

مدارزله‌ی بهنگام

اولین حلقه‌ی مفقوده در آموزش و توانبخشی کودکان با نیازهای خاص سالار فرامرزی*

مقدمه

«کودکان با نیازهای خاص»^(۱) گروهی از کودکان هستند که در اصطلاح «کودکان استثنایی» خوانده می‌شوند و امروزه در اکثر محافل و منابع علمی واژه‌ی «با نیازهای خاص» برای نامیدن و برچسب زدن به این کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این برچسب نیز از سوی بسیاری از افراد اعم از والدین و متخصصان مورد استقبال قرار گرفته است. به‌طور کلی این کودکان گروه متنوع و وسیعی را تشکیل می‌دهند و در طبقه‌بندی‌های موجود آنها را به نُه گروه تقسیم می‌کنند: عقب‌ماندگان ذهنی، تیزهوشان، مبتلایان به نقص بینایی و شنوایی، مبتلایان به اختلالات گفتاری و زبانی، مبتلایان به اختلالات یادگیری، کودکان دارای مشکلات عاطفی یا رفتاری، معلولان جسمی و حرکتی و کودکان چند معلولیتی. نارسایی‌ها و تأخیرهای رشد در تعدادی از این کودکان با توجه به ویژگی‌های بالینی از اوائل زندگی تشخیص داده می‌شود و این در حالی است که در جامعه‌ی ما هیچ اقدام رسمی در زمینه‌ی آموزش و توانبخشی آنان تا سن مدرسه صورت نمی‌گیرد. اگر چه در سال‌های اخیر از سوی سازمان آموزش و پرورش استثنایی سن ورود به دوره‌ی آمادگی به چهار سال کاهش پیدا کرده است. علاوه بر این از سوی سازمان بهزیستی کشور هم برای این کودکان اقدام خاصی صورت نگرفته است. با توجه به این‌که مراکز مهد کودک و آمادگی تحت پوشش بهزیستی بوده و کودکان ۳ سال تا ۵ سال را پذیرش می‌نمایند. این در حالی است که امروزه در دنیا کودکان دارای ناتوانی از زمان تشخیص و از ابتدای زندگی تحت مداخلات آموزشی و توانبخشی بهنگام قرار می‌گیرند و خانواده‌های آنان نیز از خدمات آموزشی و روان‌شناختی بهره‌مند می‌شوند. در این مقاله نیز سعی شده است تا با بررسی پیشینه‌ی این مهم مورد توجه قرار گیرد.

تمامی اعصار و زمان‌ها به درجات مختلف و به‌شکل‌های مختلف وجود داشته است. معلولیت فرزند بالاخص از همان آغاز تولد بسیار زیانبار بوده و پیامدهای غیر قابل‌تصوری را با خود به‌همراه دارد. والدین نیز از همان ابتدا واکنش‌های متفاوتی را از خود نشان می‌دهند و نحوه‌ی واکنش آنان به معلولیت فرزند، به‌متغیرهای مختلفی هم‌چون میزان شناخت آنان از معلولیت، حمایت‌های اجتماعی، تحصیلات، میزان اعتقادات، طبقه‌ی فرهنگی - اجتماعی، و... بستگی دارد. «شناسایی هر چه زودتر این کودکان ضمن آنکه فرصت لازم را (در شرایط بعد از تولد) برای هرگونه اقدام ممکن و مؤثر درمانی و پزشکی و اتخاذ تدابیر مربوط به پیشگیری از پیشروی احتمالی نارسایی‌ها بهتر فراهم می‌کند، زمینه‌ی طرح برنامه‌های خاص آموزشی و پرورشی برای کودکان استثنایی را از اولین دوران تربیتی و مراحل رشد به‌عنوان یک ضرورت هموار می‌نماید. پدر و مادری که صاحب فرزند ناپینا یا ناشنوا می‌شوند باید بدانند که چه رابطه‌ای با کودک خود داشته باشند زیرا کودک استثنایی به‌رابطه‌ی استثنایی با خانواده‌ی خود نیاز دارد و خانواده‌ی کودک استثنایی نیز به‌علت نگرانی‌ها و نگرش‌های خاص، بسیار نیازمند راهنمایی و مشاوره در زمینه‌ی تربیت کودک خود است. هرگونه بی‌توجهی در این دوران و یا اعمال شیوه‌های تربیتی ناصحیح، زبانی است که بعدها به‌سختی جبران می‌شود» (افروز، ۱۳۷۵).

مفهوم «Early Intervention» نیز از جمله مفاهیم و واژه‌هایی است که در سال‌های اخیر وارد حوزه‌ی روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص شده است. این مفهوم در ادبیات فارسی به‌شکل‌های مختلفی ترجمه شده است: مداخله‌ی اولیه، مداخله‌ی بهنگام، مداخله‌ی زودهنگام، مداخله‌ی جبرانی و مداخله‌ی

مداخله‌ی بهنگام چیست؟ «تعریف، جایگاه و اهمیت»

استثنایی شدن و یا معلولیت پدیده‌ای است انکارناپذیر، در

* - عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان و دانشجوی دوره‌ی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی واحد علوم و تحقیقات تهران
1- Early Intervention
2- Children with special needs

هاسر - کرام، ۱۹۸۷^(۶). برنامه‌های که فشرده‌تر و زودتر شروع می‌شوند و بر خانواده و کودک متمرکزند بیش‌ترین تأثیر را دارند (دووا، ولس و لالیند، کاپلان، ۱۹۹۶، رینولدز، ۱۹۹۵^(۷)). این برنامه‌ها در زمینه‌ی اقدام جامعه برای افزایش رشد کودکان و کمک به خانواده‌ها جهت رسیدگی هر چه سریع‌تر به نیازهای ویژه‌ی آنان جهت به‌دست آوردن شانس رشد و یادگیری، یک گام مهم به طرف جلو محسوب می‌شوند (کاپلان^(۸)، ۲۰۰۰).

«بت برودر»^(۹) (۲۰۰۲) از دانشگاه کینکینات در مقاله‌ای به بررسی تأثیر مداخله‌های زود هنگام برای کودکان دارای ناتوانی پرداخته و بیان می‌دارد که دوران اولیه‌ی کودکی مهم‌ترین دوران در زندگی هر دانش‌آموز است زیرا کودکی که ناتوان و یا دارای تأخیر در رشد است هر چه زودتر شناسایی شود بیشتر می‌تواند از راهبردهای مداخله‌ای طراحی شده برای جبران ناتوانی‌ها استفاده نماید. از طرف دیگر والدین از حمایت‌های ارائه شده از طریق فرایندهای مداخله‌ای بیشتر منتفع گردیده و در پایان مدارس و جامعه از کاهش هزینه‌های ناشی از آمادگی کودکان برای تحصیل سود ببرند. وی در تعریف Early Intervention بیان می‌کند که مداخله‌ی دوران اولیه‌ی کودکی به‌عنوان فراهم سازی خدمات آموزشی یا درمانی برای کودکان زیر ۸ سال تعریف شده است. از نظر قانونی نیز واژه‌ی مداخله‌ی اولیه برای توصیف سال‌های تولد تا ۳ سالگی به‌کار برده می‌شود. در حالی که واژه‌ی آموزش ویژه‌ی دوران کودکی اولیه یا آموزش پیش دبستانی ویژه برای توصیف دوره‌ی پیش از دبستان (۳ تا ۵ سالگی) مورد استفاده قرار می‌گیرد. «سیگل»^(۱۰) (۱۹۷۲) مداخله‌ی اولیه را به‌عنوان توصیفی از خدمات تهیه شده برای کودکان از بدو تولد تا ۵ سالگی می‌داند (ترجمه برادری، ۱۳۸۱).

بنا به‌گفته‌ی رمی (۱۹۹۸) و همکارانش، مداخله به‌موقع واژه‌ای است که اشاره به‌فعالیت‌های وسیعی دارد که برای افزایش رشد و سلامتی کودک طراحی شده است. مداخله‌های به‌موقع با

برنامه‌ی مداخله‌ی بهنگام در سال‌های اخیر رشد یافته است (امد، ۲۰۰۰. گورال نیک، ۱۹۹۷. میسلز و شانکوف، ۱۹۹۰ و زیگلر و استیفکو، ۲۰۰۱^(۱)) در نتیجه علاقه‌ی فزاینده‌ای برای مداخلات پیشگراانه‌ی نوزادان ایجاد شده است (بک ویت، ۲۰۰۰. فلتر و ساتون، ۱۹۹۹^(۲)) از جمله تغییر در قانون‌گذاری و تغییر در سیاست‌گذاری و نیازهای خانواده (فیلپس، ۲۰۰۱). ادبیات رشد یافته این موضوع را همگی مورد تأیید قرار می‌دهند که برنامه‌ی مداخله‌ی بهنگام در طول پنج سال اول زندگی موجب افزایش و توسعه‌ی تحولات رشد می‌شوند و عوامل بسیار خطرناک را مثل شرایط نامساعد اقتصادی و اجتماعی را به‌صورت بالقوه‌ی کاهش می‌دهند (سالی لین، ۲۰۰۲^(۳)). مدل‌های مداخله‌ی بهنگام از نظر کاربرد (اجرا)، رویکردهای نظری، و گستره‌ی خدمات بسیار متنوع می‌باشند (اپس و جاکسون، ۲۰۰۲^(۴). مرکز مشاوره‌ی تحقیقات ملی و پزشکی، ۲۰۰۰). با افزایش بدنه‌ی دانش مربوطه عوامل مختلفی وجود دارند که تأثیر مداخله و فرایندهای به‌کار گرفته شده در مداخله‌ی بهنگام را اجازه می‌دهند، محققان نیز می‌توانند به‌سرعت علوم اساسی مربوط به رشد انسان را و به‌کارگیری این علوم را در مداخلات بهنگام کودکی را در درون حوزه‌ی مداخلات بهنگام هماهنگ سازند (سالی لین، ۲۰۰۲).

طبق قانون سال ۱۹۸۶ (قانون ۴۵۷-۹۹ PL) در آمریکا ایالت‌ها موظفند به‌اطفال و خردسالانی که مشکلات رشدی دارند خدماتی را ارائه کنند (هرلر، اسمیت، و ملک^(۵)، ۱۹۹۱). نام این خدمات برنامه مداخله‌ی زودهنگام می‌باشد، بدین مفهوم است که مشکلات را می‌توانیم خیلی زود تشخیص داده و درمان کنیم. همچنین می‌توانیم رشد کودکان را افزایش و تأثیر معلولیت را کاهش دهیم. کودکانی که در زمینه‌های مختلفی چون رشد جسمی، رشد حسی، رشد شناختی یا مهارت‌های لازم برای خودیاری تأخیر دارند مستحق خدمات مزبورند. برخی از این برنامه‌ها تنها مختص کودکان هستند در حالی که برخی دیگر روی خانواده‌ها متمرکزند و به‌خانواده کمک می‌کنند زمینه‌های رشد هر چه بیشتر کودک را فراهم آورند و با نیازهای اضافی او کنار آیند. کودکانی که چنین خدماتی به‌آنان ارائه می‌شود از بسیاری جهات برتر از کودکانی هستند که در این برنامه‌ها شرکت نمی‌کنند از جمله در زمینه‌ی هوش، مهارت‌های حرکتی و فراگیری زبان (شانکوف و

- 1-Emde, Guralnick, Meisels& Shonkoff,igler& Styfco
- 2- Beckwith, Felner, Sutton
- 3- Sally Lynn
- 4- Eppes, Jackson
- 5- Hebbler, Smith and Munson
- 6- Shonkoff and Hauser-Cram
- 7- Duwa, s.m. Wells,c.& Lalinde.p
- 8- Kaplan.p.s
- 9- Mary Beth Bruder
- 10- Sigel

ارزیابی جامع کودک، توان خانواده و نیازها از طریق محافظت مناسب و خدمات در جهت هدایت و ارزیابی مجدد، همگام با پیشرفت کودک شروع می‌شود و عملاً تفاوت فاحشی در مقایسه نوع مداخله به‌موقع وجود دارد.

«آلپر و همکاران» (۱۹۹۵) ضرورت‌های عمده‌ی لایحه‌ی آموزش افراد استثنایی و سایر قوانین دولت آمریکا را به‌روشنی خلاصه می‌کنند و مشخص می‌نمایند که دانش‌آموزان استثنایی چگونه تشخیص داده شوند، مورد سنجش قرار گیرند، در کلاس مناسب جایگزین شده و از آموزش مطلوب بهره‌مند شوند و در این بین یادآور می‌شوند که برای کودکان با ناتوانی‌ها که در سن ۳ تا ۵ سال هستند باید طرح خدمات خانوادگی فردی شده^(۱) (IFSP) ارائه داد. برنامه‌ی خدمات خانوادگی می‌بایست شامل سطوح عملکرد کنونی کودک، توانمندی‌ها و نقاط ضعف خانواده، پیامدهای پیش‌بینی شده، خدمات مورد نیاز، فاصله زمانی بین آغاز و پایان خدمات، مدیریت خدمات و روش‌های انتقال کودک به خدمات مناسب باشد (براتلند نیلسن^(۲))، ترجمه افروز و میرنسب، (۱۳۷۹).

درباره‌ی اهمیت و تأثیر سال‌های اولیه‌ی دوران کودکی بر رشد بعدی کودکان و به‌ویژه بر رشد کودکان استثنایی بین برنامه‌های آموزش ویژه و روان‌شناسی رشد هرگز مخالفت‌های جدی وجود نداشته است. بین زمان تولد و ۵ سالگی تعداد زیادی از مهارت‌های اساسی و مهارت‌های اجتماعی یاد گرفته می‌شوند. کودکان مبتلا به معلولیت‌های مختلف از نظر رشدی ممکن است چنان دچار تأخیر باشند که توانایی‌هایشان برای پاسخ دادن مثبت در برابر برنامه‌های ویژه به‌صورتی جدی آسیب ببینند. این کودکان در سال‌های تکوین رشد به‌کمک نیاز دارند. قانون آموزش عمومی ۴۵۷-۹۹ در آمریکا نیز ایالات را موظف ساخته تا خدمات جامعی را برای کودکان از بدو تولد تا ۳ سالگی و خانواده‌هایشان ارائه دهند. به‌دنبال این قانون دو برنامه برای کودکان پیش دبستانی مبتلا به معلولیت به‌وجود آمد: یکی برنامه‌ی کمک‌های خدمات برای کودکان پیش دبستانی و دیگری برنامه‌ی مخصوص خردسالان معلول. در برنامه‌ی ویژه خردسالان که از سال ۱۹۹۰ شروع شده است به‌چهار نکته کلیدی توجه شده است: استفاده از متخصصان مختلف، مشارکت خانواده، تشخیص و شناسایی کودکان معلول، تدوین استانداردهایی برای ارائه خدمات.

«ولری»^(۳) و دیگران ۱۹۸۵ دلایلی را برای مشاوره و آموزش خانواده‌های کودکان معلول به‌شرح زیر ارائه می‌کنند:

(۱) خانواده‌های کودکان معلول دچار فشارهای روانی شدیدی می‌باشند و ممکن است به‌کمک‌های تخصصی نیازمند باشند.
(۲) خانواده‌ها ممکن است ندانند که چگونه با فرزندانشان به‌نحو مناسب برخورد کنند.

(۳) خانواده‌ها ممکن است خود را در برابر مشکلات آینده ناتوانی احساس کنند، بنابراین درباره‌ی حقوق و خدماتی که در اختیارشان می‌باشد به‌اطلاعاتی نیاز دارند (کِرگ و گالاگر^(۴))، (۱۳۷۶).

«چن»^(۵) (۲۰۰۱) بیان می‌دارد که قانون آموزش افراد با ناتوانی‌های خاص (۴۷۶-۱۰۱-P.L. IDEA^(۶)) در سال ۱۹۹۹ مجدداً مورد بررسی، بازبینی و تأیید قرار گرفت. این قانون به‌طور خاص کودکان و نوجوانان مبتلا به ناتوانی‌ها را مورد توجه و حمایت قرار داده است، هم‌چنین در این قانون آمده است:

الف - افراد زیر ۳ سال کسانی هستند که به‌خدمات مداخله‌ی بهنگام نیاز دارند، اگر این افراد: (۱) تأخیر در رشد آنان مورد ارزیابی قرار گرفته باشد و ارزیابی به‌وسیله‌ی ابزارهای تشخیصی مناسب و روش‌های مختلف در یک یا چند حوزه از رشد شناختی، جسمی، ارتباطی، عاطفی و اجتماعی و تطابقی و یا... صورت گرفته باشد. (۲) احتمالاً علت تأخیر در رشد و... وضعیت جسمی یا ذهنی تشخیص داده می‌شود.

ب - ممکن است همیشه با اندکی احتیاط نوزادان و کودکان در معرض خطر را نیز شامل شود. طبق این قانون باید خدماتی فراهم شوند، مثل: (۱) آموزش خانواده، مشاوره، بازدید از خانه (۲) آموزش‌های خاص (۳) آسیب‌شناسی گفتار و زبان و خدمات شنوایی سنجی (۴) کار درمانی (۵) درمان ورزشی (۶) خدمات روان‌شناختی (۷) خدمات هماهنگی (۸) خدمات پزشکی فقط با اهداف تشخیص و ارزیابی (۹) خدمات اولیه‌ی تشخیص، غربالگری و اندازه‌گیری (۱۰) خدمات بهداشتی (۱۱) خدمات مددکاری اجتماعی (۱۲) خدمات بینایی و بینایی سنجی

1- Individualized Family Service Plan

2- Lee Brattland Nielsen

3- Wolery

4- Kirk, Gallagher

5- Chen

6- Individuals with Disability education Act

۱۳) دستگاه‌های کمکی و ۱۴) حمایت‌های مالی. قانون آموزش عمومی هم‌چنین به خدمات مداخله‌ای بهنگام که در محیط‌های طبیعی مثل خانه و موقعیت‌های اجتماعی و با مشارکت کودکان بدون ناتوانی فراهم می‌شود، توجه دارد. هم‌چنین از برنامه‌های خدمات مداخله‌ای خانواده به صورت فردی حمایت می‌کند.

به طور کلی برنامه‌های مداخله‌ای اهدافی را دنبال می‌کنند که مهم‌ترین آنها به شرح زیر می‌باشد:

۱) حمایت از خانواده به منظور حمایت از رشد کودک

۲) افزایش رشد کودک در زمینه‌های مهم حسی - حرکتی، گفتاری، اجتماعی، شناختی و عاطفی از طریق برنامه‌های آموزشی و فرصت‌های یادگیری به موقع

۳) افزایش اعتماد به نفس کودک

۴) جلوگیری از مشکلات بعدی.

به منظور ایجاد برنامه‌های مداخله بهنگام و آماده سازی پرسنل جهت اجرای این برنامه‌ها و شرکت کودک، می‌توان به سه فرض اشاره کرد:

۱) کودکان با نیازهای خاص نیازمند تجارب اولیه به دقت برنامه‌ریزی شده می‌باشند تا از این طریق به آنان کمک شود بر نقائص بیولوژیکی، ژنتیکی و محیطی خود غلبه کنند.

۲) به پرسنل آموزش دیده احتیاج است تا به این کودکان در به دست آوردن این تجارب کمک کند.

۳) پیشرفت کودک در رشد زمانی افزایش می‌یابد که در برنامه‌های مداخله به موقع شرکت نماید (ملک پور، ۱۳۸۴).

منظور از برنامه‌های مداخله بهنگام، به کارگیری کلیه فعالیت‌های آموزشی و توانبخشی است که متوجه کودک و نیز راهنمایی والدین می‌باشد. به طوری که به محض مشخص شدن مشکل کودک این فعالیت‌ها به مورد اجرا در می‌آیند. کارپتر^(۱)، (۲۰۰۲) می‌گوید مداخله به موقع در ارتباط با کودک، والدین او، خانواده و نیز شبکه وسیع‌تری از جامعه می‌باشد.

پیشینه‌ی مطالعاتی

اسمیت، گرون و وین^(۲) (۲۰۰۰) می‌گویند، اکثر پژوهشگران به این توافق رسیده‌اند که مداخله‌ی به موقع برای بسیاری از کودکان سودمند است، هر چند که این سودمندی محدود باشد. آنان اشاره می‌کنند پژوهشگران زیادی در زمینه‌ی مداخله به موقع برای

کودکان با تأخیر رشدی نشان داده‌اند که چنین مداخله‌ای از کاهش رشد هوشی جلوگیری کرده و در بسیاری از موارد نیز فشار روانی یا استرس خانواده را کاهش می‌دهد. هم‌چنین شانکوف و فیلیپس^(۳)، (۲۰۰۱) می‌گویند برنامه‌های مداخله به موقع می‌توانند نابرابری برای کودکان خردسال آسیب‌پذیر را جبران و اصلاح نمایند (ملک پور، ۱۳۸۴).

هفت گروه تحقیقاتی مستقل، فواید چشمگیری را در رابطه با مداخله به موقع برای کودکان اتیستیکی تشریح کردند (اسمیت^(۴)، ۱۹۹۹). در تمامی این مطالعات فواید زیادی از جمله افزایش نمره‌ی ضریب هوشی تا بیست نمره گزارش شده است. گورالینیک^(۵)، (۱۹۹۸) بیان می‌دارد نه تنها نتایج به دست آمده در مورد فواید برنامه‌های مداخله‌ی به موقع دورنمای خوبی را برای کودکان اتیستیکی افزایش می‌دهد بلکه خوش‌بینی در این مورد که سایر کودکان با اختلالات رشدی می‌توانند از این برنامه‌ها بهره‌مند شوند را افزایش داده است. بتشاو^(۶)، (۱۹۹۹) به این مسأله اشاره می‌کند که برنامه‌های مداخله‌ی به موقع می‌توانند عملکرد عصبی کودکان نارس را افزایش دهند.

رویکرد مداخله‌ی خانواده محور از جمله رویکردهایی است که اخیراً توجه متخصصان را به خود جلب کرده است. این رویکرد فراتر از یک‌پارچه‌سازی محتوا درباره‌ی خدمات خانواده محور در برنامه‌ریزی آموزشی برای درگیر ساختن اعضای خانواده در آموزش و اجراست. یک‌صد دانشگاه به بررسی مداخله‌ی بهنگام در ۳۸ منطقه و ناحیه‌ی کلمبیا پرداخته‌اند و در این مورد شواهدی را به دست می‌دهند. بالاخص اینکه:

۱) والدین در خدمات قبل از آموزش شرکت می‌کنند. ۹۱ درصد برنامه‌ها از والدین به عنوان معلم استفاده می‌کنند و ۱۹ درصد نیز والدین را در آموزش شرکت می‌دهند.

۲) والدین در اجرا مشارکت می‌کنند. ۷۷ درصد برنامه‌های دانش‌آموزان مستلزم فعالیت‌های تکمیلی والدین در داخل منزل می‌باشد و ۴۵ درصد برنامه‌ها مستلزم این است که دانش‌آموزان فعالیت‌ها را با والدین در خانه تکمیل کنند و ۲۴ درصد برنامه‌ها از والدین به عنوان دستیار استفاده می‌کنند.

- 1- Carpenter
- 2- Smith, Groen and Wynn
- 3- Philips & Shonkoff
- 4- Smith
- 5- Guralnick
- 6- Batshaw

۳) فرض می‌شود که والدین نقش وسیعی دارند. ۲۲ درصد از برنامه‌ها به خانواده‌ها نقش مشورتی می‌دهند (مک کلوم، ۱۹۹۴). در مطالعه‌ای که توسط ماهونی، راینسون و فیول^(۱)، (۲۰۰۱) انجام گرفته است، اثرات مداخله‌ی حرکتی به‌موقع روی کودکان مبتلا به سندرم دان و فلج مغزی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه از دو روش مداخله‌ای حرکتی یعنی روش رشد عصبی و روش مهارت‌های رشدی استفاده شد. عملکرد حرکتی کودکان در بدو ورود به تحقیق و بعد از یک سال که خدمات مداخله‌ای حرکتی را دریافت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. مقایسه‌های پیش آزمون و پس آزمون نشان داد که کودکان پیشرفت‌های خوبی در رشد حرکتی و کیفیت حرکتی در جریان مداخله به‌موقع دارند. کمپل و همکارانش^(۲) (۲۰۰۱) نتایج به‌دست آمده از مداخله‌ی به‌موقع روی توانایی شناختی و تحصیلی ۱۰۴ نفر را که به‌عنوان کودکان در معرض خطر تشخیص داده شده بودند را در یک مطالعه‌ی طولی مورد بررسی قرار دادند. هدف از این مطالعه بررسی این نکته بود که آیا نتایج مثبت شناختی و تحصیلی که در اثر برنامه‌های مداخله به‌موقع حاصل شده است در طول دوران بزرگسالی ادامه و حفظ می‌شود. نتیجه‌ی تحقیق نشان داد که مداخله‌ی به‌موقع می‌تواند اثرات دراز مدت روی رشد شناختی و تحصیلی داشته باشد. بی شاپ و لارنس^(۳)، (۲۰۰۰) یک برنامه‌ی مداخله تکلمی را برای کودکان خردسال با مشکل تکلمی به‌کار بردند. نتیجه‌ی تحقیق نشان داد که تمامی کودکان از مداخله سود بردند، گرچه میزان اثربخشی برنامه در مورد هر یک از کودکان متفاوت بود (ملک‌پور، ۱۳۸۴).

ملک‌پور (۱۳۷۱) در پژوهش خود به‌ارزیابی و شناخت نیازهای والدین کودکان عقب مانده‌ی ذهنی خردسال به‌منظور شرکت فعال والدین در برنامه‌های مداخله‌ی به‌موقع پرداخته است. این پژوهش نیازهای ۱۵۲ نفر از والدین شامل ۵۵ پدر و ۹۷ مادر کودک زیر شش سال عقب مانده‌ی ذهنی را در مناطق مختلف استان اصفهان را از طریق پرسشنامه ارزیابی نیازهای خانواده کودکان معلول خردسال بیلی و سیمونسون، (۱۹۸۸) مورد بررسی قرار داده است. فرض‌های این تحقیق مبنی بر این است که بیش‌ترین نیاز والدین در رابطه با (۱) اطلاعات والدین در مورد کودک معلول خود (۲) مسائل اقتصادی (۳) حمایت‌های اجتماعی و (۴) خدمات اجتماعی می‌باشد. نتیجه‌ی تحقیق نشان داده است

که مهم‌ترین نیازهای والدین در رابطه با کودک عقب مانده‌ی ذهنی خود به‌ترتیب عبارتند از: نیاز به‌اطلاعات، نیاز به‌حمایت و نیاز خانوادگی.

برنارد^(۴)، (۲۰۰۱) در دانشگاه ویسکانسین به‌انجام پژوهشی در باب مشارکت در مداخله‌ی بهنگام، به‌کار گماری والدین در آموزش اولیه و موفقیت‌های دراز مدت آموزشی پرداخته است. وی می‌گوید بسیاری از برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام از به‌کار گماری والدین حمایت می‌کنند و پژوهش‌های تجربی چندی هم نشان داده‌اند که به‌کار گماری والدین در برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام برای کودکان بسیار سودمند است. وی در مطالعه‌ی خود ۳ سؤال را مورد پژوهش قرار داده است:

۱) آیا مشارکت در یک برنامه‌ی مداخله‌ی بهنگام «در مرکز والد - کودکی شیکاگو» به‌کار گماری ثانویه والدین را در آموزش کودکان در خانه و مدرسه افزایش می‌دهد؟

۲) بین به‌کار گماری والدین در خانه و مدرسه و موفقیت‌های بعدی آموزشی چه ارتباطی وجود دارد؟

۳) چه پشتوانه‌ای وجود دارد در مورد فرضیه‌هایی که از خانواده حمایت می‌کنند، آیا به‌کار گماری متوسط والدین با مشارکت آنان در مداخله‌ی بهنگام و پیشرفت‌های طولانی مدت آموزشی ارتباط دارد؟

نتایج این پژوهش نشان داده است که مشارکت در مرکز شیکاگو قویاً با به‌کار گماری والدین مرتبط است و به‌کار گماری والدین رابطه‌ی قوی با موفقیت‌های بعدی در مدرسه دارد.

برادی^(۵) (۲۰۰۱) در پژوهش خود به‌بررسی گفتگوی متخصصان و خانواده‌ها در مداخله‌ی بهنگام مبتنی بر خانه توجه می‌کند. این‌که چگونه صحبت می‌کنند و چه می‌گویند؟ هدف از این پژوهش تعریف و توصیف انواع الگوها و زمینه‌های گفتگو بین خانواده‌های کودکان مبتلا به تأخیر در رشد و متخصصان مداخله‌ی بهنگام بود. گفتگوی متخصصان و خانواده به‌طور روزمره و در طول یک دوره در جلسه‌های مداخله‌ی بهنگام مبتنی بر خانه ضبط ویدیویی شد و سپس به‌صورت کامپیوتری کدگذاری و پس از آن

1- Mahonyey, Robinson and Fewell

2- Campbel and etal

3- Bishop and Laurence

4- Barnard

5- Brady

به صورت نوشتاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه ۱۴۹۴۵ رفتار کلامی، ۲۴۰۵ الگوی زنجیره‌ای کلامی و ۹۶۷ صفحه متن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به طور متوسط در طول مداخله‌ی بهنگام مبتنی بر خانه، متخصصان در حدود ۵۰٪ صحبت کرده بودند و خانواده‌ها در حدود ۴۱٪ از زمان کل را. رفتار کلامی غالب متخصصان از نوع تمجید و دلگرم‌سازی در حدود ۶۱٪ بود و دادن اطلاعات به‌عنوان دومین رفتار کلامی غالب در حدود ۱۰٪ بود. رفتار کلامی غالب در خانواده‌ها بیشتر از نوع ابتکار و سازماندهی و در حدود ۱۳/۸٪ بود. به‌طور کلی همبستگی بین رفتار کلامی متخصصان و گفتگویی کلی خانواده و ابتکار و سازماندهی خانواده از نظر نظری قابل پیش‌بینی است. رانتالا^(۱) (۲۰۰۲) در طی تحقیق خود؛ خانواده محوری، از لفظ تا واقعیت را مورد بررسی قرار داده‌اند. در مطالعه‌ی وی همکاری خانواده در مداخله‌ی بهنگام مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از این مطالعه کشف این نکته بود که متخصصان در مداخله‌ی بهنگام چگونه روی خانواده‌های دارای کودکان در معرض آسیب‌های رشد و اجتماعی کار کنند. متخصصان را به چهار گروه تقسیم نمود: مراقبان روزانه، کار در کلینیک، کار در محیط اجتماعی و درمان. داده‌ها در پاسخ به دو سؤال، به‌دست آمد. یکی، خانواده‌ها و کودکان با کدام متخصص باید کار کنند و سبک و محتوای کدام محیط پاسخگوست و دوم، سبک افراد مسئول و پاسخگو در کار با خانواده‌ها و نیازهای بالقوه متغیر کدام است؟ نتایج تحقیق نشان دادند که خانواده‌های دارای کودکان در معرض خطر، مشکلات بسیاری در زندگی روزمره دارند و در مورد فرزندان مسؤولیت زیادی دارند. طبق این مطالعه خانواده‌ها در زندگی روزمره به‌حمایت متخصصان احتیاج دارند و ۷۵ درصد متخصصان گزارش کرده‌اند که رویکرد خانواده‌محوری کفایت می‌کند هر چند خانواده‌محوری در بعضی زمینه‌ها بسیار متفاوت است.

به‌طور کلی تا کنون در خارج از کشور در خصوص برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام اقدامات و پژوهش‌های زیادی انجام گرفته است که ذیلاً به‌بعضی از آنها فهرست‌وار اشاره می‌گردد ولی در کشور ما شاید به‌جرات بتوان گفت که هیچ اقدام عملی صورت نپذیرفته و در نتیجه پژوهش خاصی هم انجام نگرفته و شاید اگر اقدامی هم صورت گرفته در بحث مربوط به حوزه‌ی بهداشت و درمان و آن هم

در بعضی زمینه‌های خاص از جمله واکسیناسیون بوده است. بلوک^(۲) (۲۰۰۵) به‌مطالعه‌ی موردی در زمینه‌ی میزان همکاری میان برنامه‌های هداستارت، سرویس‌های مداخله‌ی بهنگام و خانواده‌ها در خصوص فراهم آوردن خدمات برای نوزادان و کودکان مبتلا به‌ناتوانی اقدام کرده است.

کروسبی^(۳) (۲۰۰۴) در پژوهش خود تحقیقات مرتبط با مداخلات بهنگام مربوط به کودکان مبتلا به‌ناتوانی و یا تأخیر در رشد را فراتحلیل نموده است.

ماکی^(۴) (۲۰۰۴) در پژوهش خود استفاده از ارزیابی مبتنی بر برنامه برای تعیین واجد شرایط بودن خدمات مداخله‌ی بهنگام را مورد توجه قرار داده است.

نیتزل^(۵) (۲۰۰۴) به‌پژوهش در زمینه‌ی آگاهی والدین و متخصصان از رضامندی خدمات مداخله‌ی بهنگام خانواده محور برای کودکان مبتلا به‌اتیسم پرداخته است.

نی وس^(۶) (۲۰۰۴) ادراک والدین را از انتقال مداخله‌ی بهنگام به‌آموزش خاص مورد بررسی قرار داده است.

راسپا^(۷) (۲۰۰۴) به پژوهش در زمینه‌ی الگوهای خدمات مداخله‌ی بهنگام؛ ارتباط با کودک و خصوصیت‌های خانواده، رضامندی خانواده و چگونگی دریافت خدمات، اقدام نموده است.

ری وس^(۸) (۲۰۰۲) ادراک‌های مادران، فرآیند تغییر در طول مشارکت در برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام را مورد مطالعه قرار داده است.

براون^(۹) (۲۰۰۱) به‌پژوهش در زمینه‌ی تأثیر حمایت‌های اجتماعی روی بهزیستی مادران کودکان شرکت‌کننده در برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام پرداخته است.

چن^(۱۰) (۲۰۰۱) روی ادراک نوجوانان ناتوان از برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام تحقیقی انجام داده است.

هافمن^(۱۱) (۲۰۰۰) به‌پژوهشی در زمینه‌ی دسترسی به‌خدمات خانواده‌محور در مداخله‌ی بهنگام خانه‌محور در مقابل مداخله‌ی بهنگام مؤسسه‌محور پرداخته است.

- | | | |
|------------|-------------|-----------|
| 1- Rantala | 2- Bullock | 3- Crosby |
| 4- Macy | 5- Neitzel | 6- Nieves |
| 7- Raspa | 8- Reeves | 9- Brown |
| 10- Chen | 11- Hoffman | |

هامفری^(۱) (۲۰۰۱) به مطالعه‌ی تعامل والد- کودک در مداخله‌ی بهنگام پرداخته است. اسکوارت^(۲) (۲۰۰۱) به تحقیق روی مداخله‌ی بهنگام و اهمیت آموزش اولیا پرداخته است. پری^(۳) (۲۰۰۱) نیز به بررسی نگرش مادران و سایر افراد نسب به مداخله‌ی بهنگام پرداخته است.

لایتر^(۴) (۲۰۰۱) به تحقیق در مورد مداخله‌های اصیل؛ مراقبت خانواده‌محور در مداخله‌ی بهنگام اقدام کرده است. اسمیت^(۵) (۱۹۹۹) به بررسی نتایج مداخله‌ی بهنگام روی مبتلایان به اتیسم پرداخته و به نتایج جالب توجهی رسیده است. وی نتیجه می‌گیرد که بعضی از برنامه‌های درمانی بسیار مؤثر بوده‌اند به‌ویژه برنامه‌های تحلیل رفتار در ایالت کلرادو.

سایلور، الکسنین، فارا و پوپ^(۶) (۱۹۹۰) به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که خانواده‌ها حداکثر چقدر در برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام مشارکت دارند و رویه‌ها را مورد مطالعه قرار دادند که در مشارکت حداکثری خانواده‌ها در برنامه‌های مداخله‌ی بهنگام نوزادان و نوجوانان و کودکان پیش دبستانی دارای نیازهای خاص مؤثر می‌باشند.

بحث و نتیجه گیری

آنچه که از این بحث مستفاد می‌گردد این است که در کشور ما تاکنون اقدام خاصی برای کودکان دارای ناتوانی تا قبل از دبستان صورت نگرفته است و حتی کودکان مبتلا به ناتوانی تا قبل از سن مدرسه کم‌تر از خدمات آموزش پیش دبستانی برخوردار بوده‌اند و این در حالی است که ۵ سال اول زندگی، دوران حساس رشد می‌باشد و تأثیر مثبت مداخله‌های بهنگام زبانی، اجتماعی، حرکتی و... کودک بر کسی پوشیده نیست و حتی مزایای بی شمار دیگری نیز دربر دارد از جمله کارلی^(۷) و همکارانش (۱۹۹۸) بیان کردند که برنامه‌های مداخله زود هنگام دارای ۴ نوع صرفه‌جویی ملی است:

۱) مالیات پیش‌تر: شامل مالیات بر درآمد دولت، ایجاد امنیت ملی برای کارفرما و هزینه‌های فروش محلی و جامعه است.

۲) کاهش هزینه رفاه: شامل پزشکی و درمان و یارانه‌ی غذا، صرفه‌جویی ملی نه تنها پرداخت را برای شخص کاهش می‌دهد بلکه باعث کاهش هزینه اجرایی هم می‌شود.

۳) کاهش هزینه آموزش، سلامتی و سایر خدمات (به‌ویژه هزینه‌ی آموزش، هزینه‌های مردودی در مدرسه، ملاقات اورژانسی)

۴) کاهش هزینه‌ی قضاوت: شامل هزینه برای توقیف، بازداشت و قضاوت.

آنچه که در کشور ما تا کنون صورت گرفته با هدف پیشگیری اولیه بوده است، یعنی جلوگیری از وقوع معلولیت یا بیماری در حالی که هدف عمده‌ی مداخله‌های بهنگام پیشگیری ثانویه و یا از نوع سوم می‌باشد و برای کودکان ناتوان و معلول این نوع پیشگیری‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا منظور از پیشگیری ثانویه جلوگیری از عمیق‌تر شدن مشکل و یا کوتاه‌تر کردن طول دوره‌ی اختلال در راستای توانمندسازی فرد می‌باشد و قصد پیشگیری ثالثیه نیز جلوگیری از تأثیر معلولیت بر سایر توانایی‌های فرد مبتلا است. حال سؤال این است که چرا در کشور ما هیچ‌گونه اقدامی صورت نگرفته است؟ و این در حالی است که در بعضی از کشورها از سال‌ها پیش به‌ارایه‌ی خدمات مداخله‌ی بهنگام در سطح جامع و وسیعی اقدام شده است و حتی بدین منظور اقدام به تأسیس مراکز، مؤسسه‌ها و کلینیک‌های مداخله‌ی بهنگام نموده‌اند و یا اگر اقدامی صورت گرفته است این اقدام در چه سطحی بوده است؟ و اگر نه! چه اقدامی را می‌توان انجام داد و به‌طور کلی کدام مدل مداخله‌ی بهنگام را می‌توان برای کشورمان طرح‌ریزی نمود؟ مدلی که با شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور ما سازگار باشد.

منابع

افروز، غلامعلی. (۱۳۷۵) مشاوره و مصاحبه با والدین کودکان استثنایی. تهران. سازمان انجمن اوایا و مربیان.
بت پرودر، مری (۲۰۰۲). مقاله مداخله زود هنگام برای کودکان دارای ناتوانی. ترجمه رضا برادری. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی. سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور. شماره‌های ۱۵، ۱۳، ۱۲ سال ۱۳۸۱.
کاپلان، پاول اس (۲۰۰۰). روانشناسی رشد «سفر پرماجرایی کودک». ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران. مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
گالاگر، جیمز جی و کرک، ساموئل ای. (۱۳۷۶). آموزش و پرورش

- 1- Humphrey 2- Schwark 3- Pery
4- Leiter 5- Smith
6- CF Saylor, N Elksnin, BA Farah and JA Pope
7- Karoly

service delivery in early intervention home-based versus center-based. UNIVERSITY OF CINCINNATI.

Humphrey, Lou Ann, (2001). Parent-child interaction in early intervention. UNIVERSITY OF DENVER.

Leiter, Valerie Rachel, (2001). Gentle intrusions: Family-centered care in early intervention. BRANDEIS UNIVERSITY.

Li, Chun, (2001). An examination of service coordinator's beliefs and use of family-centered practice in early intervention programs. COLUMBIA UNIVERSITY TEACHERS COLLEGE.

Neitzel, Jennifer C. (2004). Understanding parent and professional satisfaction with family-centered early intervention services for young children with autism. THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL.

Nieves, Wilfredo. (2004). Parent's perceptions of transitions from early intervention into special education. WALDEN UNIVERSITY.

Macy, Marisa Angela, (2004). Using a curriculum-based assessment to determine eligibility for early intervention services. UNIVERSITY OF OREGON.

Perry, Joanne Marie, (2001). Insights regarding early intervention from the perspective of mothers and home-visitors. UNIVERSITY OF MISSOURI-COLUMBIA.

Rantala, Anja. (2002). Family-centeredness: The rhetoric or reality? Professional's opinions on cooperating with families in early intervention. JYVASKYLÄN LIIPISTO (FINLAND).

Raspa, Melissa Jenna, (2004). Patterns of early intervention services: Relationships with child and family characteristics, family satisfaction, and perceived impact of services. THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL.

Reeves, Sally Lynn. (2002). Maternal perceptions: The change process during participation in an early intervention program. KENT STATE UNIVERSITY.

Saylor, CF, Elksnin, N, Farah. BA and JA Pope. (1990). Depends on who you ask: what maximizes participation of families in early intervention programs. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences., Medical University of South Carolina, Charleston 29425.

Schwark, Susan Renee, (2001). Early intervention and the importance of educating parents. CENTRAL MICHIGAN UNIVERSITY.

Smith, T. (1999). Outcome of early intervention for children with autism. Clinical Psychology: Science and Practice, Vol 6, 33-49, Copyright(c) 1999 by American Psychological Association.

کودکان استثنایی. ترجمه مجتبی جوادیان. مشهد. آستان قدس رضوی. ملکپور، مختار. (۱۳۸۴). جزوه برنامه‌های مداخله به‌موقع برای کودکان خردسال با نیازهای خاص. دانشگاه اصفهان. چاپ نشده.

ملکپور، مختار. (۱۳۷۷). طرح پژوهشی شناخت و ارزیابی نیازهای والدین کودکان عقب مانده ذهنی خردسال به منظور شرکت فعال والدین در برنامه‌های مداخله جبرانی به‌موقع. دانشگاه اصفهان.

نیلسن، برتر اند (۲۰۰۰). کودک استثنایی در مدرسه عادی. ترجمه غلامعلی افروز و محمود میرنسب (۱۳۷۹). تهران. مؤسسه استثنایی احیا.

Brady, Sharon Joyce, (2001). Family-professional talk in home-based early intervention: Who is talking and what are they saying. UNIVERSITY OF DELAWARE.

Barnard, Wendy Miedel, (2001). Early intervention participation, parent involvement in early schooling and long-term school success. THE UNIVERSITY OF WISCONSIN-MADISON

Brown, Kelly Ann. (2001). The effects of social support in the well-being of mothers with children in early intervention. FORDHAM UNIVERSITY.

Bruder. Mary Beth, Hanson. Marci J. (2001). Early intervention: Promises to keep. Infants and Young Children. Frederick: Jan 2001. Vol. 13, Iss.3; pg. 47, 12 pgs

Bruder. Mary Beth, Stayton. Vicki. (1999). Early intervention personnel preparation for the new millennium: Early childhood special education. Infants and Young Children. Frederick: Jul 1999, Vol. 12, Iss. 1; pg. 59, 11 pgs

Bullock, Lisa W. (2005). A case study of collaboration among an Early Head Start program, early intervention agencies and families for the provision of services to infants and toddlers with disabilities. THE CATHOLIC UNIVERSITY OF AMERICA.

Crosby, Edward G. (2004). Meta-analysis of second generation early intervention efficacy research involving children with disabilities or delays. THE PENNSYLVANIA STATE UNIVERSITY.

Chen, Xiliam, (2001). Perceptions of the disabled young children's early intervention program/IFSP. PEPPERDINE UNIVERSITY.

Cheryl A Rhodes, Sharon M Darling. (2004). Topics in Early Childhood Special Education. Austin: Sp Parents as Professionals in Early Intervention: A Parent Educator Model. Peggy A Gallapherring 2004. Vol. 24, Iss. 1; pg. 5, 9 pgs.

Gallagher. Peggy A, Rhodes. Cheryl A, Darling. Sharon M. (2004). Parents as Professionals in Early Intervention: A Parent Educator Model. Topics in Early Childhood Special Education. Austin: Spring 2004. Vol. 24, Iss. 1; pg. 5, 9 pgs

Hoffman, Tracey Kathleen Hamby. (2001). Family-centered