سنجش نگارش کودکانی که بیشتر از زبان اشاره برای ارتباط بهره می‌برند، به جای نکات دستوری بیشتر باید بر محتوا تمرکز داشت. از آن‌جا که دستور زبان اشاره با دستور زبان نوشتاری بسیار متفاوت است، این کودکان در واقع نگارش را به زبان دوم انجام می‌دهند.

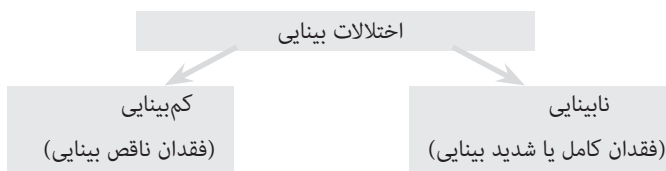
موارد زیر را باید در نظر گرفت:

- موی صورت: سبیل و ریش (مربوط به معلمان) امکان دارد بر توان کودکان مبتلا به اختلال شنوایی در فرایند لب‌خوانی و درک حرکات صورت اثرگذار باشد.
- پوشش صورت: پوشش چشم‌ها، ابروها، بینی، دهان و گونه‌ها (مربوط به معلمان و دانش‌آموزان) بر توانایی کودکان مبتلا به اختلال شنوایی در لب‌خوانی و فهم علائم و اشارات اثر می‌گذارد.
- والدین اکثر کودکان ناشنوا (دارای کم‌شنوایی عمیق) شنوا هستند. بنابراین، مدرسه باید تلاش کند برای والدین نیز در خانه آموزش‌هایی را در ارتباط با اثرات ناشنوایی ارائه کند.
- کودک ناشنوا شاید بیش از سایر کودکان برای یادگیری زمان نیاز دارد، زیرا باید خواندن و نوشتن را به زبانی دیگر که خیلی با زبان اول او متفاوت است، فراگیرد.
- کودک کم‌شنوا شاید نسبت به سایر کودکان زمان بیشتری نیاز داشته باشد، زیرا همواره نمی‌تواند صدای معلم و بچه‌ها را بشنود. بنابراین بسیاری از اطلاعات ارائه شده در کلاس را از دست می‌دهد.



اختلال بینایی

اختلال بینایی عبارت گسترده‌ای است که برای توصیف کم‌بینایی کامل یا ناقص به کار می‌رود.



بزرگ‌ترین چالش‌های در معرض کودکان مبتلا به اختلالات بینایی عبارتند از مشکل در تردد (حرکت کردن مستقل)، مشکل در درک و به کارگیری ارتباط غیرکلامی (علائم صورت و زبان بدن) و دشواری در زبان نوشتاری (زیرا اکثر همتایان آن‌ها مطالب چاپ شده را می‌خوانند).

اثرات کم‌بینایی به تعداد زیادی از عوامل از جمله موارد زیر بستگی دارند: شدت کم‌بینایی (نابینایی در برابر کم‌بینایی) و همچنین شناسایی بهنگام (زمان شناسایی کم‌بینایی)، خدمات مداخله بهنگام (زمان آغاز حمایت از کودک) کمک‌های والدین و معلم و همچنین زمان وقوع کم‌بینایی پیش یا قبل از یادگیری ارتباط پایه یا شکل‌گیری زبان و تشخیص بصری.

اذعان به این نکته مهم است که کودکانی که نابینا (و یا با بینایی کم) متولد می‌شوند یا بینایی خود را در سن بسیار کم از دست می‌دهند، نسبت به کودکانی که بخش یا تمام بینایی خود را بعداً از دست می‌دهند، نیازهای متفاوتی دارند و با موانع مختلفی مواجه می‌شوند.

مشکل جدی نابینایی از دست دادن توان دیدن با چشم نیست. بلکه مشکل جدی فهم نادرست و نبود اطلاعات موجود است. چنانچه فرد نابینایی از فرصت و آموزش درست برخوردار باشد، نابینایی را می‌توان به یک مشکل نه‌چندان دشوار جسمانی تقلیل داد.^{۶۶}

نابینایی: فرد نابینا دارای درجه کامل یا بالای فقدان بینایی است. حدود ۱۸ درصد از نابینایان کاملاً نابینا هستند و ۸۲ درصد باقیمانده می‌توانند نور را از تاریکی تشخیص دهند.^{۶۷}

کم‌بینایی: فقدان غیرکامل بینایی که نتوان با ابزار معمول بینایی (عینک طبی یا لنزهای طبی) اصلاح کرد، به اختلال بینایی تحت عنوان کم‌بینایی منجر می‌شود. فرد مبتلا به کم‌بینایی دچار یک یا تمام سه حالت زیر است: کاهش شدید حدت بینایی، کاهش شدید میدان دید، حساسیت به کنتراست. تعریف سازمان جهانی بهداشت برای کم‌بینایی عبارت است از حدت بینایی کمتر از ۶/۱۸ و مساوی یا بزرگتر از ۳/۶۰ در چشم بهتر با بیشترین اصلاح.

عوامل اختلال بینایی^{۶۸}

- **زالی یا آلبینیسم^{۶۹}:** افراد مبتلا به آلبینیسم با رنگ کم یا بدون رنگ (یا رنگدانه) در چشم‌ها، مو و پوست خود به دنیا می‌آیند. آن‌ها پوست کم‌رنگ و موی بور کم‌رنگ دارند (حتی اگر این امر میان گروه قومیت آن‌ها رایج نباشد). آلبینیسم بر بینایی این افراد تأثیر می‌گذارد.
- **آب مروارید:** این مسئله عبارت است از گرفتگی اطراف لنز چشم که عبور نور را مشکل می‌سازد. اگرچه اکثر موارد آب مروارید مربوط به فرایند سالمندی است، اما کودکان زیادی با آب مروارید به دنیا

^{۶۶} National Federation of the Blind. (2007) "NFB Homepage" on URL <http://www.nfb.org/nfb/Default.asp> [12 Dec. 2008]

^{۶۷} BBC. (2007) "What is the Definition of Blindness" page on URL: <http://www.bbc.co.uk/health/conditions/blindness1.shtml> . [10 Oct. 2008]

^{۶۸} World Health Organization. (2008) "Priority Eye Diseases" page on URL <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index.html> [11 Jan. 2008].

Lighthouse International. (2008) "Eye Disorders" page on URL <http://www.lighthouse.org/medical/eye-disorders> [05 Jan. 2008].

Royal National Institute for the Blind. (2008) "Eye Conditions" page on URL http://www.sortit.org.uk/eyecond_astigmatism.htm [11 Jan. 2008].

All About Vision. (2007) "Retinitis Pigmentosa" page on URL <http://www.allaboutvision.com/conditions/retinapigment.htm> [04 Aug. 2008]

^{۶۹} albinism

می‌آیند یا این وضعیت امکان دارد پس از جراحی و التهاب چشمی و سایر بیماری‌های چشم پدیدار شود. آب مروارید کودکی در بسیاری از نقاط جهان رایج است. در برخی موارد، این بیماری به شکل ارشی در خانواده منتقل می‌شود. در صورت بروز این پدیده، چشمان کودک شاید از اندازه معمول کمی کوچکتر باشد. عفونت‌های دوران بارداری نیز می‌توانند به آب مروارید بینجامند.

بیماری‌های چشمی مرتبط با دیابت: این بیماری‌ها جزو عوامل اصلی اختلالات بینایی در بسیاری از کشورها هستند. دیابت می‌تواند به بیماری‌هایی از جمله رتینوآتی دیابتی^{۷۰} (رایج‌ترین اختلال چشمی مرتبط با دیابت)، گلوکوما و آب مروارید منجر شود.

گلوکوما^{۷۱}: این بیماری در صورت آسیب به عصب بینایی رخ می‌دهد. این عصب اطلاعات را از مناطق حساس به نور چشم یا شبکیه مستقیم به مغز می‌رساند. چشم به میزان خاصی فشار نیاز دارد تا شکل خود را حفظ کند و بتواند درست کار کند و سالم بماند. در صورت بیش از حد بودن فشار، کودک شاید در اثر نور درخشان یا آفتاب دچار ناراحتی شود (نورگریزی)^{۷۲} و چشمانش کمی بزرگ‌تر از حد معمول شوند. در چنین کودکانی، احتمال لوچی یا تبلی یک چشم یا همچنین ریزش اشک بیش از حد نیز افزایش می‌یابد.

کوری رودخانه یا انکوسرکیازیس^{۷۳}: این بیماری از حشرات ساکن بسیاری از مناطق رودخانه‌ای به انسان منتقل می‌شود. زخم‌های چشمی در تمام بافت‌های داخلی چشم و در جاهایی رخ می‌دهد که التهاب، خونریزی و سایر ناهنجاری‌هایی را به وجود می‌آورد که در نهایت به کوری منجر می‌شوند. ۹۹ درصد افراد مبتلا در آفریقا به سر می‌برند، یک درصد باقیمانده در یمن، مکزیک، گواتمالا، اکوادور، کلمبیا، ونزوئلا و برزیل هستند.

۷۰ Diabetic retinopathy

۷۱ Glaucoma

۷۲ Photophobia

۷۳ River Blindness or Onchocerciasis

- **خطاهای انکساری:** این موارد شامل نزدیک‌بینی و دوربینی توأم یا بدون آستیگماتیسم (تصور خط مستقیم فقط در یک جهت به شکلی مشخص) است.
- **رتینیت پیگمنتوزا یا تباهی شبکیه^{۷۴}:** به گروهی از بیماری‌های وراثتی شبکیه اطلاق می‌شود. اولین علائم این ناهنجاری‌ها اغلب در ابتدای کودکی و اغلب در هر دو چشم رخ می‌دهند. دید شب معمولاً کاهش می‌یابد و میدان دید کمتر می‌شود. در مراحل بعدی، فقط بخش کوچکی از دید مرکزی و دید حاشیه‌ای باقی می‌ماند. این اختلال یکی از رایج‌ترین بیماری‌های چشمی در کشورها و میان اقوامی است که ازدواج درون‌فامیلی در آن‌ها رواج دارد.
- **طب تراخم یا تراکوم^{۷۵}:** عامل این بیماری میکروارگانیسمی است که از طریق تماس با ترشحات چشم فرد بیمار (از طریق حوله، دستمال، انگشت و غیره) و انتقال از حشراتی که روی چشم می‌نشینند، به وجود می‌آید. پس از چند سال عفونت مکرر، درون پلک به شدت زخم می‌شود، تا حدی که پلک به سمت داخل برمی‌گردد و مژه‌ها روی کره چشم کشیده می‌شوند. این امر خود می‌تواند قرنیه را زخم کرده و به نابینایی منجر شود.

اندازه نشانه‌ها در صفحه بعدی تقریباً دقیق است و می‌توان از آن‌ها برای سنجش بینایی کودکان در کلاس استفاده کرد تا متوجه کاهش بینایی در آن‌ها شویم.

این آزمون فقط یکی از انواع آزمون‌هایی است که باید برای تعیین بینایی کارکردی و باقیمانده فرد انجام شوند. میدان دید نیز باید سنجیده شود، زیرا میزان استفاده از بینایی باقیمانده فرد را تعیین می‌کند.

در ۱۹۹۲ (۱۳۷۱)، سازمان جهانی بهداشت تعریف جدیدی از کم‌بینایی را به صورت زیر ارائه کرد: اختلال در کارکرد بینایی حتی بعد از درمان یا اصلاح انکساری استاندارد، در صورتی که حدت بینایی نسبت به حس نور کمتر از ۶/۱۸ باشد یا میدان بینایی کمتر از ۱۰ درجه از نقطه استقرار باشد، اما بینایی برای برنامه‌ریزی یا اجرای کاری که بینایی برای آن ضرورت دارد استفاده می‌شود.

آزمون حدت فاصله بینایی

عدد اول (۶) فاصله استفاده شده برای سنجش است (۶ متر). عدد دوم (۱۸) اندازه نشانه است. اگر این نشانه‌ها (حرف E) از فاصله ۶ متری با اصلاح مناسب (عینک طبی) دیده شوند، فرد تحت سنجش دارای بینایی عادی است. اما در غیر این صورت، دچار کم‌بینایی است.



۶/۱۸

چنانچه این علامت (E) در ۶/۶۰ از نصف فاصله (۳ متر) قابل رؤیت با چشمی نباشد که بهترین اصلاح را دارد (زیرا بینایی دو چشم یک فرد با هم متفاوتند)، فرد نابینا قلمداد می‌شود.



۶/۶۰

منبع: IDP Norway

بریل: بریل روش اصلی خواندن و نوشتن برای افراد نابینا و آن‌هایی است که دچار بینایی کم هستند (فقط آن‌هایی که توان خواندن کتاب‌ها چاپی مناسب‌سازی شده را ندارند و از ابزار بینایی خاص برای خواندن استفاده می‌کنند). بریل خط لمسی مبتنی بر ترکیب یک تا شش نقطه در قالب‌های شش نقطه‌ای است. بیشتر زبان‌های استفاده شده در آسیا کد بریل دارند، بنابراین بریل فقط محدود به حروف لاتین (مانند مثال زیر) نیست و برای زبان‌های دارای کاراکترهای چینی، ژاپنی و کره‌ای و همچنین زبان‌های دارای الفبای متفاوت از قبیل عربی، سیریلیک، هندی، سنگالی، تامیل و تایلندی (و بسیاری دیگر) استفاده می‌شود.

الفبای انگلیسی بریل به شکل زیر است:

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
⠁	⠃	⠉	⠙	⠑	⠋	⠗	⠈	⠊	⠚
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
⠅	⠌	⠍	⠝	⠕	⠏	⠒	⠞	⠰	⠞
u	v	w	x	y	z				
⠥	⠺	⠽	⠭	⠽	⠵				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠
.	,	:	;	?	!	(	)	-	
⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	⠠	

توانمندی‌ها با پاسخ‌های بینایی در رشد نرمال بینایی^{۷۶}

کودک بین چهار تا هفت‌ساله دارای رشد نرمال بینایی توان کارهای زیر را دارد:

- تمیز، شناسایی و تولید مجدد نشانه‌ها و اشکال انتزاعی.
- ردیابی، تقلید و کشیدن اشکال.
- دسته‌بندی اشکال بر مبنای یک ویژگی جزئی.
- شناسایی و درک ارتباطات در عکس و نشانه‌ها و اشکال انتزاعی.
- شناسایی اجزای از قلم افتاده در تصاویر.
- شناسایی، درک و بازتولید نشانه‌ها به شکل واحد و ترکیبی (حروف و کلمات).

^{۷۶} Centre for Eye Research Australia - University of Melbourne. (2008) "Visual Development" page on <http://www.lowvisiononline.unimelb.edu.au/Assessment/development.htm> [11 Jan. 2008]

- شناسایی حروف در سبک‌های مختلف چاپی.
- بازتولید نشانه‌های انتزاعی از ذهن.
- شناسایی کلمات هنگام دیدن آن‌ها.

رهنمودهای عملی برای آموزش کودکان مبتلا به اختلالات بینایی^{۷۷}

براساس تجارب حاصل از برنامه‌های کم‌بینایی در اندونزی، هند و نپال، سنجش بالینی مناسب کودکان واجب‌التعلیم مبتلا به کم‌بینایی بر این نکته تأکید می‌کند که اکثریت گسترده کودکان می‌توانند از کتاب‌های معمولی مدارس استفاده کنند. آن‌ها خواندن را یا بدون هرگونه وسیله اپتیک یا با وسایل اپتیک مانند انواع عدسی‌ها انجام می‌دهند. این موضوع تا حدود زیادی نیاز برای استفاده از کتاب‌ها چاپی بزرگ را کاهش داده است. دانش‌آموزان نیازمند قطعات چاپی بزرگ، در اکثر موارد فقط به بخش‌هایی از کتاب‌های خود نیاز دارند که عموماً قابل کپی کردن و بزرگ‌نمایی هستند.

کارین ون دایک (۲۰۰۴ یا ۱۳۸۳)^{۷۸}

- کتاب‌ها باید کیفیت چاپ و صفحه‌آرایی خوبی داشته باشند. متون لاتین باید چپ‌چین باشند و متون فارسی راست‌چین و پایان خطوط نباید در یک راستا باشد، زیرا خواندن این‌گونه متن‌ها برای کودکان مبتلا به کم‌بینایی با حداقل استفاده از ابزار کمکی راحت‌تر است. این شکل همچنین برای سایر کودکان که مشکلات خواندن دارند نیز ساده‌تر است.
- کتاب‌ها و سایر مطالب خواندنی را باید برای آنان که برای خواندن و نوشتن به بریل متکی هستند، فراهم کرد. کتاب‌ها باید رایگان یا به همان قیمت ارائه شده به کودکان بینا (برای کتاب‌های چاپی) ارائه شوند.

- کودکانی که با خط بریل می‌نویسند باید رایگان یا با همان قیمت مداد و خودکار به قاب‌های نگارشی نیز دسترسی داشته باشند.
- ابزار مناسب نگارشی باید براساس نیازهای فردی و همچنین موجود بودن ابزار در اختیار کودکان کم‌بینا قرار گیرد.
- آموزش جهت‌یابی و تردد شامل موارد زیر باید ارائه شود: حرکت با استفاده از عصای سفید، استفاده از تکنیک‌های لمسی و حمایتی، به‌کارگیری اثربخش نشانه‌های محیطی (شامل صدا و پژواک)، تکنیک‌های راهنما (راهنمای انسانی) علاوه بر تکنیک‌ها برای حرکت آزادانه در فضاهای مختلف.

فعالیت تجربی: حرکت کردن

اول چشم‌بند را روی چشمان خود قرار دهید. پشت به سمت دیوار فضای باز بایستید و روی خط مستقیم حرکت کنید. پس از آن‌که هشت تا ده متر راه رفتید، چشم‌بند را بردارید و ببینید که چقدر به سمت چپ یا به سمت راست منحرف شده‌اید. این فعالیت ساده به ما نشان می‌دهد که چقدر حرکت کردن بدون آموزش مناسب جهت‌یابی و تردد برای کودکان نابینا دشوار است.

- فعالیت‌های آگاهی از فضاها: هدف از این فعالیت‌ها توانا کردن کودکان دارای اختلال بینایی و حرکت در فضاهای باز به کسب اطمینان و کنترل بر بدن و حرکات خود است.
- فعالیت‌های روزمره زندگی: بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال بینایی برای اجرای فعالیت‌های روزمره‌شان به آموزش نیاز دارند، چون اکثر کودکان با نگاه کردن و تقلید از والدین، خواهران و برادران و هم‌تایان خود یاد می‌گیرند. مثال‌هایی از این قبیل عبارتند از رفتن به سرویس بهداشتی، شست‌وشو، لباس پوشیدن، بستن بند کفش، خوردن و آشامیدن بدون ریختن، آب در لیوان ریختن و استفاده از قاشق و چنگال (یا چوب‌های مخصوص کشورهای جنوب شرقی آسیا).

فعالیت تجربی: خوردن

پیش از آغاز خوردن صبحانه، چشم‌بند را روی چشمان خود قرار دهید. سعی کنید یک لیوان آب یا یک فنجان چای بریزید یا بدون نگاه کردن، کره و مربا را روی نان بمالید. اگر صبحانه شما نودل در بشقاب است، سعی کنید با چشم‌بند و با استفاده از چوب‌های مخصوص آن را بخورید. به احتمال زیاد ریخت و پاش زیادی می‌کنید.

این فعالیت به ما نشان می‌دهد چرا بعضی از کودکان نسبت به سایرین برای یادگیری خوردن بدون ریخت و پاش زیاد، لباس پوشیدن مناسب و حتی به سرویس بهداشتی رفتن به تنهایی، به وقت بیشتری نیاز دارند.

- در صورت حضور کودکان مبتلا به زالی در کلاس باید اطمینان حاصل کرد که هنگام بازی خارج از کلاس و در زنگ ورزش پوست و چشمان آن‌ها در برابر خورشید حفاظت می‌شود. بهتر است آن‌ها لباس‌های آستین بلند، شلوارهای پاچه‌بلند، دامن با جوراب، کلاه و عینک آفتابی داشته باشند، زیرا پوست آن‌ها به راحتی در آفتاب می‌سوزد. کودکان مبتلا به زالی به شدت مستعد سرطان پوست هستند.
- چیدمان کودکان دارای اختلال بینایی باید طوری باشد که آن‌ها به خوبی بشنوند، زیرا آن‌ها نسبت به سایر کودکان هم برای یادگیری و هم برای مشارکت بیشتر بر شنیدن متکی هستند.
- چنانچه برخی کلاس‌ها در مدرسه پرسروصداتر از سایر کلاس‌ها باشند (کنار خیابان‌های شلوغ، راه‌آهن، فرودگاه یا کارخانه‌ها)، مدرسه باید منعطف باشد و کلاس کودکان مبتلا به اختلال بینایی (و همچنین کلاس‌های کودکان دارای اختلال شنوایی یا سایر معلولیت‌ها) را به کلاسی آرام‌تر منتقل کند.
- چیدمان کودکان کم‌بینا باید به شکلی باشد که آن‌ها بتوانند حداکثر استفاده را از بینایی باقیمانده خود ببرند و از نابینا شدن به‌خاطر نور (انعکاس نور آفتاب و سایر منابع نورانی) پیشگیری شود. بسیاری از کودکانی که نابینا هستند نور را درک می‌کنند و نور آن‌ها را ناراحت

می‌کند. درحالی‌که سایرین از نور به عنوان چیزی که به آن‌ها در حرکت کمک می‌کند، بهره می‌برند.

- چیدمان باید ثابت باشد یا حداقل مدام تغییر نکند تا کودکان بتوانند به‌طور مستقل صندلی خود را پیدا کنند و جای نشستن تمام دوستان خود را بدانند.

- از ازدحام در کلاس و مخصوصاً مسیرهای تردد باید اجتناب کرد تا حرکت برای این کودکان و پیشگیری از سوانح و جراحات تسهیل شود.

- همچنین اشیاء مهم در کلاس (کتاب‌ها و ابزار و مطالب درسی) نباید زیاد جابه‌جا شوند و باید در جاهای ثابت قرار داشته باشند تا کودکان مبتلا به اختلال بینایی بتوانند به‌تنهایی آن‌ها را پیدا کنند.

- باید برای کودک مبتلا به اختلال بینایی، هدف (آنچه باید در خلال سال تحصیلی بیاموزد) تعیین کرد و راه‌ها و روش‌هایی را برای کمک به رسیدن کودک به این هدف یافت. این امر به برنامه‌ریزی برای زمان‌هایی کمک می‌کند که به حمایت خارجی معلم مرجع سیار یا دستیار آموزشی (در صورت موجود بودن)، کمک سایر کودکان در کلاس و تغییرات مورد نیاز در مطالب یادگیری و یاددهی نیاز است. باید در ذهن داشت که دریافت کتاب‌های بریل، چرتکه و سایر موارد (در صورت موجود نبودن) زمان‌بر است.

- قبل از آغاز کلاس، مخصوصاً در کلاس‌هایی که مجموعه متفاوتی از فعالیت‌ها باید انجام شوند، زمانی را باید صرف توضیح فرایند یادگیری در کلاس به کودک مبتلا به اختلال بینایی کرد (به عنوان نمونه، در آزمایش‌های علمی، تربیت بدنی، کلاس‌های آشپزی و صنایع دستی و غیره). همچنین ضرورت دارد که نحوه کار تجهیزات مختلف کلاسی توضیح داده شود زیرا شاید کودکان مبتلا به اختلالات بینایی نتوانند از دستورالعمل‌های کلی پیروی کنند.

- هر آنچه را که بر تخته نوشته شده، باید بلند و شمرده خواند.

- باید هنگام صحبت کردن به کودکان نگاه کرد (و صورت را به سمت دیگر نبرد)، زیرا کودکان مبتلا به اختلالات بینایی به شدت برای دریافت اطلاعات به شنوایی خود وابسته هستند، بنابراین نیاز دارند گفته‌ها را دقیق بشنوند.

- بقیه کودکان را باید در کلاس درگیر کرد تا کمک کنند. توضیح مفهوم بصری به فردی که نمی‌تواند ببیند چالش جالبی برای بیشتر کودکان (و بزرگسالان) بیناست و به آن‌ها کمک می‌کند مسائل را از دیدگاه‌های متفاوت ببینند و فهم خود از اشکال، رنگ‌ها و کارکردها را افزایش دهند. کمک به دوستان مبتلا به اختلال بینایی به رشد اجتماعی، عاطفی و تحصیلی آن‌ها بسیار کمک می‌کند و می‌تواند تجربه یادگیری خوبی باشد.

- دانش‌آموزان را باید تشویق کرد تا در مورد روش گنجاندن کودکان مبتلا به اختلالات بینایی در برنامه‌های ورزشی فکر کنند. فراگیری فقط مسئولیت معلمها نیست، بلکه دانش‌آموزان نیز باید درگیر شوند. کودکان از طریق تربیت بدنی می‌توانند یاد بگیرند که چگونه هم‌تایان دارای معلولیت خود را در فعالیت‌های بعد از کلاس نیز مشارکت دهند. این یکی از مهم‌ترین نکات در آموزش فراگیر است، زیرا کودکان مبتلا به اختلالات بینایی اغلب از اکثریت فعالیت‌های پس از کلاس، حتی زمانی که این فعالیت‌ها در برنامه‌های عادی کلاس جا دارد، حذف می‌شوند.

- مطالب یادگیری لمسی را به عنوان بخشی از پروژه‌های کلاسی باید تولید کرد. به عنوان مثال چنانچه کودکان نقشه‌های لمسی درست کنند، به همه کودکان، مخصوصاً کودکانی که برای یادگیری به اطلاعات شفاهی و لمسی متکی‌اند کمک می‌شود درس جغرافی را بهتر فراگیرند.

- باید به جای کار انتزاعی با قلم و کاغذ، از اشیاء واقعی که کودکان می‌توانند آن‌ها را در دست بگیرند، استفاده کرد. این مسئله برای همه کودکان مخصوصاً کودکان دارای معلولیت اهمیت دارد.

- درک مفهوم «چیزها» مخصوصاً چیزهای خیلی بزرگ و خیلی کوچک برای کودک مبتلا به اختلال بینایی دشوار است. بنابراین، باید تمام فرصت‌های ممکن را برای این‌که کودکان بتوانند «چیزهای» متفاوت را لمس کنند، فراهم کرد. اگر درخت بزرگی نزدیک مدرسه قطع شده، کودکان را باید به آن‌جا برد تا آن را ببینند و لمس کنند. این باعث درک بهتر اندازه، ارتفاع و طول برای تمام کودکان در کلاس و نه فقط کودک مبتلا به اختلال یادگیری می‌شود.
- باید توجه داشت که نگارش کاراکترهای بریل خیلی بیشتر از حروف چاپی زمان می‌برد، زیرا یک کاراکتر می‌تواند پنج نقطه داشته باشد و این نقاط با استفاده از قلم مخصوص و قاب نگارش جداگانه حک می‌شوند.



اختلالات جسمانی: اختلالات حرکتی و تردد

بسیاری از کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی از مدرسه حذف می‌شوند، زیرا اکثر مدارس همچنان برای تردد کودکان متکی به صندلی چرخدار و عصا غیرقابل‌دسترسند.

کودکانی هم که دچار مشکلات ارتباط کلامی یا نگارشی بنا به اختلالات جسمانی هستند، اغلب به مدرسه راه پیدا نمی‌کنند یا در مدرسه حضوری حاشیه‌ای دارند. از این رو، باید مدارس را برای کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی و حرکتی قابل دسترس کرد. براساس توافقنامه‌ها^{۷۹} و کنوانسیون‌های^{۸۰} متعدد بین‌المللی، تمام کودکان حق برخورداری از آموزش باکیفیت در فضاهای فراگیر (یا تلفیقی) را در جوامع محلی خود دارند.

روایتی از دسترسی و بهره‌مندی دوجانبه

پسر بچه شش‌ساله‌ای در شهر دوشنبه کشور تاجیکستان با نام مستعار مراد (نام اصلی او برای اجتناب از افشای هویتش ذکر نمی‌شود) به‌تازگی در مهدکودکی فراگیر در حومه شهر ثبت‌نام کرده است. تعداد معدودی از مهدکودک‌های تاجیکستان کودکان دارای معلولیت را می‌پذیرند و مهدکودک مراد از موارد استثناست.

بیش از ۲۰ دختر و پسر در کلاس مراد حضور دارند. مراد دچار فلج مغزی است و برای حرکت به صندلی چرخدار نیاز دارد. برای قابل دسترس کردن مهدکودک، رمپی در آن ساخته شده است. شیب این رمپ کمی تند است و فقط به طبقه اول راه دارد، اما به مراد کمک می‌کند در فعالیت‌های مهدکودک با بقیه بچه‌ها مشارکت کند. مراد به تمرینات بدنی زیاد نیاز دارد. در طی کلاس و در زنگ‌های تفریح، او راه رفتن و تمرینات ساده فیزیوتراپی انجام می‌دهد. یکی از دوستان مراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی است و انرژی زیادی دارد و باید بیش از سایر کودکان در کلاس حرکت کند. به همین خاطر، او اغلب به مراد در انجام تمرینات خود کمک می‌کند. یادگیری، بازی و انجام کارها با همدیگر، هم برای مراد خوب بوده و هم برای همکلاسی‌هایش.

^{۷۹} United Nations. (2006) "Convention on the Rights of Persons with Disabilities" page on URL: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> [11 Jan. 2008]

^{۸۰} United Nations. (1993) "The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities" page on URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diss-re00.htm> [11 Jan. 2008]

اختلال حرکتی چیست؟

اختلال حرکتی معلولیتی است که بر توانایی کنترل حرکات عضلانی تأثیر گذاشته و اغلب تردد را محدود می‌کند. مثال‌های این‌چنینی شامل فلج مغزی^{۸۱}، آرتریت^{۸۲}، فلجی، فقدان اندام و کارکرد کاهش یافته یک یا چند اندام هستند. اثر این شرایط بر یادگیری، رشد و مشارکت از کودک به کودک دیگر متفاوت است.

بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال حرکتی نیز دشواری‌هایی را در تعامل اجتماعی با سایر کودکان (و بزرگسالان) همچنین در توجه و رشد شناختی و زبانی تجربه می‌کنند^{۸۳}. این قضیه بر اهمیت همکاری جامع میان بخش‌های آموزش بهداشت و اجتماعی، در صورتی که خدمات حمایتی از سوی معلمان، مدارس و مقامات مسئول آموزشی سازماندهی می‌شود، تأکید می‌کند.

اختلال تردد چیست؟

تردد امکان دارد به‌خاطر شرایط متعددی مختل شود که برخی از آن‌ها دائمی و برخی موقت هستند. این موارد شامل فلج مغزی، آرتریت زبانی-عضلانی، ام‌اس^{۸۴} و بیماری پارکینسون نوجوانان است. جراحات نیز می‌تواند به شکلی موقت یا دائم بر تردد تأثیر بگذارد.

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی

- کلاس‌ها و امکانات مدارس (کتابخانه‌ها، سرویس‌های بهداشتی، زمین‌های بازی و زمین‌های ورزشی) باید برای تمام کودکان از لحاظ فیزیکی قابل دسترس باشند (به بخش ۳ تحت عنوان مدارس قابل دسترس مراجعه کنید).

^{۸۱} cerebral palsy

^{۸۲} arthritis

^{۸۳} Iversen, S. (2006) "Tverrfaglig tilnærming til barn med utviklingsproblematikk" (*Holistic Approach to Working with Children with Developmental Problems*) page on URL: <http://www.helse-bergen.no/forskning/doktoravhandling/lversen+doktorgrad.htm>

^{۸۴} بیماری ام‌اس (Multiple Sclerosis) اغلب در بزرگسالان رواج دارد اما کودکان و نوجوانان نیز می‌توانند مبتلا به آن شوند.

- کودکانی که از صندلی چرخدار، عصا یا بریس برای تردد استفاده می‌کنند شاید برای حرکت در کلاس‌های سنتی که پر از میز و صندلی هستند، دچار مشکل می‌شوند. بنابراین، چیدمان کلاس به شکلی که همه کودکان بتوانند آزادانه در آن حرکت کنند، مهم است. کودکان باید نه تنها به میز خود، بلکه به سایر قسمت‌های کلاس برای شرکت در فعالیت‌های گروهی یا آوردن چیزی از قفسه یا برای نصب یک نقاشی بر دیوار دسترسی داشته باشند.
- کودکانی که زود خسته می‌شوند و به استراحت زیاد نیاز دارند، شاید برای سروقت به مدرسه رسیدن یا تمام روز را در مدرسه گذراندن دچار مشکل شوند. در این راستا، اطلاعات مهم را حداقل باید یک یا دو بار تکرار کرد تا اطمینان پیدا شوند که همه کودکان آن را شنیده‌اند. این عمل به نفع کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی و کودکانی است که بار اول متوجه اطلاعات نشدند.
- کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی شاید برخی اوقات نیازمند یا مایل به استفاده از میز و صندلی خود از جمله صندلی‌های ارگونومیک و میزهای شیب‌دار برای نگارش باشند. می‌توان به این درخواست آن‌ها به گونه‌ای که مزاحم سایرین نباشند پاسخ مثبت داد.
- باید در صورت امکان برای آن‌هایی که به میز و صندلی دارای طراحی مخصوصی نیاز دارند که با امکانات استاندارد کلاس متفاوت است، این موارد نیز تأمین شود. نیازی نیست که گرانقیمت باشند، بلکه صندلی‌ها را می‌توان براساس الگوهای محلی طراحی کرد (مراجعه کنید به تصاویر صندلی‌ها در بخش اصول هفتگانه طراحی همگانی).
- برخی از کودکان ایستاده راحت‌ترند تا نشسته، به‌خصوص کودکانی که دچار مصدومیت‌های کمر هستند. این امکان باید در کلاس برای آن‌ها فراهم شود.
- کودکان دارای اختلال حرکتی یا فاقد یک یا هر دو بازو یا دست، شاید به دستگاه ضبط صوت و نوت‌برداری الکترونیک در کلاس نیاز داشته باشند. به آن‌ها باید اجازه داد تکالیف خود را ضبط کنند یا

به کمک رایانه یا نرم‌افزار تشخیص صدا چاپ کنند.^{۸۵}

- بسیاری از کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی زمان بیشتری برای خواندن، نوشتن یا نوبت‌برداری نیاز دارند که این مسئله بر مشارکت کلاسی آن‌ها و همچنین زمان مورد نیاز برای تکمیل تکالیف اثرگذار است. معلمان و مسئولان مدارس (و همچنین ناظران و بازرسان مدارس) باید درباره اختصاص زمان کافی به این کودکان برای نشان دادن مناسب آن‌چه در مدارس یاد گرفته‌اند، اطمینان پیدا کنند. این قضیه برای تمام کودکان اهمیت دارد، اعم از آن‌هایی که معلولیت دارند یا ندارند. در امتحانات هم حتماً باید زمان اضافه به آن‌ها اختصاص داده شود.
- ممکن است برخی از کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی به تمهید مهلت تحلیل تکالیف و فعالیت‌های کلاسی که نیازمند یافتن و استفاده از منابع کتابخانه‌ای است، نیاز داشته باشند. بنابراین معلمان باید فهرست مطالب خواندنی، کارهای انجام شدنی و مطالب درسی را بسیار پیش از شروع فعالیت ارائه کنند تا این کودکان بتوانند خود را به شکلی مناسب آماده کنند و زودتر شروع کنند.
- فعالیت‌هایی که خارج از مدرسه انجام می‌شوند (مانند بازدید از موزه‌ها و نگارخانه‌ها و فعالیت‌های ورزشی) باید طوری برنامه‌ریزی و اجرا شوند که تمام کودکان بتوانند در این فعالیت‌ها مشارکت جویند. موزه‌ها و نمایشگاه‌ها باید از لحاظ فیزیکی قابل دسترس باشند. فعالیت‌های ورزشی باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی شوند که همه کودکان مطابق با پتانسیل و توانایی‌های فردی خود در «چالش» جسمانی شرکت کنند.
- بقیه کودکان در کلاس باید تشویق شوند که به‌عنوان بخشی از رشد اجتماعی، عاطفی و تحصیلی، به هم‌کلاسی‌های خود که دارای معلولیت هستند، کمک کنند، زیرا این خود مزایای دوجانبه‌ای دارد.

فلج مغزی

فلج مغزی ناشی از مصدومیت بخش‌هایی از مغز است که مسئول کنترل حرکت در دوران اولیه رشد هستند. در اکثر موارد، این مصدومیت در دوران بارداری اتفاق می‌افتد اما برخی اوقات ممکن است در طی زایمان و متعاقب آن مصدومیت‌های مغزی در دوران اولیه نوزادی (مانند کمبود اکسیژن به علت شبه خفگی، مننژیت، مصدومیت صرع یا تکان‌های شدید) رخ دهد. تخمین زده می‌شود که از هر هزار کودک، دو مورد مبتلا به فلج مغزی هستند.

کودکان دارای فلج مغزی امکان دارد در موارد زیر دچار مشکل شوند:

- حرکت کل یا قسمت‌هایی از بدن.
- صحبت و همچنین ارتباط غیرکلامی (علائم صورت الزاماً همواره احساسات واقعی را ترسیم نمی‌کنند. به عنوان مثال، شاید به نظر بیاید که کودک لبخند می‌زند، اما در واقع بسیار عصبانی یا ناراحت است).
- حرکات غیرارادی عضلانی (اسپاسم).
- خوردن و آشامیدن.
- خشکی یا ضعف عضلانی.
- تعادل و هماهنگی.
- ایستایی بدن (توان قرار دادن بدن در وضعیت مدنظر و نگاه داشتن آن در همان وضعیت).
- توجه و تمرکز.

رهنمودهای عملی برای آموزش کودکان مبتلا به فلج مغزی

- در برابر کودکی که قادر به تکلم است باید شکبیا بود و تمام زمان مورد نیاز برای پرسش، پاسخ یا سایر گفته‌های او را تأمین کرد.
- باید به کودک فرصت داده شود که آزادانه حرکت کند. کودکان مبتلا به فلج مغزی نیازمند تحریک عضلانی برای بهبود مهارت‌های حرکتی خود هستند.
- برخی از کودکان مبتلا به فلج مغزی خیلی زود خسته می‌شوند. بنابراین، باید برای آن‌ها زمان کافی برای استراحت در طی روز تأمین کرد. محل استراحت را مدرسه باید تأمین کند.
- چنانچه مدرسه مجهز به رایانه است، کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌توانند از آن استفاده کنند زیرا بسیاری از این کودکان در ارتباط با نوشتاری (علاوه بر ارتباط شفاهی، بنا به مهارت ضعیف در حرکات ظریف) دچار مشکل هستند.



اختلالات رشدی-ذهنی

اختلالات رشدی عبارتند از اختلالات مادرزادی (از هنگام تولد) یا اختلالات شناختی که در ابتدای کودکی ایجاد شده باشد^{۸۶}. اختلال رشدی عبارتی کلی برای مجموعه‌ای از تشخیص‌ها یا شرایط متفاوت است که ویژگی مشترک آن‌ها اختلال در توان یادگیری و سر و کار داشتن با جامعه است^{۸۷}.

در ایالات متحده، عبارت اختلال ذهنی برای توصیف افراد دارای «عقب‌ماندگی ذهنی»^{۸۸}، فلج مغزی، اختلالات طیف درخودماندگی یا اوتیسم^{۸۹}، اختلالات متعدد ژنتیک و کروموزمی (شامل سندروم داون^{۹۰}) و اختلالات طیف الکل برای جنین^{۹۱} به کار می‌رود.

در بریتانیا، این عبارت هم معنای عبارت «معلولیت یادگیری» است.

در جاهای دیگر، اغلب برای توصیف آنچه به عنوان «اختلال ذهنی» مدنظر است از عبارت «اختلال رشدی» استفاده می‌شود و در این متن هم همین عبارت به کار رفته است.

اختلال رشدی یکی از رایج‌ترین شکل‌های اختلال است و بر اساس تخمین‌های موجود، حدود یک درصد جمعیت کودکان مبتلا به آن هستند^{۹۲}. اکثریت قالب آن‌ها وضعیتی ملایم یا متوسط دارند.

در اکثر کشورها، کودکان مبتلا به اختلالات رشدی صرفاً براساس بهره هوشی خود دسته‌بندی می‌شوند. در این کتابچه، به عمد به بهره هوشی استناد نشده زیرا روایی^{۹۳} و مفید بودن بسیاری از آزمون‌های استاندارد بهره هوشی و متعاقباً نتایج آن‌ها نیز زیر سؤال رفته است. در ایالات متحده، مدت‌هاست که آزمون‌های بهره هوشی را به عنوان ابزاری دارای سوگیری

۸۶ اختلال شناختی مرتبط با فرایند آگاه بودن، دانستن، فکر کردن، یادگیری و قضاوت است.

۸۷ The Norwegian Association for the Developmentally Disabled. (2005) "Strategy for NFU's Work for International Solidarity - 2006 and Beyond." Oslo: Norsk Forbund for Utviklingshemmede

۸۸ عبارت «عقب‌ماندگی ذهنی» در اکثر کشورها دیگر کاربرد ندارد، چرا که به نظر می‌آید منجر به انگ و تبعیض می‌شود. طرفداران این نظریه در ایالات متحده نیز رو به افزایشند.

۸۹ autistic spectrum disorder (ASD)

۹۰ Down syndrome

۹۱ Fetal alcohol spectrum disorder (FASD)

۹۲ UNESCO. (2003) "Understanding and Responding to Children's Needs in Inclusive Classrooms." Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, p. 23

۹۳ validity

نژادی و فرهنگی در نظر می‌گیرند^{۹۴}. بررسی‌ها نشان می‌دهند که آزمون‌های بهره هوشی توان رشدیافته را به جای توان ذاتی (مادرزادی یا موجود در زمان تولد) می‌سنجند و بنابراین تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، دینی و اقتصادی هستند. آزمون‌های استفاده شده در سایر کشورها نیز احتمالاً در برابر اقلیت‌ها دچار سوگیری می‌شوند. این سوگیری احتمالی مانند یافته‌های ایالات متحده، اثرات منفی مشابهی بر دقیق و عینی بودن نتایج آزمون دارد. علاوه بر این، استفاده گسترده از آزمون‌های بهره هوشی اغلب باعث انگ زدن و تبعیض برای برخی گروه‌های کودکان می‌شود. در گذشته، این مسئله به «آموزش‌ناپذیر» بودن برخی کودکان و جداسازی آن‌ها از تمام انواع و اشکال مدارس منجر شد. در اکثر کشورهای سرتاسر جهان، این کودکان به حاشیه رانده شده یا از آموزش رسمی در مدارس محرومند که این رویه نقض آشکار کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل متحد (۱۹۸۹ یا ۱۳۶۸) و همچنین کنوانسیون آن سازمان در خصوص حقوق افراد دارای معلولیت (۲۰۰۶ یا ۱۳۸۵) است.

اختلال رشدی به ۴ سطح عمومی قابل تقسیم است:

- **اختلال ملایم رشدی:** کودک قادر به شنیدن و تکلم است اما در فهم برخی مفاهیم مشکل دارد و در بیان برخی موارد با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود. وی اغلب سازگاری اجتماعی دارد (چنانچه در جامعه‌ای فراگیر در حال رشد باشد) و می‌تواند پس از پایان تحصیل، زندگی مستقل داشته باشد^{۹۵}.
- **اختلال متوسط رشدی:** کودک می‌تواند حرف بزند، ارتباط برقرار کند و در فعالیت‌های کلاسی مشارکت فعال داشته باشد. او همچنین می‌تواند از یادگیری برخی فعالیت‌های زندگی روزمره یا مهارت‌های مستقل زندگی و همچنین مهارت‌های اجتماعی بهره‌مند شود.
- **اختلال شدید رشدی:** کودک ارتباطات ساده را از طریق علائم و اشاره‌ها درک می‌کند، اما توان ابراز از طریق زبان گفتاری محدود است. اکثر کودکان این چینی در زندگی مستقل دچار مشکلات عمده‌ای هستند اما به سطحی از استقلال می‌توانند دست پیدا کنند.

^{۹۴} Jencks, C. / Phillips, M. (1998) *The Black-White Test Score Gap*. Washington, DC: Brookings Institution, pp. 1-51

^{۹۵} Rognhaug / Gornes. (2008) "Spesialpedagogikk" (*Special Needs Pedagogy*). Oslo: Gyldendal, p. 307

- **اختلال عمیق رشدی:** مهارت‌های ارتباطی بسیار محدودند. ارتباط اغلب از طریق صداهای غیرکلامی تحقق پیدا می‌کند. البته برخی کودکان مبتلا به اختلال عمیق رشدی شاید توان محدود گفتار داشته باشند و اکثر آنان نیازمند توجه و مراقبت شبانه‌روزی هستند.

باید توجه داشت که تمام کودکان می‌توانند یاد بگیرند (در صورتی که یادگیری را مفهومی فراتر از خواندن، نوشتن و حساب‌آموزی بدانیم). همه کودکان حق دارند از آموزش، مراقبت و حمایت در محیط فراگیر و سازگار با کودک برخوردار شوند.

عوامل اختلال رشدی کدامند؟

- **مشکلات حین بارداری:** عفونت مادران در دوران بارداری می‌تواند به جنین آسیب وارد کند (سرخه و سرخک آلمانی مثال‌های رایجند). عوامل دیگر عبارتند از سقط جنین ناموفق (در برخی کشورها، با استفاده از گیاهان دارویی و ماساژ سنتی سقط جنین انجام می‌شود که این روش ممکن است ناموفق باشد و به جنین صدمه وارد کند)، تغذیه نامناسب در دوران بارداری، مصرف مواد مخدر و الکل حین بارداری و ویروس اچ‌آی‌وی چنانچه به شکلی درست با داروهای آنتی رترووایرال^{۹۶} درمان نشود.
- **مشکلات هنگام زایمان:** نبود اکسیژن در طی زایمان، تولد پیش از موعد، کم‌وزنی و زردی همگی می‌توانند منجر به اختلال رشدی شوند.
- **مشکلات تغذیه:** کمبود ید و سوءتغذیه (در طی نوزادی و کودکی) می‌توانند به اختلال رشدی منجر شوند.
- **مشکلات بهداشتی و محیطی:** سیاه‌سرفه، سرخک و مننژیت و همچنین در معرض آب آلوده و سم (سرب و جیوه) بودن می‌توانند باعث اختلال رشدی شوند.

- **مشکلات و عوامل اجتماعی:** آزار جسمانی، روانی یا جنسی، محرومیت از عشق و محبت و نگهداری در مؤسساتی که از کودکان مراقبت لازم را به عمل نمی‌آورند، می‌توانند از عوامل اختلال رشدی باشند.
- **شرایط ژنتیک:** سندروم داون در میان بیماری‌های متعدد (از جمله مورد بسیار نادر سندروم ایکس شکننده، سندروم فلن-مکدرمید، سندروم موات-ویلسون و فنیل کتون اوریا^{۹۷}).

سندروم داون

سندروم داون یکی از شناخته‌شده‌ترین اشکال اختلال رشدی است، در حالی که اشکال دیگر اختلال رشدی رایج‌تر هستند. از هر هزار نوزاد متولد در بریتانیا، یکی از آن‌ها دچار سندروم داون است.^{۹۸} سندروم داون میان دختران و پسران همه نژادها و تمام گروه‌های دینی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی دیده می‌شود.

سندروم داون ناشی از مواد اضافه ژنتیکی در کروموزم ۲۱ است. این مسئله می‌تواند ناشی از فرایند جدا نشدن مواد ژنتیک در طی بخش مهمی از شکل‌گیری گامت‌ها باشد که به تشکیل کروموزم اضافی (تحت عنوان تریزومی^{۹۹} ۲۱) ختم می‌شود. علت این جدا نشدن مشخص نیست اما با سن مادر مرتبط است. ماده اضافه موجود بر رشد تأثیر می‌گذارد و به حالتی تحت عنوان سندروم داون منتج می‌شود.^{۱۰۰} کودکان مبتلا به سندروم داون شخصیت ویژه مشترکی ندارند و مانند دیگران فردیت خود را دارا هستند. البته کودکان مبتلا به سندروم داون بیشتر از برخی راهبردهای تاب‌آوری بهره می‌گیرند.

^{۹۷} Fragile X syndrome, Phelan-McDermid syndrome, Mowat-Wilson syndrome and phenylketonuria

^{۹۸} Down's Syndrome Association. (nd) "FAQs – General" page on URL: http://www.downs-syndrome.org.uk/DSA_Faqs.aspx#faq45 . [13 Jan. 2008]

^{۹۹} Trisomy 21

^{۱۰۰} World Health Organization. (2008) "Genes and Human Disease: Genes and Chromosomal Diseases" page on URL: <http://www.who.int/genomics/public/genetic-diseases/en/index1.htm> I [9 Jan. 2008]

به عنوان مثال^{۱۱}:

- کودکان مبتلا به سندروم داون اغلب از نظم، یکسانی و روش‌های مکرر برای کنترل زندگی خود استفاده می‌کنند.
- کودکان مبتلا به سندروم داون همچنین از گفت‌وگو با خود به عنوان روش هدایت رفتار، ابراز احساسات و معنا بخشیدن به جهانی که برخی اوقات بسیار مخدوش است، استفاده می‌کنند.
- تغییر می‌تواند فکر کودک مبتلا به سندروم داون یا نوع دیگری از اختلال رشدی را بسیار برهم زند.
- سابق بر این، کودکان مبتلا به سندروم داون به عنوان افرادی لجوج شناخته می‌شدند. لجاجت و امتناع از همکاری شاید واکنشی به نفهمیدن درست چیزی باشد که از ما انتظار می‌رود. لجاجت همچنین می‌تواند نشانه تلاش فرد بر احاطه بر زندگی خود باشد. بهترین روش برای کمک کردن به فرد، تلاش برای یافتن مشکل با کمک خود اوست.

چگونگی شناسایی کودکان مبتلا به اختلال رشدی

اختلال رشدی برخی کودکان به ظاهر خیلی واضح است، اما شرایط و اختلالات جسمانی هم هستند که ممکن است باعث شوند «به نظر برسد» یک کودک دارای اختلال رشدی است.

اختلال رشدی بسیاری از کودکان در ابتدا بعد از مشاهده در وضعیت کلاس شناسایی می‌شود. حتی در آن زمان نیز نمی‌توان خیلی مطمئن بود. مهم‌تر از نوع اختلال کودک، روش شناسایی و حذف موانع یادگیری، رشد و مشارکت فراوی آن‌ها در مدرسه، منزل و جامعه است.

موارد زیر برخی از علائم اختلال رشدی کودک است. بروز یک یا دو مورد از این نمونه‌ها به معنای اختلال رشدی کودک نیست. این موارد را باید با احتیاط به کار برد زیرا رشد کودک گوناگونی‌های زیادی دارد^{۱۰۲}:

- کودک در فهم کلام معلمان دچار مشکل است، حتی در شرایطی که به نظر می‌آید سایر کودکان راحت آن را می‌فهمند.
- کودک متفاوت از سایر کودکان در کلاس صحبت می‌کند یا اصلاً حرف نمی‌زند.
- حرکت، سرعت و یادگیری کودک کندتر از اکثر هم‌تایان خود است.
- گفتار کودک را فقط خانواده او می‌فهمند.
- کودک با سایر کودکان هم‌سن خود به خوبی بازی و تعامل نمی‌کند.
- توازن حرکتی کودک ضعیف، نامنظم و بسیار متفاوت با سایر کودکان هم‌سن اوست.
- بازه توجه کودک کوتاه است.
- حافظه کوتاه و درازمدت کودک ضعیفند.
- کودک بیش‌فعال، تهاجمی و مخل نظم است.
- کودک بی‌احساس و بی‌تفاوت است.
- کودک با دشواری اشکالی مانند دایره و مربع را می‌کشد.
- کودک حروف را قاطی می‌کند (البته این مسئله در میان تمام نوآموزان رایج است).
- کودک در انجام پازل‌های ساده دچار مشکل می‌شود.

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان دارای اختلال رشدی^{۱۰۳}

- به‌کارگیری کلام و جملات ساده در حین ارائه دستورالعمل. باید کنترل کرد که او متوجه شده یا نه.
- استفاده از اشیاء واقعی که کودک می‌تواند آن‌ها را لمس کند و در دست بگیرد و از کار صرفاً انتزاعی با قلم و کاغذ باید خودداری کرد. این نکته برای همه کودکان، مخصوصاً کودکان دارای معلولیت اهمیت دارد.
- انجام دادن فعالیت با کودکان به‌صورت تک‌تک. باید پایان یک فعالیت و شروع فعالیت بعدی را مشخص کرد.
- تقسیم یک فعالیت به قسمت‌های کوچک‌تر با اهداف یادگیری مشخص. کودک باید با فعالیتی که بلد است کار را آغاز کند و بعد به سمت کار سخت‌تر برود. چنانچه کودک دچار مشکل شود، باید یک گام عقب رفت.
- مرتبط‌سازی فعالیت‌ها با توجه به تجربه و زندگی روزمره کودک (این نکته برای همه کودکان مهم است).
- ارائه تمرین اضافی از طریق تکرار چندباره یک فعالیت. این روند باعث تضمین یادگیری آن مهارت برای کودک می‌شود و اعتماد به نفسش را افزایش می‌دهد. البته تکرارها نباید بیش از حد باشند.
- تکرار چند کار اصلی با بازه‌های خاص تا به «عادت» تبدیل شوند و از فراموش شدن عادت‌ها اجتناب شود.
- پرسش از سایر کودکان (که پیشرفت تحصیلی مناسبی دارند) برای کمک به هم‌کلاسی‌های دارای اختلال رشدی، به عنوان بخشی از رشد اجتماعی، عاطفی و تحصیلی خود که دارای مزیت دوجانبه است.

^{۱۰۳} Ibid., pp. 57-58.

Hagen, K.J. (2003) "En kort orientering om mennesker med utviklingshemning," (*A Brief Orientation about Persons with Developmental Impairment*) Elverum: Hedmark University College, p. 35

- تقدیر (صادقانه) و تشویق فراوان در صورتی که کودک موفق است و مهارت‌های جدید یاد می‌گیرد و همچنین در زمانی که کودک بسیار تلاش می‌کند.
- ایجاد انگیزه برای سایر کودکان در کلاس به منظور مشارکت دادن کودک دارای اختلال رشدی در فعالیت‌های ورزشی و بازی‌های خارج از کلاس، که این نیز خود به نفع هر دو طرف است.
- نادیده گرفتن رفتار نامطلوب، چنانچه کودک این رفتار را برای جلب توجه انجام می‌دهد. باید به رفتار مناسب کودک توجه کرد و از آن تقدیر کرد.

سه اصل کلیدی آموزش کودکان مبتلا به اختلال درکی عبارتند از:

۱. تقسیم یادگیری مهارت به گام‌های کوچک و ایجاد امکان برای پیشرفت آهسته.
۲. انجام تکرارهای مکرر.
۳. انگیزش و توجه زیاد.



مشکلات ویژه یادگیری

کودکانی که نمرات پایینی می‌گیرند اغلب به عنوان کودکان دارای مشکلات یادگیری بدون سنجش درست «طبقه‌بندی» می‌شوند. این رویه برخی اوقات درست است، اما موانعی که این کودکان با آن‌ها مواجهند ممکن است تحت تأثیر شرایط شلوغ کلاس (به کتابچه تخصصی شماره ۲: رهنمودهای عملی برای تدریس در کلاس‌های بزرگ مراجعه کنید)^{۱۰۴}، نظام امتحان و برنامه درسی نامتعطف یا نبود رویکردهای آموزشی سازگار با کودک و کودک‌محور باشند. کودکانی هم که زبان اول آن‌ها با زبان آموزش متفاوت است، بی‌خامنه‌اند یا مجبورند بعد از ظهر و عصر کار کنند و غذای کافی ندارند یا در معرض آزار قرار می‌گیرند، موانع یادگیری، رشد و مشارکت را تجربه می‌کنند.

مشکلات یادگیری ویژه‌ای که در این کتابچه به آن‌ها پرداخته شده عبارتند از^{۱۰۵}:

محاسبه‌پریشی^{۱۰۶}

کودکان مبتلا به محاسبه‌پریشی در یادگیری ساده‌ترین مباحث حساب دچار مشکل می‌شوند و این مشکلات ناشی از دریافت، درک یا تولید اطلاعات کمی و فضایی (محل استقرار فیزیکی اشیاء و ارتباطات متری بین اشیاء) است.

بنابراین کودکان مبتلا به محاسبه‌پریشی در فهم مفاهیم ساده عددی مشکل پیدا می‌کنند، فاقد فهم حسی اعداد می‌شوند و با یادگیری رویه‌های عددی مشکل پیدا می‌کنند.

محاسبه‌پریشی در برخی موارد شبیه «خوانش‌پریشی برای اعداد» است. در مورد شیوع، عوامل و درمان محاسبه‌پریشی اطلاعات بسیار کمی موجود است و بسیاری از کودکان مبتلا به این مشکل، در حوزه توانایی‌های شناختی زبانی کاملاً طبیعی هستند. آن‌ها همچنین می‌توانند در موضوعاتی غیرمربوط به ریاضی بسیار موفق باشند.

^{۱۰۴} *Embracing Diversity: Toolkit for Creating Inclusive Learning-Friendly Environments Specialized Booklet 2 – Practical Tips for Teaching Large Classes* can be accessed at URL: www2.unescobkk.org/elib/publications/095/Teaching_Large_Classes.pdf

^{۱۰۵} The University of Warwick. (nd) "Specific Learning Difficulties" page on URL: <http://www2.warwick.ac.uk/services/tutors/disability/splds/>. [13 Jan. 2008]

^{۱۰۶} dyscalculia

نوشتارپیشی^{۱۰۷}

نوشتارپیشی اختلال یادگیری است که ناشی از سختی ابراز نظرات در نوشتار می‌شود. نوشتارپیشی اختلالی نورولوژیک است که با معلولیت نوشتاری و عموماً بسیار ضعیف نمایان می‌شود. این مشکل به‌طور ویژه باعث غلط بودن نوشتار فرد می‌شود. در میان کودکان، این اختلال عموماً هنگام آشنایی آن‌ها با نوشتار بروز می‌کند. کودکان مبتلا از حروف با اندازه و فواصل نامناسب استفاده کرده و علی‌رغم آموزش مفصل کلمات را اشتباه هجی می‌کنند. کودکان مبتلا به نوشتارپیشی شاید مشکلات یادگیری دیگر نیز داشته باشند، اما اغلب مشکلات اجتماعی یا تحصیلی ندارند. موارد نوشتارپیشی در بزرگسالان اغلب پس از نوعی آسیب پدیدار می‌شوند. این مشکل علاوه بر دستخط بسیار ضعیف توأم با هجی غلط یا عجیب واژگان و نوشتن کلمات غلط (مانند نوشتن «پسر» به جای «کودک») است. عامل این اختلال ناشناخته است.

درمان‌های متفاوتی برای نوشتارپیشی وجود دارند و شامل درمان برای اختلالات حرکتی به‌منظور کنترل حرکات نوشتن هستند. سایر درمان‌ها شاید بر حافظه چهار اختلال از سایر مشکلات نورولوژیک متمرکز باشند. توصیه برخی از پزشکان این است که افراد مبتلا به نوشتارپیشی برای اجتناب از مشکلات نوشتاری از رایانه استفاده کنند. برخی از افراد مبتلا به نوشتارپیشی توان نگارش خود را بهبود می‌دهند، اما در برخی مشکل پابرجا می‌ماند.

خوانش‌پیشی^{۱۰۸}

کودکان مبتلا به خوانش‌پیشی دچار مشکلاتی می‌شوند که بر فرایند یادگیری در جنبه‌های سوادآموزی و برخی اوقات حساب‌آموزی اثر می‌گذارد. احتمال دارد افت مستمر در حافظه کوتاه‌مدت، سرعت پردازش، مهارت‌های توالی‌سازی^{۱۰۹}، درک شنیداری یا بینایی، زبان گفتار و مهارت‌های حرکتی نیز رخ بدهد.

۱۰۷ dysgraphia

۱۰۸ dyslexia

۱۰۹ sequencing

من موه‌های بوور، چشمن آبی و لبخواند مثری دارم عادمها به مامانم میگویند من چاقدر ضیبا هستم و او شانس دارد که من را دارد. اما در زیر این نما، من در بهران به سر میرم. کلمات مانند سخطی بوده و ناوشتن داسطان برای من به خاطر هجی فاجعه است. در مدرسه قبلی من هیچ وقت باذی نبود طا کارها طمام میشد و یاعنی هیچ ذمان باذی نداشتیم. مالمها میگفتند که من باهش بودم اما تلاش می‌کردم. مالمها فقط با دادن زدن با من ارتباط داشتند. ثایر پسرها من را مسخره می‌کردند و من طنها و ناراهت ماشدم. مثل این بود که دار یک جزیره بیوبونی تنها و گم شده باشم. زندگی زندگی بود و مدرثه مدرسه بود. همه چوز وقتی به مدرصح جدید رفتم اوز شد. من علان بیرون و درونم یکی است. من می‌توانم بخانم و هجی کنم. من دوثنانی دارم و معلمهایی دارم که هرگز فریاد نمیزند. آن‌ها با من مثل یک فرد باحوش رفتار می‌کنند و نه یک روه سرگردان. ای کاش پدار خود را مینشاختم نمیدانم وقتی اینجا را ترک کنم چه اطفافی برای من روه می‌دهد. آیا درون من شبیه بیرون من نیمنا. درون من چه خاهد بود. ای کاش میداستم.

الگزندر پرسوناژ ۹ ساله (۱۹۸۹ یا ۱۳۶۸)^{۱۱۰}

جهان بسیاری از کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی به این مشکل محدود نمی‌شود، بلکه آن‌ها توانایی‌های خاصی از جمله مهارت‌های خوب بینایی، فضایی، تفکر خلاق و درک شهودی دارند. این توانایی‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا موانع یادگیری فرارویشان را کاهش دهند.

فعالیت رمزگشایی

صداهای تشکیل‌دهنده لغات گفته‌شده را می‌توان با حروف الفبا نشان داد. اکثر افراد به صورت خودکار متوجه می‌شوند که به عنوان مثال کلمه «میز» متشکل است از سه صدای «م» «ای» و «ز».

خواندن مستلزم توانایی انطباق واج‌هایی است که ما می‌شنویم با حروف روی یک صفحه و بالعکس. اما وقتی این مهارت پایه به نام رمزگشایی به شکل اتوماتیک انجام نمی‌شود چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ تصور کنید که توان تشخیص واج‌ها را نداشته باشید و تلاش کنید که هر لغت را تلفظ کنید. زمان کوتاهی را صرف کنید تا با کلید ترجمه واج‌های زیر آشنا شوید و سپس از آن استفاده کنید تا متن زیر را بخوانید.

کلید ترجمه واجها

وقتی می بینید	بخوانید
و	ا
ق	ن
ظ	س
ر	ه
ب	چ
پ	ت
ث	ع
غ	ی

متن زیر را بلند برای خود یا برای تعدادی از همکاران معلم خود بخوانید.

شبکر پووقمقدلوز وموزش بغظپ؟

وغق شبکر بروغ پیودل وطلوئوپ میمرکز بر جوومث مدورظ و دوقشگوررو بودر کر پووقمقدغروغ رمر کودکوق و طوغر غودگغرقدگوق رو بر رظمغپ مغشقوطلد و دظبرطلخ بروبر بر وموزش کغغغ بروغ رمر رو ورپقو مغبخشد. ردف مو مشورکپ دودق رمر کشوروغ قورر وظغو و رمبقغق وقغوقوظغر در پلوشرو و فئولغبروغ موظپ.

ترجمه متن:

شبکه توانمندساز آموزش چیست؟

این شبکه برای تبادل اطلاعات متمرکز بر جوامع مدارس و دانشگاه‌ها بوده که توانمندی‌های همه کودکان و سایر یادگیرندگان را به رسمیت می‌شناسد و دسترسی برابر به آموزش باکیفیت برای همه را ارتقا میبخشد. هدف ما مشارکت دادن همه کشورهای قاره آسیا و همچنین اقیانوسیه در تلاش‌ها و فعالیت‌های ماست. به نظر شما چطور بود: تمرین سختی بود؟ البته هدف همین بود که سخت باشد. در نظر داشته باشید که فقط هشت واج از تمام واج‌های زبان فارسی تغییر یافته بودند.^{۱۱۱}

^{۱۱۱} Public Broadcasting Services. (2008) "Misunderstood Minds" page on <http://www.pbs.org/wgbh/misunderstoodminds/experiences/readexp1a.html> [12 Jan. 2008]

شناسایی کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی و سایر مشکلات خواندن و نوشتن

احتمال می‌رود که کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی در خلال سال‌های تحصیلی خود:^{۱۱۲}

- باهوش و توانا به نظر بیایند اما نتوانند نظرات خود را روی کاغذ بیاورند.
- در حوزه هنر، نمایش و مناظره بدرخشند.
- نظم را رعایت نکنند.
- به «دلقک کلاس» تبدیل شوند تا آنچه را از نظرشان شکست تحصیلی بوده، پنهان کنند.
- منزوی و گوشه‌گیر شده و در ردیف آخر کلاس بنشینند و مشارکتی نداشته باشند.
- کارهای مرحله به مرحله را خیلی خوب انجام دهند اما مجموعه کاملی از کارها را در ذهن نگه ندارند.
- هنگام شنیدن گفت‌وگوهای سریع دچار ابهام کامل شوند.
- در پایان یک روز معمولی خسته به خانه برگردند، زیرا برای یادگیری تلاش بسیار زیادی انجام داده‌اند.
- از سوی دیگران تهدید شوند.

خوانش‌پریشی را نمی‌توان با استفاده از یک آزمون ساده تشخیص داد. این اختلال می‌تواند در حد کم، متوسط، شدید یا عمیق باشد. اثرات خوانش‌پریشی از یک کودک به کودک دیگر متفاوت است. اگرچه خوانش‌پریشی یکی از رایج‌ترین دلایل مشکلات دانش‌آموز باهوش در خواندن، هجی یا نگارش است، اما ضرورت دارد که به‌عنوان تنها دلیل در نظر گرفته نشود.

^{۱۱۲} British Dyslexia Association. (2008) "Dyslexia Friendly Schools Campaign" page on <http://www.bdadyslexia.org.uk/downloads/wholedocument.pdf>. [14 Jan.2008]

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی

- معلم باید مطمئن شود که تمام کودکان، شامل آن‌هایی که با موانع یادگیری، رشد و مشارکت مواجهند در کلاس احساس ارزشمندی می‌کنند.
- همه کودکان در کلاس باید تشویق شوند تا تمام تلاش خود را بکنند.
- باید از تحریک ذهنی انتظار بالایی داشت (و این کودکان را دست کم نگرفت)، اما در پاسخ به پرسش کتاب‌ها و در مهارت‌های خواندن، باید انتظارات را در حد معقولی نگه داشت.
- همه چیز را چندین بار و به اشکال مختلف باید توضیح داد: بعضی وقت‌ها برای همه کلاس و در سایر موارد برای گروه‌های کوچک‌تر کودکان (زیرا برای بسیاری این روش بهتر است) و همچنین برای کودک مبتلا به خوانش‌پریشی به صورت فردی.
- هنگام ارائه دستورالعمل باید سریع بود و از جملات ساده با واژه‌های محدود و دقیق استفاده کرد. باید به کودکان فرصت جذب کامل معنای کلمات را داد و با خواستن از آنان که برای بقیه نیز توضیح بدهند، اطمینان حاصل کرد که همه کودکان مطلب را فهمیده‌اند.
- کودکان را باید درخصوص انجام نظام‌مند کارها راهنمایی کرد. کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی اغلب نیازمند آموزش مواردی هستند که سایر کودکان بدون کمک معلم به صورت خودکار یاد می‌گیرند (این توضیحات به بسیاری از سایر کودکان مواجه با موانع یادگیری نیز کمک می‌کند). توضیحاتی مثل: روش مرتب کردن میزهای خود، بعد از اتمام کار، گذاشتن کتاب‌ها سر جای خود، مرتب لباس پوشیدن، یادآوری به آن‌ها برای یافتن چیزی که سر جای خود قرار نداده‌اند، گذاشتن همه وسایل خود در کیف و بستن بند کفش. ضروری است که معلمان و والدین اهمیت زمان صرف کردن برای تدریس این مهارت‌ها را به شکلی آرام، نظام‌مند و با تکرار مرتب درک کنند.

- باید کوشید که تکالیف کودک با حضور خود او ارزیابی شود. در صورت امکان، باید بر موارد درست انجام شده (محتوا، هجی، دستور زبان، ساختار جملات) تمرکز کرد. برخی از اشکالات اصلی را باید انتخاب کرد و به جای هماران کودک با اصلاحات، بر آن‌ها تمرکز کرد.
- در حین ارزشیابی (نمره دادن یا تصحیح) تکالیف بدون حضور کودک، باید از دو رنگ برای اصلاحات و پیشنهادها استفاده کرد: یکی برای محتوا و دیگری برای هجی و نحوه ارائه. فقط مواردی که به‌طور مشخص تدریس شده‌اند، باید اصلاح شود.
- هنگام بررسی کار کودک باید در جهت درک دلایل اشتباهات او تلاش کرد و فرصت بیان مشکلاتش را به او داد. این مسئله کمک می‌کند موارد نیازمند تدریس دوباره معلم یا تمرین خود دانش‌آموز مشخص شوند.
- نشانه‌های کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس را باید در نظر گرفت.
- باید برای همه کودکان در کلاس، امکان نمایش مهارت‌ها و دانششان مهیا باشد و به آن‌ها فرصت داده شود که علایقشان را با دوستانشان در میان بگذارند، داستان تعریف کنند و در برنامه‌های نمایشی و حرکات موزون مشارکت کنند. کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی اغلب در مهارت‌های شفاهی می‌درخشند و معلمان باید این مهارت را تشویق کنند، زیرا باعث افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس می‌شود.
- باید توجه کرد که کودکان مبتلا به خوانش‌پریشی باید نسبت به بسیاری از سایر کودکان کلاس خیلی بیشتر زحمت بکشند. بنابراین باید به خستگی آن‌ها بیشتر توجه شود و حتماً باید با دادن تمرین‌هایی که به خوبی و راحتی انجام می‌دهند، به آن‌ها امکان استراحت کافی داد.
- در صورت موفقیت، پیشرفت و یادگیری مهارت‌های جدید و همچنین تلاش زیاد (حتی اگر انتظارات مدنظر برآورده نشوند) باید با دست و دلبازی از آن‌ها تقدیر (صادقانه) کرد.

کنش‌پریشی^{۱۱۳}

کودکان مبتلا به کنش‌پریشی تحت تأثیر اختلال یا عدم بلوغ ساماندهی حرکت قرار می‌گیرند و اغلب ظاهری "دست و پا چلفتی" پیدا می‌کنند. یادگیری و حفظ و تعمیم مهارت‌های ظریف و عمده حرکتی (مرتبط با تعادل و هماهنگی) و مهارت‌های ظریف حرکتی (مرتبط با لمس اشیا) دشوارند. بنابراین، نگارش به طور خاص دشوار و زمان‌بر است. یادگیری مهارت‌های استفاده از صفحه کلید رایانه و همچنین نواختن فلوت و سایر آلات موسیقی نیز دشوارند.

تلفظ افراد مبتلا به کنش‌پریشی نیز شاید دچار مشکل باشد و آن‌ها نسبت به صدا، نور و لمس حساسیت کم یا زیاد دارند. آن‌ها همچنین ایستایی بدن مناسبی نداشته و علائم اجتماعی را درست متوجه نمی‌شوند. علاوه بر این، آن‌ها دارای بسیاری از ویژگی‌های سایر کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری هستند.



سایر اختلالات و معلولیت‌ها

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی وضعیت نورولوژیکی است که بخشی از آن با کالبدشناسی و شیمی مغز مرتبط است. این اختلال به صورت بی‌توجهی یا بیش‌فعالی و تکانشگری^{۱۱۴} مستمر بیشتر و شدیدتری در مقایسه با افراد همتای رشدی خود بروز می‌کند^{۱۱۵}.

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی در میان برخی کودکان در پیش‌دبستان و سال‌های اولیه دبستان پدیدار می‌شود. کنترل رفتار و توجه برای این کودکان دشوار است. تخمین زده می‌شود که بین ۳ الی ۵ درصد کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی باشند، بدین معنا که در کلاسی با ۳۰ دانش‌آموز، احتمالاً حداقل یک کودک مبتلا به این اختلال است. ویژگی‌های اصلی اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی عبارتند از:

- بی‌توجهی
- بیش‌فعالی
- تکانشگری

این علائم در ابتدای زندگی کودک نمایان می‌شوند. بسیاری از کودکان دیگر نیز این علائم را (در سطح کم) نشان می‌دهند یا ممکن است علائمشان ناشی از اختلال دیگری باشد. بنابراین، معاینه دقیق و تشخیص درست توسط فرد حرفه‌ای دارای صلاحیت ضروری است.

تمایز بی‌توجهی و ناآرامی برای والدین و معلمان دشوار است. بسیاری از کودکان کم‌سن با آرام نشستن، توجه کردن و تمرکز بر کارهای نظری مشکل دارند، اما این به معنای ابتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی نیست.

^{۱۱۴} impulsivity

^{۱۱۵} ADHD Information from Eli Lilly and Company. (2007) "What is ADHD?" page on URL: http://www.adhd.com/parents/parents_adhd.jsp [16 Nov. 2007]

رژیم غذایی کودک نیز شاید بر رشد این اختلال تأثیر داشته باشد. برخی کودکان باید از کنسرو، مواد شیمیایی، گلوتن و محصولات لبنی در تغذیه خود پرهیز کنند.

جوانب مثبت اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی

کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی اغلب خلاق و سرشار از ایده‌های جالب هستند. آن‌ها ابتکار عمل دارند و سطح بالای فعالیتشان اغلب باعث می‌شود کارهایی را که دیگران در انجام آن‌ها دچار مشکل می‌شوند، درست انجام دهند. بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال به راحتی با دیگران آشنا و دوست می‌شوند. برخی از رهبران سیاسی و افراد موفق در عرصه تجارت مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی هستند.

شناسایی بهنگام^{۱۱۶}

والدین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی اغلب می‌گویند در سن خیلی کم فرزندشان متوجه متفاوت بودنش شده‌اند. شاید کودک شکم درد حاد^{۱۱۷} داشته یا خواباندن و غذا دادن به او مشکل بوده است. برخی دیگر نگران رشد زبانی یا مهارت‌های حرکتی فرزند خود بوده‌اند. در بعضی موارد، ناآرامی کودک در همان چندماهگی بروز می‌کرده و در عین حال مادران بر این باورند که دوران بارداری آن کودک خاص با بارداری‌های قبلی متفاوت بوده است.

نگرانی‌های والدین با فرزندان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی اغلب با بزرگ شدن آن‌ها تشدید می‌شوند زیرا این کودکان وقتی بقیه بچه‌ها به بازی با دوستان خود مشغول می‌شوند، عصبانی می‌شوند و آن‌ها را کتک می‌زنند یا تنهایی بازی می‌کنند، بازی‌ها را به هم می‌زنند و مشخصاً ناآرام هستند. برخی از این کودکان خردسال دچار خشم هستند و ساعت‌ها بدرفتاری می‌کنند.

والدین در دوران مهدکودک اغلب نگران رشد اجتماعی فرزندان خود، ناتوانی در بازی و تعامل با سایر کودکان و ناآرامی مداومشان هستند. برخی کودکان مبتلا، مخصوصاً دختران دچار ناآرامی جسمانی نیستند، بلکه بدون وقفه حرف می‌زنند.

^{۱۱۶} Lommelegen. (2007) "Hva er ADHD" (*What is ADHD*) page on URL: <http://www.lommelegen.no/php/art.php?id=322943> [13 Apr. 2008]

^{۱۱۷} colic

فهمیدن مشکل کودکان کم‌سن‌وسال (پیش از دبستان) و کمک به آن‌ها اغلب برای والدین دشوار است. کودکان در این سال‌ها رشد سریعی دارند و تعدادی از آن‌ها آرام می‌شوند (بر نازاری خود غلبه می‌کنند) و هم‌سطح سایر کودکان می‌شوند، به‌خصوص اگر والدین و معلمان انرژی آن‌ها را مدیریت کنند. بعضی دیگر علائمشان افزایش می‌یابد و با بزرگتر شدن و گسترش مطالبات در منزل و در مدرسه آشکارتر می‌شوند.

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی^{۱۱۸}

- به کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی باید اجازه داد تا هنگام یادگیری حرکت کنند. بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال نیاز دارند که هنگام شنیدن به دیگران حرکت کنند و چنانچه آن‌ها را مجبور به بی‌حرکت نشستن کنیم، از تمرکزشان برای آرام نشستن استفاده می‌کنند و خیلی کم بر یادگیری متمرکز می‌شوند (شاید هم دیگر هیچ تمرکزی نداشته باشند). البته اجازه حرکت دادن به آن‌ها صددرصد حواس معلمان و سایر کودکان در کلاس را پرت می‌کند. بنابراین، یافتن فعالیت‌های مناسب برای آن‌ها مفید است.
- به این دسته از کودکان باید اجازه پاسخ شفاهی داد، زیرا نگارش برای بسیاری از این کودکان شکنجه محض است. جهش از قسمت «محاسبه ریاضی» مغز به قسمت «نگاشتن کتاب» مغز هنگام تمرین ریاضی برای خیلی از آن‌ها کاری غیرممکن است. کودک می‌تواند بخشی از متن نوشته را برداشته و بدون مشکل آن را دوباره بنویسد. او همچنین می‌تواند تک‌تک مراحل یک مسئله ریاضی پیچیده را به راحتی دیکته کند، اما اگر هر دوی این فعالیت‌ها به او داده شوند، یک کار پنج‌دقیقه‌ای حدود ۴۵ دقیقه زمان خواهد برد.
- حرکت را باید در اکثر فعالیت‌های یادگیری گنجاند. هنگام یادگیری ریاضی و هجی، کودکان می‌توانند بازی زیر را انجام دهند: در کلاس

^{۱۱۸} Carol's Web Corner. "Top 10 Tips for Teaching ADHD/ADD Children" page on URL: <http://www.westfieldacademy.org/adhd/> [13 Apr. 2008].

Watterdal, T./ Tokhai, S. (2008) "Innovation and Intervention in Primary School Education – Inclusive and Child Friendly Education." Quetta: Balochistan Department of Education / IDP Norway

براساس طول نام خود صفی را تشکیل دهند. به عنوان مثال، کوروش جلوی احمد و احمد نیز جلوی علی قرار می‌گیرد چون تعداد حروف نام او ۵ است. اما حمیدرضا جلوی کوروش می‌ایستد چون نام او از ۷ حرف تشکیل شده است. در نهایت داریوش که نام او ۶ حرف دارد بین علیرضا و کوروش می‌ایستد. این بازی برای کمک به یادگیری هم هجی و هم ریاضی به کودکان، در عین فعالیت جسمانی برای آن‌ها مناسب است. این بازی فوق می‌توان هم توی کلاس و هم در حیاط مدرسه انجام داد.

- به دانش‌آموزان می‌توان فهرستی از کارهای هر روز خود ارائه کرد. این فهرست به کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی کمک می‌کند پاسخگویی و مسئولیت را در خود رشد دهند. بسیاری از کودکان مبتلا علاقه دارند اتفاق بعدی را بدانند، زیرا الزاماً علاقه‌ای به غافلگیر شدن ندارند و با تکمیل کارها و خط زدن آن‌ها از فهرست خود، حس رضایتمندی زیادی به‌دست می‌آورند.

اختلالات طیف درخودماندگی یا اوتیسم

عبارت اختلالات طیف درخودماندگی یا اوتیسم اصطلاحی کلی است که دربرگیرنده اوتیسم، سندروم اسپرگر^{۱۱۹} (که تحت عنوان اوتیسم با کارکرد بالا نیز شناخته شده)، اختلال اوتیستیک و اوتیسم کلاسیک است (که تحت عنوان اوتیسم کتر^{۱۲۰} نیز شناخته می‌شود). اطلاعات مندرج در این بخش مربوط به کودکان مبتلا به اوتیسم و سندروم اسپرگر است.

تمام کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم طبق شکل زیر در سه حوزه اصلی دچار مشکل هستند. اما شکل بروز این سه دسته از اختلالات در میان افراد بسیار متفاوت است.

۱۱۹ Asperger's syndrome

۱۲۰ Kanner's autism

شکل ۱: اختلالات سه گانه - اختلالات طیف اوتیسم



این سه حوزه اصلی را در اصطلاح اختلالات سه گانه می‌نامند:

- رفتار و درک اجتماعی
- ارتباط اجتماعی (کلامی و غیرکلامی)
- انعطاف‌ناپذیری فکر و دشواری در تصور اجتماعی

این انواع رفتار به صورت انفرادی در میان کودکانی هم که به اوتیسم مبتلا نیستند، در برهه‌های مختلف زمانی بروز می‌کنند. اما تشخیص اختلالات طیف اوتیسم فقط در صورتی است که رفتار کودک نمایانگر هر سه اختلال باشد.

برخی کودکان مبتلا به سایر اختلالات، مخصوصاً اختلالات شنوایی و رشدی هم چنانچه بیش از حد دچار آزار یا کم‌تحریکی باشند، مبتلا به رفتار اوتستیک می‌شوند.

کودکانی هم که از افسردگی رنج می‌برند یا در شرایط نابسامانی شدید (جنگ، قحطی، بلاهای طبیعی و غیره) به سر می‌برند، شاید دچار رفتار اوتستیک شوند، مگر آن‌که نیازهای آنان در منزل، مدرسه و جامعه دقیقاً به شکلی مناسب برآورده شود.

عوامل اختلالات طیف اوتیسم در اکثر موارد ناشناخته‌اند و شاید در هر کودک شکلی منحصر به فرد داشته باشند. در چند سال اخیر افزایش شدیدی در موارد تشخیص داده شده کودکان مبتلا به اوتیسم اتفاق افتاده که دلیل این روند نیز ناشناخته است. علت آن شاید شناخت بهتر علم پزشکی درباره این اختلال و در نتیجه افزایش تشخیص باشد. شاید افزایش واقعی در بروز این اختلال رخ داده باشد یا پذیرش تشخیص اوتیسم در مقایسه با اختلالات رشدی در والدین بیشتر شده باشد. امکان هم دارد که ترکیبی از این سه عامل نیز علت افزایش موارد تشخیص اوتیسم باشد.

اکثر کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم در کنار خانواده خود به سر می‌برند و بسیاری از این خانواده‌ها تنش عصبی زیادی را تجربه می‌کنند. والدین از فرزندان خود (آن دسته از کودکانی که به مدرسه نمی‌روند) در تمام ساعات روز، شب، تعطیلات آخر هفته و تمام ایام تعطیل حمایت می‌کنند. مسلماً آن‌ها برای بهره‌مندی از یک زندگی با کیفیت به خدمات گسترده حمایتی نیاز دارند، زیرا بسیاری از کودکان مبتلا به اوتیسم نیاز دارند به‌طور مدام تحت نظارت باشند.

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم و چگونگی ایجاد مدارس سازگار با این‌گونه کودکان

- تمام معلمان باید شناسایی و برطرف‌سازی نیازهای همه کودکان به‌خصوص کودکان دارای معلولیت، از جمله کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم را مسئولیت خود تلقی کنند.

- یک معلم باید به عنوان معلم مرجع در مدرسه داوطلب شود.
- یک معلم (بهتر است داوطلب باشد) باید انتخاب شود تا مسئول اصلی اختلالات طیف اوتیسم باشد. او باید در این زمینه آموزش دیده باشد و متعاقباً همکاران خود را که در تماس با چنین کودکانی قرار می‌گیرند یا به آن‌ها تدریس می‌کنند، راهنمایی کند.
- معلمان دارای دانش و تجربه تدریس و کار با کودکان مبتلا به این اختلال را باید ترغیب کرد تا تخصص خود را با همکارانشان در مدرسه و خارج از آن به اشتراک بگذارند، مثلاً با شرکت در برنامه‌ی کمک‌های اجتماعی در محل و همچنین گفت‌وگو با مقامات مسئول آموزشی و مدارس نزدیک.
- برای استفاده معلمان، مقامات مسئول مدرسه و والدین، باید بانک‌های اطلاعاتی مدرسه را در خصوص تحولات جدید مرتبط با این اختلال مدام به‌روز کرد.
- باید با کارکنان متخصص (معلمان کمکی از مراکز و واحدهای حمایتی) مشورت کرد و به تشویق آن‌ها برای ایجاد نظام پویای حمایتی پرداخت.
- باید اطمینان حاصل کرد که برنامه‌های یادگیری فردی برای کودکان مبتلا به این اختلال به شکلی که نیازهای آنان برآورده شود، در برنامه‌ها گنجانده می‌شود.
- باید فرصت‌هایی را به کودکان مبتلا به این اختلال داد تا مهارت‌های فراگرفته در یک محیط را به سایر محیط‌ها تعمیم دهند.

صرع

صرع وضعیت پزشکی است که طی آن کارکردهای مختلف ذهنی و جسمانی بدن دچار حمله می‌شوند. فردی که حداقل دو حمله داشته باشد، مبتلا به صرع در نظر گرفته می‌شود. حمله زمانی رخ می‌دهد که فعالیت کوتاه و قوی الکتریکی بدن بر قسمتی از مغز یا کل آن اثر می‌گذارد. حملات از چند ثانیه تا چند دقیقه به درازا می‌کشند و علائم متعددی از جمله انقباض و از دست دادن هوشیاری دارند، همچنین مواردی که همیشه برای فرد مبتلا یا متخصصان بهداشت به عنوان حمله شناخته می‌شوند (مانند خیره شدن بدون پلک زدن، گاز گرفتن لب یا حرکات سریع اندام)^{۱۲۱}.

صرع برای برخی ترسناک به نظر می‌آید و به همین علت در بسیاری از فرهنگها و سنن آن را با جادوگری مرتبط می‌دانند. در ادامه فهرستی از آنچه باید و نباید درباره این بیماری انجام داد، آمده است^{۱۲۲}:

- حفظ آرامش.
- حفاظت از سر کودک با گذاشتن بالش زیر آن یا دستان خود به دور سر او تا مصدوم نشود.
- اطمینان از این‌که اشیائی که می‌توانند باعث جراحت شوند (مانند میز، صندلی و غیره) در اطراف نباشند.
- قرار دادن کودک بر پهلو تا بزاقش وارد نای نشده و باعث خفگی نشود.
- باز کردن دکمه‌های لباس‌های تنگ.
- ماندن در کنار کودک تا زمان هوشیاری.
- دادن حس امنیت به کودک در هنگام هوشیاری

^{۱۲۱} Epilepsy Foundation. (2008) "About Epilepsy - What Is Epilepsy?" page on URL:<http://www.epilepsyfoundation.org/about/> [8 Jan. 2008]

^{۱۲۲} Epilepsy Support Association, Uganda. (2005) *Epilepsy Torch*. Vol. 1, Issue 1, July 2005. Kampala: EASU, p. 11

- امتناع از دادن آشامیدنی به کودک قبل از بهبودی.
- قرار ندادن چیزی بین دندان‌هایش.
- محدود نکردن حرکت اندام.
- در صورت امکان، بردن کودک به بیمارستان.
- چنانچه کودک دارو مصرف می‌کند، استفاده به‌موقع از آن در زمان تجویز شده بسیار مهم است.

سندروم تور^{۱۲۳}

سندروم تور وضعیت پزشکی شناخته شده‌ای است که اغلب ارثی است اما عامل آن هنوز نامشخص است. البته مانند بسیاری دیگر از بیماری‌های مزمن راههایی برای کنترل آن موجود است ولی در حال حاضر به عنوان یک بیماری لاعلاج شناخته می‌شود. سندروم تور وضعیت بسیار پیچیده‌ای است اما می‌توان آن را به عنوان اختلال حرکت، وضعیت نورولوژیک یا عصب‌شناختی-روان‌شناختی در نظر گرفت که در تمام جوانب زندگی و آموزش تأثیرگذار است.^{۱۲۴}

علائم سندروم تور عبارتند از: تیک‌های عصبی، حرکات مکرر و صداهای مزمن و غیرارادی. فرد مبتلا به این سندروم شاید بتواند تا مدتی این علائم را سرکوب کند، اما در نهایت نمی‌توان جلوی تیک‌های عصبی را گرفت. این تیک‌ها اغلب حول و هوش هفت‌سالگی آغاز می‌شوند و در تمام زندگی برقرارند، اگرچه علائم در اواخر نوجوانی کاهش پیدا می‌کنند. علائم اولیه اغلب تیک‌های عصبی صورت مانند پلک زدن سریع یا حرکات دهان هستند. سندروم تور شاید با صداهایی شبیه صاف‌کردن گلو و بو کردن یا با تیک‌های عصبی چندگانه دارای صدا آغاز شود. تیک‌های عصبی حتی در خود فرد نیز می‌توانند به اشکال مختلف پدیدار شوند:

- در اثر گذر زمان می‌توانند بهتر و بدتر شوند.
- یک تیک تمام شده و تیک دیگری آغاز می‌شود.

^{۱۲۳} Tourette's Syndrome

^{۱۲۴} Tourette Syndrome (UK) Association. (2008) "TS Facts" page on URL: <http://www.tsa.org.uk/> [8 Jan. 2008]

- تنش و اضطراب شاید آن‌ها را وخیم‌تر کند.
- تیک‌ها شاید با آرامش یا تمرکز بر کاری جذاب بهتر شوند.

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان مبتلا به سندروم تورِت

اکثر این راهنمایی‌ها در بخش‌های قبلی مربوط به سایر معلولیت‌ها و همچنین در کتابچه‌های شماره ۱، ۴، ۵ و ۶ تشریح شده‌اند. همچنین، این راهبردها به همه کودکان کمک می‌کند تا یادگیری بهتر داشته باشند و بنابراین به نفع فضای عمومی یادگیری در کلاس هستند.

- استفاده از سبک‌های انعطاف‌پذیر تدریس.
- استفاده از راهبردهای یادگیری دو نفره و گروهی توأم با همکاری.
- ایجاد فضای گرم و سازگار با یادگیری در کلاس.
- تلاش در جهت کاهش سطوح تنش تا میزان ممکن، به‌خصوص در ارتباط با آزمون‌ها و امتحانات.
- دادن فرصت استراحت‌های کوتاه فراوان در حین تدریس.
- تأمین مکانی ایمن برای کودکان مبتلا به سندروم تورِت برای آزادسازی تیک‌های خود.



مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری

مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری عبارت غیردقیقی است که تعریف مناسب آن دشوار است. بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به این مشکلات دارای گرفتاری‌های پیچیده و مزمن هستند که آن‌ها را در معرض خطر جداسازی از مدرسه و جامعه قرار می‌دهد.^{۱۲۵}

رفتار مقبول اجتماعی در بسترهای مختلف فرهنگی، دینی و سنتی کاملاً متفاوت است، بنابراین مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری به شدت تحت تأثیر پیشینه و وضعیت کودکان است.

کودکان دارای معلولیت‌های متفاوت، در صورتی که والدین و معلمان نیازهای فردی (اصلی) آن‌ها را برطرف نکنند، شاید دچار مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری شوند.

ویژگی‌های کودکان دارای مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری کدامند؟^{۱۲۶}

- کودکان دارای مشکلات اجتماعی در قیاس، بازی و تعامل با سایر کودکان یا بزرگسالان، موانعی را تجربه می‌کنند.
- کودکان دارای مشکلات عاطفی، درگیری‌هایی با احساسات خود دارند (از جمله ترس، ناراحتی، تنهایی، رفتارهای متغیر و افسردگی).
- کودکان دارای مشکلات رفتاری دشواری‌هایی را در کنترل رفتار خود تجربه می‌کنند، در حالی که والدین و معلمان اغلب با چالش رفتار تکانشگر، تهاجمی و غیرقابل پیش‌بینی روبه‌رو هستند.

۱۲۵ Social Emotional and Behavioural Difficulties Association. (2006) "Definitions - SEBD and Its Overlap with Disruptive and Anti-Social Behaviour, Mental Health Difficulties and ADHD" page on <http://www.sebda.org/resources/articles/DefiningSEBD.pdf>. [14 Jan. 2008]

۱۲۶ Anderson, R. (2007) "Mappeoppgave i spesialpedagogikk" (Paper on "Special Pedagogy") page on URL: <http://engel.stud.hive.no/5%20semester/spes%20ped.html> [14 Jan. 2008].

Kinge, E. (2000) "Empati hos vuxna som möter barn med särskilda behov" (Paper on "Empathy Among Adults who Interact with Children with Special Needs"). Stockholm: Studentlitteratur AB

کودکان دارای مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری:

- اغلب رفتارهای نامتعارف دارند.
- به شرایط مختلف اجتماعی، شخصی، عاطفی یا جسمانی، واکنشی افراطی نشان می‌دهند.
- دارای عزت نفس پایین و دچار اضطراب، افسردگی یا گوشه‌گیری هستند.
- تنفر، کینه یا نافرمانی از خود بروز می‌دهند.
- یا ساکتند یا به تهدید، مشاجره، به هم ریختن یا فحاشی روی می‌آورند.
- یا اصرار بر ادامه رابطه دارند یا از هرگونه تماسی خودداری می‌کنند.
- امکان دارد سر کلاس حاضر نشوند و اغلب در مدرسه غایب باشند.
- از قوانین و مقررات سرپیچی کنند یا رفتار پرخاشگر، مخرب، یا خشونت‌آمیز از خود نشان دهند.
- اغلب توان یا تمایل کار بدون نظارت مستقیم را ندارند.
- ناآرامند و توان تمرکز ندارند.
- اغلب تمایل ندارند یا نمی‌توانند کارها را تکمیل و دستورها را اجرا کنند.

راهنمایی‌های عملی برای تدریس به کودکان دارای مشکلات اجتماعی، عاطفی و رفتاری^{۱۲۷}

- باید برای یافتن دلیل مشکلات کودک تلاش کرد. این مهم است که پاسخ ما برپایه سنجشی آگاهانه از وضعیت کودک باشد و باید مشکل را با خود کودک و در صورت نیاز با والدین او در میان گذاشت تا بتوان با هم راه حلی برای مشکل پیدا کرد.
- کودکان باید بنا به توانایی‌های فردی (ذهنی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی) خود با چالش مواجه شوند. اصرار به دادن کارهایی که برای کودکان یا بیش از حد پیچیده یا بیش از حد آسان، کسالت‌آور یا نامرتبط با زندگی آن‌هاست، باعث می‌شود رفتار نادرستی از آن‌ها سر بزنند تا پاسخی به این کار بدهند، توجه جلب کنند یا حس شکست را از خود دور کنند.
- باید اطمینان حاصل کرد که از تمام کودکان فارغ از توانایی‌ها، معلولیت‌ها یا پیشینه‌شان تقدیر و تکریم شود. کودکانی که مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند شاید برای جلب توجه بدر رفتاری کنند.
- عواقب رفتارها و کارهای متفاوت باید کاملاً توضیح داده شوند. بدین منوال، کودکان متوجه می‌شوند که آن‌ها نه تنها رفتار خود را انتخاب می‌کنند بلکه با آن رفتار بر دیگران تأثیر می‌گذارند و پاسخ دریافت می‌کنند. بنابراین مسئولیت پاسخ از والدین و معلمان به خود کودکان منتقل می‌شود، زیرا آن‌ها عواقب اعمال خود را تجربه خواهند کرد. پاسخ‌ها باید سنجیده شوند و با اطلاعات دریافتی کودکان پیش از تصمیم‌گیریشان در خصوص عملی خاص مطابقت داشته باشد (برای آشنایی با عواقب مختلف جایگزین رفتارهای مخرب و منفی و رفتارهای مخرب به خود که به آزادی دیگران نیز لطمه وارد می‌کنند، مراجعه کنید به کتابچه تخصصی ۱: انضباط مثبت در کلاس فراگیر و سازگار با یادگیری^{۱۲۸}).

^{۱۲۷} Gateakudemiet. (2007) "Om konsekvenspedagogikk" (*About Consequence Pedagogy*) page on URL: <http://www.gateakademiet.com/content/view/20/35/> [20 Apr.2008].

Astani / Watterdal, p. 2

^{۱۲۸} UNESCO Bangkok. (2007) *Embracing Diversity: Toolkit for Creating Inclusive Learning-Friendly Environments Specialized Booklet 1 – Positive Discipline in the Inclusive, Learning –Friendly Classroom*. Bangkok: UNESCO

- مجموعه‌ای از قوانین و مقررات قابل اجرا برای تک‌تک کودکان در کلاس باید تدوین شود. در ابتدا باید فقط تعداد معدودی قانون داشت و از بهاران کودکان با مقررات پرهیز کرد. این مقررات باید با همکاری کودکان و والدین آن‌ها نگاشته شوند.

مقررات هر کودک باید مختص خود او باشد، چون هر قانون مستلزم سطوح مختلفی از کنترل خود و انضباط منوط به توانایی کودک در کنترل رفتار است.

فعالیت تجربی رفتاری

هر کودک کاغذی با نام خود روی آن دارد که روز اول هفته روی دیوار زده شده است. بچه‌ها پنج قطعه کاغذ رنگی به اشکال مختلف (ماشین، خانه، گل، حیوان، آدم یا هر چیز دیگر) می‌برند. هر روزی که بتوانند قوانین را رعایت کنند، اجازه دارند یکی از قطعات بریده شده را روی کاغذ نام خود بچسباند. در آخرین روز هفته، آن‌ها تصویری کامل خواهند داشت و معلم پیامی برای والدین پشت کاغذ می‌نویسد و اظهارنظر سازنده‌ای در مورد رفتار کودک یادداشت می‌کند (به عنوان مثال، مریم این هفته همه قوانین را رعایت کرده و رفتارش بهتر شده است).

این کار به کودکان فرصت موفقیت و کنترل رفتار خود را می‌دهد. دانش‌آموزان از طریق این فعالیت به عواقب حفظ یا نقض قوانین پی می‌برند.



ناشنوایی و نابینایی مرکب^{۱۲۹}

ناشنوایی و نابینایی مرکب که به آن اختلال حسی دوگانه نیز اطلاق می‌شود، فراتر از ترکیب اختلال بینایی و شنوایی است. افراد نابینا ناشنوا الزاماً به تمامی ناشنوا و نابینا نیستند و بسیاری از این دسته از افراد، مقداری شنوایی و بینایی دارند، در حالی که سایرین تقریباً نبود کامل هر دو حس را تجربه می‌کنند^{۱۳۰}.

وقتی که فرد هم اختلال شنوایی و هم اختلال بینایی دارد، برای ایجاد ارتباط، تعامل با سایرین و درک محیط پیرامون با حواس اصلی خود مشکل خواهد داشت. حدود ۹۵ درصد آنچه ما درباره خود و جهان پیرامونمان یاد گرفته‌ایم از طریق حس‌های بینایی و شنوایی حاصل شده‌اند. فقدان این دو حس بر تردد، ارتباط و دسترسی فرد به اطلاعات به شدت تأثیر می‌گذارد.

ناشنوایی و نابینایی مرکب دارای عوامل متعددی است. کسی که با مشکلات مرکب بینایی و شنوایی به دنیا می‌آید دچار نابینایی و ناشنوایی مرکب مادرزادی است که رایج‌ترین عامل آن عفونت زنان باردار به ویروس سرخجه در طی سه ماه اول بارداری است. در کشورها و مناطقی که نوزادان یا دختران جوان در برابر ویروس سرخجه واکسینه می‌شوند، تعداد کودکان متولد با نابینایی و ناشنوایی مرکب کاهش پیدا می‌کند. چنانچه این مشکلات در سال‌های آتی زندگی ایجاد شوند، به آن ناشنوایی و نابینایی مرکب اکتسابی گفته می‌شود که می‌تواند ناشی از عوامل متعددی مانند سانحه یا بیماری (از جمله مننژیت)، شرایط ژنتیک یا سالمندی باشد. در برخی موارد، افراد با مشکل ژنتیک مانند سندروم آشر^{۱۳۱} به دنیا می‌آیند که در اثر آن به تدریج بینایی و شنوایی خود را از دست می‌دهند. افراد مبتلا به این سندروم دچار وضعیت ژنتیکی هستند که ناشنوا یا کم‌شنوا به دنیا می‌آیند و به تدریج بینایی خود را از دست می‌دهند^{۱۳۲}.

اکثریت گسترده افراد مبتلا به ناشنوایی و نابینایی مرکب دارای مقداری شنوایی یا بینایی

^{۱۲۹} deafblindness

^{۱۳۰} A-Z to Deafblindness. (2002) "Information About Deafblindness" page on <http://www.deafblind.com/info-db.html> [13 Apr. 2008]

^{۱۳۱} Usher syndrome

^{۱۳۲} Sense. (2008) "About Deafblindness" page on <http://www.sense.org.uk/about-deafblindness/index.htm> [7 Jan. 2008]

باقیمانده هستند و علاوه بر زبان اشاره، از حواس خود برای هجی انگشتی یا بریل برای ارتباط استفاده می‌کنند.

چنانچه از دست دادن شنوایی و بینایی قبل از یادگیری الفبای معمول اتفاق بیفتد، به عنوان شکلی از ارتباط می‌توان حروف (که مبتنی بر الفبای نوشتاری نیستند) و کلمات را بر کف دست این افراد کشید.

چنانچه کودک شنوایی و بینایی را پس از یادگیری الفبای معمول از دست بدهد، برای ارتباط می‌توان حروف را بر کف دست کشید. البته در مورد کودکانی که با ناشنوایی و نابینایی مرکب به دنیا می‌آیند یا بینایی یا شنوایی خود را بیش از باسواد شدن (با حروف معمول) از دست می‌دهند، باید از زبان اشاره متفاوتی استفاده شود^{۱۳۳}.

تجارب شنوایی ما در اثر یادگیری، تجارب بینایی و سایر حواس ما را تقویت می‌کنند، بنابراین درک یکپارچه بیشتری را ایجاد می‌کنند. کودکان با ناشنوایی و نابینایی مرکب مادرزادی یادگیری متفاوتی دارند، زیرا هر دو حسشان دست نخورده است. این روند با یادگیرندگانی که نابینا اما شنوا، یا ناشنوا اما بینا هستند، تفاوت دارد. کودکان متولد با ناشنوایی و نابینایی مرکب به آموزش تطبیقی‌یافته مخصوص برای خود نیاز دارند.

رهنمودهای عملی برای تدریس به کودکان مبتلا به ناشنوایی و نابینایی مرکب^{۱۳۴}

- گام اول، یافتن میزان شنوایی و بینایی باقیمانده کودک است.
- چنانچه کودک بینایی یا شنوایی باقیمانده‌ای دارد، باید در جهت به‌کارگیری آن در راستای ایجاد ارتباط و ترغیب یادگیری، رشد و مشارکت تلاش کرد.
- باید با گذاشتن دست‌های خود زیر دستان کودک، و نه فقط شکل دادن دستانش در قالب علائم رسمی، او را به فراگیری روش ارتباط دعوت کرد، زیرا شاید علائم هنوز برای او معنایی نداشته باشند.

^{۱۳۳} The Interpreter's Friend. (2001) "Teaching Deafblind Children" page on <http://www.theinterpretersfriend.com/db/tchg-db-chldrn.html> [4 Aug. 2008]

- چنانچه کودک بخواهد اسباب بازی‌های خود را با ما به اشتراک بگذارد، باید از کارهایی که او با دستان خود می‌کند پیروی کنیم و در کشف و شهودش شریک شویم.
- باید دستانمان را در کنار دستان کودک قرار دهیم و به او اجازه بدهیم که از دستان ما استفاده کند و ما به دستان او جهت ندهیم.
- باید ارتباطی را که کودک می‌خواهد آغاز کند دنبال کنیم و تلاش‌های ارتباطی کودک را پیش از آن‌که از او انتظار درک علائم رسمی ما را داشته باشیم، تفسیر کنیم.
- باید علائم کودکی را که هنوز علائم بسیار محدودی دارد، بپذیریم. از طریق تقلید آن‌ها زیر دستان او و بعد الگوسازی علائم در راستای آن‌چه فکر می‌کنیم دارد به ما می‌گوید (مجدداً با قرار دادن دستان خود زیر دستان او).
- علائم در محدوده میدان دید کودک دارای کارکرد بینایی کافی را باید الگوسازی کرد.
- در زمان آمادگی کودک باید با ایجاد نظام رسمی‌تر روش ارتباطی خود کودک را تقویت کرد. این رویکرد از طریق دادن کنترل بیشتر به او و امکان یادگیری قدرت ارتباط خود، باعث گسترش ارتباط توأم با اعتماد با کودک می‌شود.



اختلالات چندگانه

دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات چندگانه دچار ترکیبی از حداقل دو اختلال زیر هستند^{۱۳۵}:

- اختلال شنوایی
- اختلال بینایی
- اختلال جسمانی
- اختلال رشدی-ذهنی
- اختلالات طیف در خودماندگی یا اوتیسم
- اختلال زبانی-گفتاری

جمعیت دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات چندگانه بسیار کوچک است، اما هر دانش‌آموز نیازهای خاص فردی خود را دارد. موانعی که کودکان مبتلا به حداقل دو اختلال با آن‌ها مواجهند اغلب پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر از موانعی است که افراد دچار اختلال یگانه آن‌ها را تجربه می‌کنند.

اختلال چندگانه^{۱۳۶}

عبارت اختلال چندگانه صرفاً مربوط به هرگونه ترکیب دو اختلال نمی‌شود و در واقع ترکیب اختلالات جسمانی، حسی یا شناختی است که به مشکلات شدید ارتباطی، تعاملی و یادگیری ختم می‌شوند. ناشنوایی و نابینایی مرکب نیز به عنوان اختلال چندگانه تلقی

^{۱۳۵} Queensland Study Authority. (2008) "Multiple Impairment" page on URL: www.qsa.qld.edu.au/yrs1to10/special-needs/docs/multiple-impairment.pdf [9 Jan. 2008]

^{۱۳۶} Skjærten/Sletmo/Watterdal, p. 5

می‌شود.

طبق این تعریف، کودکی که پاهای خود را از دست داده و از صندلی چرخدار برای تردد استفاده می‌کند و همچنین دارای کم‌بینایی است، کودک مبتلا به اختلال چندگانه در نظر گرفته نمی‌شود.

اما کودکی که با اختلال شنوایی به دنیا آمده، دارای کم‌بینایی است و مبتلا به اختلال شدید رشدی هم هست (و از این رو در برقراری ارتباط، حرکت و درک پیرامون خود بسیار محدود است) دچار اختلال چندگانه است.

کودک مبتلا به فلج مغزی شدید، اختلال رشدی و اختلال بینایی نیز دچار اختلال چندگانه است. فرصت‌های یادگیری این کودک به علت ناتوانی در حرکت و بررسی پیرامون خود کاهش می‌یابند. فرایندهای شناختی نیز به خاطر اختلال رشدی محدودند و درک بصری جهان پیرامون به علت کم‌بینایی و توانایی محدود پردازش اطلاعات بصری تقلیل می‌یابند. درک آنچه کودک می‌شنود نیز، حتی اگر شنوایی‌اش مختل نشده باشد، محدود خواهد بود زیرا توان پردازش اطلاعات شنوایی نیز به علت اختلال رشدی آسیب دیده است.

تمام این موارد به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود، مگر آن‌که آموزش متناسب و حساس به وضعیت او ارائه شود.

در کودکان مبتلا به اختلال چندگانه، هر یک از اختلالات تأثیر اختلال دیگر را تشدید می‌کند.



مراجع یادگیری بیشتر: منابع اینترنتی

دسترسی به بسیاری از تارنماهایی که اطلاعات جالب مرتبط با آموزش کودکان با توانایی‌های متنوع در آموزش فراگیر دارند، محدود است یا متأسفانه دسترسی به مطالب آنان رایگان نیست.

تارنماهای زیر مطالب رایگان دارند:

اطلاعات عمومی درباره معلولیت‌ها و اطلاعات خاص پیرامون بسیاری از انواع مختلف معلولیت‌ها

British Stammering Association

<http://www.stammering.org/>

National Centre for Promotion of Employment for Disabled People (India)

<http://www.ncpedp.org/>

Child Rights Information Network

<http://www.crin.org>

Disability News and Information Service (India)

<http://www.dnis.org/>

Disabled People International

<http://www.dpi.org/>

Enabling Education Network

<http://www.eenet.org.uk>

Inter-Agency Network for Education in Emergencies

<http://www.ineesite.org>

آموزش کودکان دارای معلولیت در محیط‌های فراگیر ۱۰۵

IDP Norway

<http://idp-europe.org>

National Center for Learning Disabilities

<http://www.nclld.org/>

National Dissemination Center for Children with Disabilities

<http://www.nichcy.org/>

Public Broadcasting Service

<http://www.pbs.org/wgbh/misunderstoodminds/>

The University of Warwick

<http://www2.warwick.ac.uk/services/tutors/disability/>

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی

Attention Deficit Disorder Resources

<http://www.addresources.org/>

اوتیسم

TeacherNet - Autistic Spectrum Disorder

<http://www.teachernet.gov.uk/wholeschool/sen/asds/>

ناشنوایی و نابینایی مرکب

Sense

<http://www.sense.org.uk/>

اختلال شنوایی

American Sign Language

<http://www.lifeprint.com/>

British Sign Language

<http://www.british-sign.co.uk/signing.php>

Pacific Audiology Center

<http://www.drmehr.org/index.html>

Public Broadcasting Services (PBS)

Sound and Fury

<http://www.pbs.org/wnet/soundandfury/index.html>

Royal National Institute for the Deaf (RNID)

[/http://www.rnid.org.uk](http://www.rnid.org.uk)

مشکلات ویژه یادگیری

Mencap

<http://www.mencap.org.uk/>

اختلال بینایی

Lighthouse International

<http://www.lighthouse.org/>

Centre for Eye Research Australia - University of Melbourne

<http://www.lowvisiononline.unimelb.edu.au/index.htm>

Royal National Institute for the Blind (RNIB)

Sort-it is a web page for visually-impaired children who are ages 11 to 16.

<http://www.sortit.org.uk/welcome.htm>



اطلاعات تماس برای موارد منتشر شده:

UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education

Asia-Pacific Programme for Education for All (APPEAL)

920 Sukhumvit Road

Prakanong

Bangkok 10110-Thailand

EENET Asia

Jalan Panglima Polim X No. 9

Kebayoran baru

Jakarta Selatan 12160-Indonesia

Enabling Education Network

C/O Educational Support and Inclusion

School of Education, University of Manchester

Oxford Road

Manchester M13 9PL-UK

UNICEF East Asia and Pacific Regional Office (EAPRO)

P.O. Box 2-154

Bangkok 10200-Thailand

UNICEF Regional Office for South Asia (ROSA)

P.O. Box 5815

Lekhnath Marg

Kathmandu-Nepal



واژه نامه

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی وضعیت نورولوژیکی است که بخشی از آن مرتبط با کالبدشناسی و شیمی مغز است. این اختلال خود را در قالب بی‌توجهی یا بیش‌فعالی-تکانشگری مستمر به میزان بیشتر و شدیدتر از آنچه در افراد دارای سطح مشابه رشد مشاهده می‌شود، بروز می‌دهد.^۱

آدیوگرام

Audiogram

آدیوگرام تصویر شنوایی افراد است. نتایج آزمون شنوایی‌سنجی روی آدیوگرام ضبط می‌شود. خطوط عمودی روی آدیوگرام نمایانگر فرکانس و خطوط افقی نمایانگر بلندی (حجم) یا شدت صدا هستند (به مثال داخل متن مراجعه کنید).^۲

ارتباط افزوده و جایگزین

Augmentative and Alternative Communication (AAC)

ارتباط افزوده و جایگزین عبارتی است که برای توصیف روش‌های اضافی کمک به افرادی به کار می‌رود که ارتباط از طریق گفتار یا نوشتار برایشان سخت است. این ابزار به آن‌ها کمک می‌کند تا راحت‌تر ارتباط برقرار کنند. ارتباط افزوده و جایگزین شامل روش‌های متعدد متفاوتی است: علائم و نشانه‌ها، جداول تصویری، کتاب‌ها و رایانه‌های مخصوص. این ابزار به افراد در درک آن‌چه به آن‌ها گفته می‌شود و همچنین توان ابزار آن‌چه می‌خواهند، کمک می‌کند.^۳

^۱ ADHD Information from Eli Lilly and Company. (2007) "What is ADHD?" page on URL: http://www.adhd.com/parents/parents_adhd.jsp [16 Nov. 2007]

^۲ Mehr, A. (n.d.) "Audiograms - Understanding Your Audiogram" page on URL: <http://www.drmehr.org/audiograms.html> [9 Jan. 2008]

^۳ International Society for Augmentative & Alternative Communication. (n.d.) "What is AAC" page on URL: http://www.isaac-online.org/en/aac/what_is.html [19 Feb. 2008]

اوتیسم یک معلولیت مادام‌العمر رشدی است که بخشی از طیف اوتیسم به حساب می‌آید و برخی اوقات به آن اختلال طیف اوتیسم اطلاق می‌شود. به کارگیری واژه طیف به خاطر آن است که اگرچه تمام افراد مبتلا به اوتیسم دارای سه حوزه اصلی مشترک در مشکلاتند اما وضعیت آن‌ها بسیار متفاوت است. سه حوزه اصلی مشکلات افراد مبتلا به اوتیسم که در برخی موارد آن‌ها را اختلالات سه‌گانه می‌نامند، عبارتند از:

مشکلات ارتباط اجتماعی

مشکلات تعامل اجتماعی

مشکلات تصور اجتماعی

آگاهی‌رسانی در خصوص این اختلالات کاری است دشوار، زیرا افراد مبتلا معلول به نظر نمی‌آیند. والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم اغلب اعلام می‌کنند که دیگران فکر می‌کنند که کودک آن‌ها صرفاً دارد شیطنت می‌کند. بزرگسالان مبتلا به اوتیسم نیز در روابط خود دچار سوءتفاهم می‌شوند.^۴

درخودماندگی یا اوتیسم – اختلالات
طیف اوتیسم

Autism / Autistic Spectrum Disorder

بریل

Braille

بریل سیستم خواندن و نوشتن برای افراد نابینا یا کم‌بیناست. بریل متشکل است از نقاط برجسته که به شکلی متوازن در سلول‌ها یا فضاها قرار داده می‌شوند. در هر سلول، جای برای شش نقطه (سه عمودی و دو افقی) موجود است. با انتخاب یک یا چند نقطه در وضعیت یا ترکیب خاص، می‌توان ۶۳ کاراکتر متفاوت را شکل داد. برای کمک به توصیف این کاراکترها از طریق نقطه یا نقاط، شش نقطه سلول حاوی عدد ۱، ۲ و ۳ به سمت پایین چپ و ۴، ۵ و ۶ به سمت پایین راست عددگذاری هستند.

خط بریل رسماً دارای دو سطح است. سطح اول بریل کاملاً هجی شده و متشکل از الفبا، علائم نقطه‌گذاری، اعداد و بسیاری از علائم ترکیبی مختص بریل است. سطح دوی بریل (بریل مختصر شده) متشکل از سطح یک و همچنین اختصارات و اشکال کوتاه شده کلمات است.

اکثر زبان‌های آسیایی کدی بریل دارند. علاوه بر زبان‌هایی که از حروف لاتین استفاده می‌کنند، خط بریل برای زبان‌های دارای کارکترهای چینی، ژاپنی و کره‌ای و همچنین زبان‌هایی که از الفبای عربی، سیریلیک، هیندی، سنگالی، تامل و تایلندی (و برخی دیگر) موجود است.

Cerebral Palsy

فلج مغزی ناشی از مصدومیت بخشی از مغز در طی مراحل اولیه رشد است که حرکت را کنترل می‌کند. در اکثر موارد، این عارضه طی بارداری رخ می‌دهد اما در طی زایمان یا در اثر جراحات دوران اولیه نوزادی (مانند کمبود اکسیژن ناشی از حالت شبه‌خفگی، مننژیت، مصدومیت سر یا تکان‌های شدید) نیز به وجود می‌آید.

کودکان مبتلا به فلج مغزی از مشکلات زیر رنج می‌برند:

- حرکت کل یا بخشی از بدن
- صحبت کردن و همچنین ارتباط غیرکلامی (حالات صورت همواره عواطف واقعی را نشان نمی‌دهند. به عنوان نمونه، کودک شاید در حال لبخند باشد در حالی که در واقع عصبانی یا ناراحت است)
- حرکات غیرارادی عضلانی (اسپاسم)
- خوردن و آشامیدن
- سفتی یا ضعف عضلانی
- تعادل و هماهنگی
- ایستایی (توان قرار دادن بدن در وضعیت انتخابی و نگاه داشتن آن در همان وضعیت)

کاشت حلزون

Cochlear Implant

دستگاه الکترونیکی که حس شنوایی را به کودکان، نوجوانان و بزرگسالان ناشنای مادرزادی یا ناشنوا شده قبل از یادگیری زبان بازمی‌گرداند. این ابزار نوعی سمعک پیچیده است که گیرنده آن طی جراحی پشت گوش کاشته می‌شود و الکترودها در گوش داخلی (حلزون) قرار می‌گیرند. قسمت بیرونی دستگاه متشکل از یک میکروفن و یک فرستنده است. الکترودها در گوش داخلی نصب می‌شوند تا با بخش‌های تخریب نشده عصب شنوایی در تماس باشند.^۵

ارتباط

Communication

ارتباط شامل موارد زیر است: زبان‌ها (از جمله زبان اشاره)، نمایش متن، بریل، ارتباط لمسی، چاپ‌های بزرگ، چند رسانه‌ای‌های قابل دسترس و همچنین زبان‌های نوشتاری، شنوایی و ساده و خوانشگر انسانی (human-reader) و ابزار افزوده و جایگزین ارتباط که از طریق فناوری اطلاعات و ارتباطات تأمین می‌شوند.^۶

ناشنوا

Deaf

فرد ناشنوا از دیدگاه شنوایی-سنجی کسی است که کم‌شنوایی او در حدی شدید است که (حتی هنگام استفاده از سمعک و سایر تجهیزات فنی) نمی‌تواند گفتار شفاهی را درک کند و از کنترل صدایش ناتوان است. از دیدگاه فرهنگی، فرد ناشنوا کسی است که ترجیح می‌دهد اغلب از طریق زبان اشاره ارتباط برقرار کند.^۷

۵ Skådalen Resource Centre. (2007) "Glossary of Hearing-related Terms." Oslo: Skådalen Kompetansesenter, p. 12

۶ United Nations. (2006) "Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Article 2" page on <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> [11 Jan. 2008]

۷ Skådalen Resource Centre, p. 14

Deafblindness

ناشنوایی و نابینایی مرکب (یا اختلال حسی دوگانه) بیش از صرفاً ترکیب اختلال بینایی و شنوایی است. افراد مبتلا به ناشنوایی و نابینایی مرکب الزاماً کاملاً ناشنوا و کاملاً نابینا نیستند و بسیاری از آن‌ها شنوایی و بینایی باقیمانده‌ای دارند، درحالی‌که سایرین تقریباً هر دو حس را کاملاً از دست داده‌اند. حدود ۹۵ درصد آن‌چه در مورد خود و جهان پیرامون خود می‌دانیم از طریق بینایی و شنوایی حاصل می‌شود. بدون این دو حس، توانایی تردد، ارتباط و دسترسی به اطلاعات به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرند.^۸

Decibel

دسی‌بل واحد استفاده شده برای سنجیدن شدت صدا (حجم یا بلندی) است. گوش انسان همه‌چیز، از حرکت آرام نوک انگشت دست روی پوست تا صدای بلند موتور جت را می‌شنود. در مقیاس دسی‌بل، کوچک‌ترین صدای قابل شنیدن (نزدیک سکوت کامل) یک دسی‌بل است. صدایی با ۱۰ برابر قدرت ۱۰ دسی‌بل است و صدای ۱۰۰ مرتبه قوی‌تر از سکوت تقریباً ۲۰ دسی‌بل است. صدای هزار برابر قوی‌تر از سکوت تقریباً ۳۰ دسی‌بل است. هر صدای بالای ۸۵ دسی‌بل (به عنوان مثال، دستگاه چمن‌زنی، بوق خودرو یا کنسرت موسیقی راک) می‌تواند به کم‌شنوایی منجر شود و این کم‌شنوایی هم با قدرت صدا و هم طول در معرض بودن مرتبط است.^۹ دسی‌بل مرتبط با اختلال شنوایی باید در ارتباط با هرتز (فرکانس) در نظر گرفته شود، زیرا ترکیب این دو بهترین سنجش برای کم‌شنوایی است.

^۸ A-Z to Deafblindness. (2002) "Information about Deafblindness" page on URL: <http://www.deafblind.com/info-db.html> [13 Apr. 2008]

^۹ How Stuff Works. (2008) "What Is a Decibel and How Is It Measured?" page on URL: <http://www.howstuffworks.com/question124.htm> [5 Jan. 2008]

اختلال رشدی

اختلال رشدی عبارت است از اختلال شناختی مادرزادی (موجود در زمان تولد) یا اکتسابی در اوان کودکی. اختلال رشدی عبارت کلی برای تعدادی موارد تشخیصی یا شرایط متفاوت است که ویژگی مشترک آن‌ها اختلال در توان یادگیری و سر و کار داشتن با جامعه است.^{۱۰}

Developmental Impairment

معلولیت

طبق تعریف طبقه‌بندی بین‌المللی کارکرد، معلولیت ناشی از تعامل میان فرد مبتلا به اختلال و موانع محیطی و نگرشی فراروی فرد است.^{۱۱}

Disability

یا:

محدودیت یا ناتوانی انسان در اجرای فعالیت در محدوده نرمال در نظر گرفته شده، که اغلب ناشی از اختلال است.^{۱۲}

سندروم داون

سندروم داون ناشی از مواد ژنتیک اضافی بر کروموزم ۲۱ است. این مسئله می‌تواند متعاقب فرایند جدا نشدن متریال ژنتیک در بخش اساسی تشکیل گامت‌ها رخ دهد و باعث پیدایش کروموزم اضافی (تحت عنوان تریزومی ۲۱) می‌شود. علت جدا نشدن ناشناخته است. اگرچه برخی اوقات با سن مادر بستگی دارد. مواد اضافی موجود بر رشد تأثیر می‌گذارد و به وضعیتی تحت عنوان سندروم داون منجر می‌شود. نام این سندروم از دکتر لنگدون داون^{۱۳} گرفته می‌شود که اولین پزشکی بود که یافته‌های خود در این باره را در سال ۱۸۶۶ (۱۲۴۵) ثبت کرد. در سال ۱۹۵۹ (۱۳۳۸)، تریزومی ۲۱ به عنوان عامل سندروم داون شناسایی شد.^{۱۴}

Down Syndrome

۱۰ The Norwegian Association for the Developmentally Disabled. (2005) Strategy for NFU's Work for International Solidarity - 2006 and Beyond. Oslo: Norsk Forbund for Utviklingshemmede

۱۱ Disabled People International. (2005) "DPI Position Paper on the Definition of Disability" page on URL: <http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=74> [15 Nov. 2007]

۱۲ Barbotte et al, p. 1047

۱۳ Dr. Langdon Down

۱۴ World Health Organization. (2008) "Genes and Human Disease: Genes and Chromosomal Diseases" page on URL: <http://www.who.int/genomics/public/genet-icdiseases/en/index1.html> [9 Jan. 2008]

محاسبه‌پیشی عبارت است از اختلال در توان محاسبه و پردازش ریاضی. مشکل در پذیرش دریافت، درک یا تولید اطلاعات کمی و فضایی (محل استقرار فیزیکی اشیاء و روابط متری بین آنها) است.

محاسبه‌پیشی

Dyscalculia

خوانش‌پیشی عبارت است از اختلال خواندن که بر فرایند یادگیری جنبه‌های مختلف سوادآموزی و برخی اوقات حساب‌آموزی کودکان، جوانان و بزرگسالان رخ می‌دهد. ضعف مستمر نیز در حافظه کوتاه‌مدت، سرعت پردازش، مهارت توالی‌سازی، درک سمعی یا بصری، زبان گفتار و مهارت‌های حرکتی شناسایی می‌شود.

خوانش‌پیشی

Dyslexia

نوشتارپیشی عبارت است از اختلال در توان نگارش که باعث نادرستی یا نامفهومی نوشته‌های فرد می‌شود. این اختلال در میان کودکان اغلب در زمان آشنایی آنها با نوشتن بروز می‌کند. این کودکان علی‌رغم آموزش مفصل، حروف را با اندازه‌های نامناسب یا فواصل نادرست و همچنین کلمات را غلط یا با هجی نادرست می‌نویسند.^{۱۵}

نوشتارپیشی

Dysgraphia

کنش‌پیشی عبارت است از اختلال یا نرسیدن به بلوغ در ساماندهی حرکات. مهارت‌های ظریف و بزرگ (مرتبط با تعادل و هماهنگی) و مهارت‌های ظریف حرکتی (مرتبط با دست گرفتن اشیاء) به سختی یاد گرفته و همچنین حفظ شده و تعمیم داده می‌شوند. از این رو، نوشتن بسیار سخت و زمان‌بر بوده و یادگیری مهارت‌های استفاده از صفحه کلید رایانه و استفاده از بسیاری از آلات موسیقی نیز دشوارند.

کنش‌پیشی

Dyspraxia

^{۱۵} National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2007) "What is Dysgraphia" Page on URL: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/dysgraphia/dysgraphia.htm> [18 Apr. 2008]

مداخله بهنگام

Early Intervention

مداخلات بهنگام دوران کودکی عبارتند از خدمات چندرشته‌ای ارائه شده به کودکان، از تولد تا پنج‌سالگی، با اهداف زیر: ارتقای سلامت و نیک‌بود^{۱۳} کودک، ارتقای توانمندی‌های در حال بروز، حداقل‌سازی تأخیرات رشدی، حل معلولیت‌های موجود یا در حال بروز، پیشگیری از کاهش کارکرد و ترویج تطبیق‌پذیری والدین و کارکرد کلی خانواده. این اهداف از طریق ارائه خدمات فردی رشدی، آموزشی و درمانی به کودکان در کنار مداخلات برنامه ریزی شده مشترک برای خانواده‌های آنان تحقق می‌یابند.^{۱۴}

صرع

Epilepsy

صرع وضعیت پزشکی است که طی آن حملاتی رخ می‌دهند و شاید برخی کارکردهای ذهنی و جسمانی تحت تأثیر قرار بگیرند. فرد دارای حداقل دو حمله مبتلا به صرع قلمداد می‌شود. حمله زمانی رخ می‌دهد که فعالیت کوتاه و قوی الکتریکی بدن بر قسمتی از مغز یا کل آن اثر می‌گذارد. حملات از چند ثانیه تا چند دقیقه به درازا می‌کشند و علائم متعددی از جمله انقباض و از دست دادن هوشیاری دارند، همچنین مواردی که ممکن است برای فرد مبتلا یا متخصصان بهداشت به عنوان حمله شناخته نشوند (مانند خیره شدن بدون پلک زدن، گاز گرفتن لب یا حرکات سریع اندام)^{۱۵}.

^{۱۴} Shonkoff, J./Meisels, S. (2007) Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: Cambridge University Press, p. XVIII

^{۱۵} Epilepsy Foundation. (2008) "About Epilepsy - What Is Epilepsy?" page on URL:<http://www.epilepsyfoundation.org/about/> [8 Jan. 2008]

Handicap

محدودیت عبارت است از عواقب اجتماعی یا محیطی اختلال جسمانی یا رشدی. هیچ کس محدودیت ندارد اما بسیاری از جوامع افراد (دارای اختلال یا اختلال حس شده) را با ایجاد موانع منجر به طرد، تبعیض و تعصب محدود می‌کنند و آن‌ها را از انتخاب و تصمیم در عرصه زندگی محروم می‌سازند. بنابراین، محدودیت مرتبط با ناتوانی (کمبود) جامعه یا نظام است و به توانایی‌های فرد ارتباطی ندارد. واژه انگلیسی آن امروزه مناسب در نظر گرفته نمی‌شود، چون انگ و تبعیض به دنبال دارد^{۱۸}.

Haemophilia

هموفیلی عبارت است از تمام بیماری‌های ارثی که طی آن انعقاد نرمال خون دچار اختلال می‌شود. افراد مبتلا به هموفیلی دچار خونریزی‌های طولانی از زخم‌های بسیار کوچک و همچنین خونریزی‌های داخلی دردناک بدون دلیل مشخص می‌شوند. هموفیلی تقریباً همیشه به جنسیت بیولوژیک فرد مرتبط است، زیرا فقط از طریق زنان به نوزادان پسر منتقل می‌شود. مردان مبتلا به رایج‌ترین شکل هموفیلی توان ساختن فاکتور ۸، یعنی پروتئین انعقاد خون را ندارند. افراد مبتلا به این بیماری علی‌رغم وجود درمان همچنان در معرض ساده‌ترین احتمال خونریزی به‌سر می‌برند. این بیماری دردناک است و می‌تواند باعث ناهنجاری مفاصل منجر به اختلال فیزیکی شود^{۱۹}.

۱۸ Watterdal/Tahir, p. 4

۱۹ Watterdal/Tahir, p. 4

کم‌شنوایی

Hard of Hearing

این عبارت برای توصیف میزانی از کم‌شنوایی (از کم تا عمیق) برای فردی به کار می‌رود که اغلب از نوعی وسیله افزایش صدا برخوردار است. اکثر افراد مبتلا به کم‌شنوایی با استفاده از صدای خود ارتباط برقرار می‌کنند، اما تعداد کمی از آن‌ها زبان اشاره را فرا می‌گیرند. اغلب این افراد با به کارگیری شنوایی باقیمانده خود از طریق سمعک، خواندن گفتار و ابزار کمکی تسهیل‌کننده ارتباط به مشارکت اجتماعی می‌پردازند.^{۲۰} به افراد کم‌شنوا و ناشنوا، همچنین افراد دارای اختلال شنوایی نیز گفته می‌شود.

اختلال شنوایی

Hearing Impairment

اختلال شنوایی عبارت کلی به کار برده شده برای توصیف کم‌شنوایی کامل (ناشنوایی) یا کم‌شنوایی جزئی است.

اختلال

Impairment

هرگونه فقدان یا نابسامانی موقت یا دائمی در عضو یا کارکردی در بدن، چه فیزیولوژیک چه روانی اختلال نامیده می‌شود. اختلال عبارت است از نابسامانی‌های تأثیرگذار بر کارکردها که اساساً ذهنی (حافظه، هوشیاری) یا حسی یا مرتبط با ارگان‌های داخلی (قلب، کبد، سر، بدن یا اندام است)^{۲۱}

۲۰ Deafness Research Foundation. (2002) "Glossary of Medical Terms" page on URL:http://www.drf.org/hh_dictionary/glossary.htm [18 Apr. 2008]

۲۱ Barbotte et al., p. 1047

Intellectual Impairment

اختلال فکری عبارتی است که برای توصیف مجموعه‌ای از شرایط مرتبط با کمبود در کارکرد شناختی و مهارت‌های تطبیقی به کار می‌رود. به عبارت دیگر، اختلال فکری می‌تواند بر مهارت استدلال و درک فرد، کسب مهارت‌ها و دستاورهای رشدی در دامنه سنی معمول، حل مشکل و مطابقت با شرایط جدید و همچنین یادگیری و به یاد آوردن به سادگی دیگران تأثیرگذار باشد.^{۲۲} در این کتابچه از عبارات «اختلال فکری» و «اختلال رشدی» برای توصیف مجموعه یکسان شرایط استفاده شده است.

Invalid

از این عبارت دیگر نباید استفاده کرد چون توأم با تبعیض و انگ‌گذاری است. در گذشته اغلب برای افراد دارای اختلال جسمانی (حرکتی و تردد) به کار می‌رفت. متأسفانه این عبارت از زبان انگلیسی وارد بسیاری از زبان‌ها شد و همچنان در تعداد چشمگیری از کشورها بدون درک درست از معنای دقیق آن کاربرد دارد. بنابراین باید آن را فوراً با عبارت «کودکان یا افراد دارای معلولیت» یا به‌طور خاص «کودکان یا افراد مبتلا به اختلال جسمانی، اختلال حرکتی یا اختلال ترددی» جایگزین کرد.

Language

عبارت زبان شامل زبان‌های گفتاری و اشاره و همچنین انواع اشکال زبان‌های غیرگفتاری است.^{۲۳}

۲۲ Play C.A.R.E. (2002) "What is Intellectual Impairment." page on URL: <http://www.playcare.unitingchurch.org.au/intellectual.html> [18 Apr. 2008]

۲۳ United Nations. (2006) "Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Article 2" page on URL: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> [11 Jan. 2008]

کم‌بینایی

کم‌بینایی کاهش چشمگیر کارکرد بینایی است که با عینک معمولی، لنز، درمان پزشکی یا جراحی قابل اصلاح نیست. کم‌بینایی بر افراد در همه سنین، چه در خانه، سر کار یا مدرسه تأثیر می‌گذارد. همچنین بر فعالیت‌های روزمره مانند خواندن، نوشتن، تردد، ورزش و تلویزیون نگاه کردن اثرگذار است. افراد دارای کم‌بینایی شدید را می‌توان از نظر قانون نابینا طبقه‌بندی کرد^{۲۴}.

Low Vision

عقب ماندگی ذهنی

عبارت «عقب‌ماندگی ذهنی» به نظر بسیاری مصداق تبعیض و انگ در نظر گرفته شده، بنابراین در اکثر کشورها با عبارات «اختلال فکری» یا «اختلال رشدی» جایگزین شده است

Mental Retardation

اختلال تردد

وضعیت‌های مختلفی می‌توانند تردد را مختل کنند که برخی از آن‌ها دائمی و باقی موارد موقت هستند. این شرایط شامل موارد زیرند: فلج مغزی، آرتریت، زوال عضلانی، ام‌اس و بیماری پارکینسون نوجوانان. جراحات نیز امکان دارد به صورت موقت یا دائم بر تردد اثرگذار باشند.

Mobility Impairment

اختلال حرکتی

اختلال حرکتی معلولیتی است که بر توان کنترل حرکات عضلانی اثر می‌گذارد و اغلب تردد را محدود می‌کند. مثال‌های این اختلال شامل فلج مغزی، آرتریت، فلجی، از دست دادن اندام و کاهش کارکرد حداقل یکی از اندام‌هاست. اثر این شرایط بر یادگیری، رشد و مشارکت در کودکان مختلف متفاوت است.

Motor Impairment

در حین اجرای فرایند فراگیری، تنوع به عنوان توانمندسازی تمام افراد درگیر در نظر گرفته می‌شود. تجربه نشان می‌دهد که تنوع توأم با توانمندسازی افراد زیر است:

Mutual Enrichment

- تمام کودکان درگیر، شامل آن‌هایی که با نیازها و موانع موقت یا دائم مواجهند.
- تمام معلمانی که مستقیم یا غیرمستقیم درگیرند.
- تمام والدین و خانواده‌های درگیر.
- کل مدرسه.
- کل جامعه.^{۲۵}

Narcolepsy

خواب‌تازش یا نارکولپسی اختلال در نظام تنظیم‌کننده خواب و بیداری در مغز است که خواستگاه آن تا چندی پیش ناشناخته بود. رایج‌ترین علائم آن خواب‌آلودگی بسیار زیاد در طی روز و حملات خواب است. علامت مشخصه دیگر آن از دست دادن ناگهانی کنترل عضلانی ناشی از سرگرمی، خشم یا هیجان است که به آن تن‌انداختگی یا کاتاپلکسی^{۲۶} نیز گفته می‌شود. سایر علائم خواب‌تازش عبارتند از:

- فلجی موقت در حین به خواب رفتن یا بیدار شدن.
- توهمات بصری یا سمعی در ابتدای به خواب رفتن یا بیدار شدن.
- لحظات (و حتی در برخی اوقات بازه‌های طولانی‌تر) رفتار خلسه‌مانند که طی آن فعالیت‌های معمول به شکل رفتار خودکار انجام می‌شوند.
- بیداری‌های مکرر هنگام خواب شبانه که توأم با تسریع ضربان قلب، هوشیاری بیش از حد، گر گرفتگی، کلافگی و ویار شدید شیرینی‌جات هستند.^{۲۷}

۲۶ Cataplexy

۲۷ Narcolepsy Association UK. (n.d.) "What is It?" page on URL: http://www.narcolepsy.org.uk/narcolepsy/whatisit/show_page [20 Feb. 2008]

پاراپلژی شامل از دست دادن حس و حرکت در پاها و بخش یا تنه (پشت) است. پاراپلژی بنا به میزان جراحی متفاوت است و عموماً هرچه قدر جراحی کمتر باشد، فقدان حرکت و حس نیز کمتر است. پاراپلژی اغلب ناشی از جراحی نخاع در میانه و پایین کمر است.^{۲۸}

Paraplegia

اختلال جسمانی وضعیت عضلانی- اسکلتی (شامل مفاصل، اندام‌ها و عضلات مرتبط) یا نورولوژیک (شامل سیستم عصبی مرکزی: مغز، نخاع یا اعصاب محیطی) است که بر توانایی حرکت یا هماهنگی حرکات کنترل‌شده اثرگذار است.^{۲۹}

اختلال جسمانی

Physical Impairment

وزوز گوش یا تینیتوس، شنیدن صدایی در گوش و سر است که منشأ خارجی ندارد. برخی آن را صدای زنگ در گوش یا صدای داخل سر می‌نامند. هیچ‌کس به جز فرد مبتلا به تینیتوس نمی‌تواند صدا را بشنود. صدایی که هر فرد تجربه می‌کند می‌تواند یک صدا یا ترکیبی از سوت زدن، زنگ زدن یا وزوز باشد. این صداها در صورت بلند بودن شاید برای زندگی روزمره فرد مزاحمت ایجاد کنند. بسیاری از افراد دارای اختلال شنوایی مبتلا به تینیتوس هستند. تینیتوس امکان دارد بر شنوایی افراد مبتلا به آن تأثیر دائمی داشته باشد.^{۳۰}

وزوز گوش یا تینیتوس

Tinnitus

^{۲۸} Combo AG. (2007) "Definition" page on URL: <http://paraplegic-online.com/edefinition01.htm> [9 Jan. 2008]

^{۲۹} Queensland Government. (n.d.) "What is Physical Impairment?" page on URL: <http://education.qld.gov.au/studentservices/learning/disability/generalinfo/physical/pi2.html> [18 Apr. 2008]

^{۳۰} A-Z to Deafblindness. (2002) "Tinnitus" page on URL: <http://www.deafblind.com/tinnitus.html> [13 Apr. 2008].

American Tinnitus Association. (2007) "About Tinnitus" page on URL: <http://www.ata.org/abouttinnitus/index.php> [13 Apr. 2008]

سندروم تورت

سندروم تورت نام خود را از نورولوژیست فرانسوی دکتر ژرژ گیل دولار تورت گرفته که سال ۱۸۸۵ (۱۲۶۴) برای اولین بار این سندروم را در ادبیات پزشکی گزارش کرد. این وضعیت پزشکی که اغلب وراثتی است، عاملی ناشناخته دارد. روشهای برای کنترل سندروم تورت وجود دارد، اما این بیماری مانند بسیاری از وضعیت‌های مزمن دیگر لاعلاج است. سندروم تورت بسیار پیچیده است و به بیان دقیق می‌توان آن را اختلال حرکتی، وضعیت نورولوژیک یا وضعیت نورولوژیک-روانشناختی در نظر گرفت. این سندروم بر تمام جوانب زندگی از جمله آموزش، ارتباطات و اشتغال تأثیر می‌گذارد.^{۳۱}

Tourette's Syndrome

اصول طراحی همگانی

اصول طراحی همگانی عبارتند از طراحی محصولات، محیط‌ها، برنامه‌ها و خدمات، به نوعی که ا جای ممکن بدون نیاز به مناسب‌سازی یا طراحی خاص برای همه قابل استفاده باشند. طراحی همگانی در صورت نیاز به کاربرد تجهیزات کمکی برای گروه‌های خاص افراد دارای معلولیت، مانع آن نمی‌شود.^{۳۲}

Universal Design

Principles

اختلال بینایی

اختلال بینایی عبارت گسترده‌ای است که برای توصیف افت کامل یا جزئی بینایی به کار می‌رود.

Visual Impairment

^{۳۱} Tourette Syndrome (UK) Association. (2008) "TS Facts" page on URL: <http://www.tsa.org.uk/> [8 Jan. 2008]

^{۳۲} United Nations. (2006) "Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Article 2" page on <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> [11 Jan. 2008]

