

کمک به کودک دارای شکاف کام در کلاس درس

مایکل ج. مران و آرتور ال. بنتز

ترجمه: صفارجائیان / کارشناس گفتار درمانی * زهرا صفی یاری / کارشناس ارشد روان شناسی کودکان استثنایی

مجتمع شهید صیاد شیرازی

چکیده

در این مقاله سعی شده نکات کلیدی و مفید آموزشی برای آموزگاران این گروه از دانش آموزان یادآوری شود. مشکل دانش آموز ابعاد بسیار گسترده و مختلفی می تواند داشته باشد: مشکل کام، کام و لب، وضعیت خاص لایه های سقف دهان، شکاف بزاقی زیرمخاطی یا یک طرفه و دو طرفه بودن شکاف لب و کام و غیره. میزان و حد ترمیم با جراحی، ضرورت پی گیری کار جراحی، علائم آسیب شنوایی و کارهای دندان پزشکی یک بعد کمک می باشد و مشکل و شناخت روابط اجتماعی، رفتار افراد عادی با این گونه کودکان، علت غیبت و سرخوردگی آنان و کمک به بهبود نحوه ی برخورد و رفتار متقابل، لزوم پرهیز معلمان از موضع گیری های تعصب آمیز (که گاه ناخود آگاه است) بعد دیگری است که آگاهی وسیع و دقیق معلم را برای بهترین نوع برخورد و کمک به این دانش آموزان ایجاب می کند

آگاهی و پیشنهادهای خاص به آموزگاران

چندین سال است که برای جوابگویی به نیازهای کودکان دارای شکاف کام رویکردی گروهی به کار گرفته شده است. اعضای معمولی یک تیم مانند جراح پلاستیک، پزشک ارتودنسی، آسیب شناس گفتار درمان در توانمند سازی به این کودکان نقش های کاملاً تعریف شده ای دارند. هرچند، متأسفانه نقش آموزگار کمتر مورد توجه واقع شده است.

این امر باعث تأسف است زیرا ممکن است کودکان دارای شکاف کام در تقسیم بندی کلاس درس با تجربه ناخوشایندی روبرو شوند. بسیاری از این کودکان سطح رشد زبانی شان همراه با تأخیر است (فاکس، لینچ و بروک شایر، ۱۹۷۸، موریس، ۱۹۶۲؛ نیشن، ۱۹۷۰؛

اسپرسترز باخ، دارلی، موریس، ۱۹۵۸)^۱ و ظاهراً دارای ناتوانی های یادگیری در اساس قرار دادن تکلم هستند. (کامرز و سالیوان، ۱۹۷۹؛ ریچمن و الیاسن، ۱۹۸۴؛ ۱۹۸۶)^۲.

به علاوه بعضی از کودکان دارای شکاف کام ممکن است در رابطه با گروه همسال و آموزگاران خود با مشکلات تبعیض آمیز روبرو شوند (مک ویلیامز، موریس، و شلتن، ۱۹۹۰)^۳. علی رغم این مشکلات، یافتن پیشنهادهای ویژه برای آموزگاران دانش آموزان دارای شکاف کام در ادبیات، مشکل است.

هدف این مقاله درک بهتر مسائل رویاروی دانش آموزان دارای شکاف کام توسط آموزگاران و ارائه ی تعدادی پیشنهادهایی ویژه برای کار با این دانش آموزان

است. پیشنهادهای ارائه شده مبنی بر اساس مرور بر ادبیاتی است که مشکلات تحصیلی، اجتماعی و ارتباطی رویاروی افراد دارای شکاف کام و بحث‌های با اعضای گروه حامی والدین این کودکان است.

درک مشکل جسمی

شکاف کام بر وجود یک حفره در سقف دهان دلالت دارد. این شکاف چندین نوع است. شکاف یا حفره ممکن است فقط شامل کام نرم باشد یا تا قسمتی از کام یا تمام آن هم کشیده شده باشد. گاهی ساختار ماهیچه‌ای و استخوانی از هم جدا هستند اما خارجی‌ترین لایه‌های سقف دهان فاصله‌ی مربوطه را پوشانده، شرایطی را به صورت یک شکاف بزاق زیرمخاطی^۴ ایجاد کند.

شکاف لب که جدایی عمودی لب بالایی است، ممکن است همراه با شکاف کام باشد یا صرفاً تنها بی‌شکلی باشد. شکاف لب می‌تواند یک طرفه یا دو طرفه باشد. بعضی شکاف‌ها شامل لب، برآمدگی دندان‌دار، کام سخت و کام نرم است. این‌ها به عنوان شکاف‌های کامی تلقی می‌شوند.

شکاف لب و کام از بدو تولد وجود دارد و ناشی از نقص ساختارهای زبانی در رشد توأمان یا در پیوند خوردن درست طی سه ماهه‌ی اول رشد جنینی است. علت اصلی شکاف کام هنوز شناخته نشده است، اما عموماً توافق بر این است که اغلب شکاف‌ها ناشی از یک تعدیل ژنتیک با تأثیرات محیطی است. تقریباً از هر ۷۵۰ تولد یک نفر با شکاف کام متولد می‌شود. در جمعیت آمریکایی بومی و آسیایی‌ها بیشتر و در سیاهان کمتر دیده شده است. (مک ویلیامز و دیگران، ۱۹۹۰)^۵. شکاف لب و کام اغلب با جراحی قابل ترمیم است. لب نوعاً اوایل سال اول زندگی ترمیم می‌شود. زمان ترمیم جراحی شکاف کام متغیرتر است، اما اغلب پیش

از ۲ سالگی است. جراحی ترمیمی پیش از ۹ ماهگی غیر عادی نیست. این جراحی همیشه منجر به اصلاح ساختار کلامی به صورت کامل نمی‌شود و کودکان دارای شکاف کام زیادی نیازمند پیگیری روند‌های جراحی در سال‌های بعدی نیز هستند.

شناخت نوع مشکل گفتاری مورد انتظار

گرچه بیشتر دانش آموزانی که همزمان با شروع مدرسه اقدام به جراحی ترمیمی کام می‌کنند، مشکلات گفتاری آنان باقی می‌ماند. شکاف کام عمدتاً بر گفتار اثر می‌گذارد، زیرا مانع جدایی کامل نواحی زبانی و بویایی می‌شود. جراحی ممکن است شکاف کام را ببندد. هرچند، کام نرم که فضای منطقه‌ی بینی را تنظیم می‌کند ممکن است خیلی کوتاه باشد یا برای اجرای آن عملکرد جراحی بعدی را ناکارا کند. کودک ممکن است برای تولید و حفظ فشار هوای کافی جهت ایجاد فشار حروف صدا داریدمثل پ (p) / ب (b) / س (s) / ز (z) / و چ (ch) مشکل داشته باشد.

اشتباهاتی را که در حروف صدادار با فشار رخ می‌دهد اغلب به یکی از دو صورت زیر است: خروج هوا از راه بینی یا تولیدات جبرانی. خروج از بینی اشاره به هوای اضافی دارد که وقتی صدا ایجاد می‌شود از بینی فرار می‌کند. نتیجه‌ی آن اغلب «خرناس» است که باعث انحراف صدای تولید شده و در نتیجه نامفهوم شدن سخنان کودک می‌شود. تولیدات جبرانی اشاره به تغییراتی است که برای انطباق نارسایی ساختاری کلامی ایجاد می‌شود. کودک اغلب سعی می‌کند برای جلوگیری از فرار هوا به بینی صداهایی از پشت نای در آورد. متأسفانه، حتی پس از بسته شدن شکاف، عملکرد کام نرم کافی است. کودکان اغلب به استفاده از این تقطیع جبرانی ادامه می‌دهند. بالآخره، کودک

گوش لوله هایی در پرده‌ی گوش قرار بدهد. اما مشکلات گوش میانی استمرار دارد و تراز شنوایی طی چند روز ممکن است به صورتی بارز تغییر پیدا کند.

آموزگاران باید نسبت به ضایعه شنوایی به قدری توجه داشته باشند که انجام درمان هر چه سریع تر امکان پذیر باشد. بعضی از علائم مشکل شنوایی دانش آموزان عبارتند از:

- بی توجهی هنگام بحث کلاس درس.
- درخواست مکرر برای تکرار آن چه گفته می شود.
- اشتباهات درهم و برهم و غیرعادی به دنبال رهنمودها.
- چرخاندن سر به یک سو در هنگام گوش کردن.
- خیره شدن به صورت گوینده
- گوش درد و فریاد کشیدن به هنگام صحبت.

هشیار بودن نسبت به مشکلات اجتماعی شدن

یکی از عوامل مسئله ساز برای کودکان دارای شکاف کام واکنش سایرین نسبت به حضور و صحبت آنان است. این مسئله به ویژه در صورتی که شکاف به عنوان بخشی از یک وضعیت نابهنجار گسترده تر مثل نشانگان کروزون یا تریچر کالینز^۷ باشد (که هر دو با نابهنجاری های صورت همراه هستند) مصداق دارد. (اشنایدر من و هاردینگ، ۱۹۸۴، توبیاسون، ۱۹۸۷)^۸. کودکان نسبت به دانش آموزانی که دارای بدشکلی چهره هستند حالت منفی تری دارند. شاگردان متفاوت اغلب تحت فشار انتقاد، تمسخر و انواع بدرفتاری ها از سوی همسالان هستند. ترک کلاس درس برای گفتار درمانی ممکن است به وضعیت منفی پیش گفته بیفزاید. زمان درمان نباید با سایر خدمات درمانی ضروری تداخل داشته باشد و نباید با بیرون کردن کودکان از کلاس هایی که دوست دارند و عملکردشان در آن کلاس ها خوب است آنها را تنبیه کرد. بسیاری اوقات،

ممکن است پر خیشومی بودن^۹ داشته باشد. پر خیشومی بودن ناشی از متراکم شدن صوت در حفره‌ی بینی است که به ویژه در حروف صدا دار مشهود است.

نسبت به امکان مشکلات یادگیری زبان محور هوشیار باشید.

به نظر می رسد تأخیر رشد گفتار در کودکان لب شکری بیشتر رایج باشد. با آن که دلایل این تأخیر روشن نیست به نظر می رسد بازتابی از تأثیرات ترکیبی چندین عامل از جمله احتمال عود آسیب شنوایی و وقت زیادی که در بیمارستان یا بهبودی پس از عمل جراحی در منزل صرف می شود، باشد. تحریک گفتار و یادگیری در طول این دوران ممکن است بسیار کوتاه شود.

تأخیر رشد زبانی ممکن است به صورت ایجاد مشکل در وظایف تحصیلی منعکس شود. به طور مثال، میزان مشکلات خواندن بین بچه های دارای شکاف کام دو برابر افراد عادی گزارش شده است (ریچمن و الیاسن، ۱۹۸۶). این پژوهشگران همچنین میزان بالایی از ناتوانی یادگیری زبان محور را در کودکان لب شکری گزارش کرده اند. به علاوه، بعضی کودکان دارای شکاف ایی در کام هستند که این شکاف ها بخشی از مشکل پزشکی گسترده تری هستند که ممکن است شامل اختلالات ادراکی و شناختی باشد.

توجه به علائم آسیب شنوایی

مشکلات شنوایی در بین کودکان دارای شکاف کام بسیار شایع است. این مشکلات ناشی از بازگشت بیماری گوش میانی و تجمع مایع پشت پرده ی صماخ هستند. معمولاً در صورت تخلیه‌ی مایع، شنوایی بهبود می یابد. درمان اغلب کمک کننده است و پزشک ممکن است برای کمک به خشک نگاه داشتن محفظه

۱۹۷۹؛ پاورز ۱۹۸۶؛ ریچمن و هارپر، ۱۹۷۹).^۹ آموزگاران باید دانش آموز را تشویق کند اما نباید برای مشارکت کودک در فعالیت‌ها از راه تحریک احساسات حسادت- انگیز عمل کند.

آمادگی برای کمک به دانش آموز دارای شکاف کام در امتحان تجدیدی

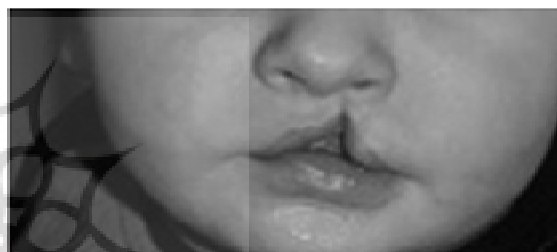
روند جراحی ضمیمه، کارهای دندان پزشکی گسترده، مشکلات فزاینده‌ی گوش و انواعی از سایر کسالت‌ها همگی مانع حضور مرتب کودک در کلاس درس می‌شود. بعضی غیبت‌ها پیش‌بینی پذیر نیست. هرچند آموزگار باید والدین را به برنامه ریزی پیشاپیش برای غیبت‌های پیش‌بینی پذیر و کمک به دانش آموز برای امتحان مجدد تشویق کند.

تکلیف‌های فوق برنامه در زمینه‌های مختلف و تهیه متن‌های ضروری و کتاب‌های راهنما و تمرین برای کودک و والدینی که سعی به جبران تأثیر غیبت‌ها دارند، مفید است. یک پی‌گیری مختصر توسط معلم بعد از غیبت‌ها می‌تواند در روشن کردن کمبودهای باقی مانده کمکی مؤثر باشد. هر نوع تلاش همگانی توسط کودک، آموزگار و پدر و مادر می‌تواند در آماده سازی و جبران عقب ماندگی کودک به دلیل غیبت از مدرسه بسیار کارا باشد.

پیش‌گویی‌های خود ارضاءکننده

آموزگاران ولو به صورت تعصب غیر عمدی تمایل دارند دانش آموزانی را که از لحاظ جسمانی جذاب اند به عنوان کسانی که رفتار قابل قبول تر و توانایی فکری بالاتری نسبت به دانش آموزان کمتر جذاب دارند، تلقی کنند (برشید و والستر، ۱۹۷۴).^{۱۰} این امر به نظر می‌رسد در مورد دانش آموزان دارای اختلالات مجمله‌ای -

کودک، آموزگار و آسیب‌شناس گفتار درمان می‌توانند تصمیم مصالحه‌گرانه‌ی خوبی بگیرند. وقتی کودک دارای شکاف کام در کلاس درس است شرایط ارتباطی خاصی می‌تواند تجربه شود. در صورت امکان به این کودکان برای صحبت در گروه‌های بزرگ فشار نیاورید چون از اصوات زیادی استفاده می‌کنند که بیان این صداها برای این کودکان مشکل است. فهم مشکل کودک در بیان اصوات برای آموزگار وقت زیادی نمی‌گیرد و گفتار درمانگرها می‌توانند در این مورد کمک کنند.



اغلب دانش آموزان، حتی خردسالان، اگر آموزگاران چیزی در باره‌ی آنان بدانند، با تفاوت‌های فردی آنان با بهترین شکل برخورد می‌کنند. اطلاعات ساده در باره وضعیت و برنامه درمانی مناسب است. عباراتی مثل «قرار است دکترها معالجه‌اش کنند» و «گفتار درمانی در یادگیری اصوات دشوار به کودکان کمک می‌کند» انواع چشم اندازهای ساده‌ای را ارائه می‌دهد که می‌تواند مفید باشد. ممکن است آموزگاران نتوانند مانع همه تمسخرها بشوند، اما برای به حداقل رساندن آنها معیارهایی را باید به کار گرفت. کوتاهی و نادیده گرفتن تمسخر باعث شکست در این کار شده، موجب افزایش آن می‌شود.

دانش آموزان دارای شکاف کام تمایلی به ابراز وجود ندارند و کمتر مایلند با هم کلاسی‌هایی که دارای شکاف کام نیستند در فعالیت‌ها شرکت کنند. (کاپ،

نتیجه گیری

کودکان دارای شکاف کام، صرفنظر از هر چیز کودک اند. آنها تا اندازه ای بیش از دیگران از مدرسه غیبت دارند. ممکن است کمی متفاوت به نظر برسند. آنها مستعد تأخیر بیشتر در صحبت و زبان هستند و مشکلات شنوایی بیشتری نسبت به هم کلاسی‌های خود دارند. آنها به دلیل مشکلاتشان در انجام بعضی از درس‌های خود اوقات نسبتاً سخت‌تری دارند. هرچند اکثر دانش‌آموزان دارای شکاف کام با مقداری انطباق و کمی توجه و رعایت بیشتر می‌توانند در برنامه درسی خود موفق باشند. آموزگار آگاه برای ارتقای محیطی که در آن چنین کودک می‌تواند از سوی هم کلاسی‌ها و کارکنان مدرسه، توجه مناسب را به دست بیاورد، می‌تواند کارهای بسیاری انجام دهد.

چهره‌ای^{۱۱} نیز مصداق داشته باشد. ریچمن (۱۹۷۸) رتبه‌بندی توانایی ذهنی کودکان دارای بدشکلی چهره-ای را که توسط آموزگاران انجام شده بود با نمرات هوشبهر (IQ) آنها مقایسه کرد. نتایج دال بر این بود که کودکان دارای بدشکلی‌های چشمگیر با هوشبهر بالاتر از میانگین، توسط آموزگاران‌شان دست کم گرفته می‌شدند.

والدین نیز ممکن است از کودکان دارای نابهنجاری جمجمه‌ای - چهره ای انتظارات کمتری داشته باشند که این امر منجر به تحصیلات پایین تر می‌شود (ریچمن و الیاسن، ۱۹۸۲). در صورتی که والدین و آموزگاران انتظار کمتری از این دانش‌آموزان داشته باشند گسترش خودانگاره‌ی مثبت و دسترسی به توانایی‌های بالقوه برای این دانش‌آموزان بسیار دشوار است.

زیر نویس‌ها :

- 1- Fox , Lynch , & Brookshire ; Morris ; Nation ; Spriesters – bach , Darley , & Morris .
- 2- Kommers & Sullivan , Richman & Eliason .
- 3 - McWilliams , Morris , & Shelton .
- 4 -Submucous
- 5 - McWilliams et al .
- 6 -Hypernasality
- 7 -Cruzon or Teacher – Collins Syndrome
- 8 -Schneiderman & Harding ; Tobiason .
- 9 -Kapp , Powers ; Richman & Harper .
- 10 -Berscheid & Walster .
- 11 - Craniofacial

منبع:

Michael J.Moran And Arthur . Pentz . *Teching exceptional children* Vol27 No3/Spring 1995 pp 46-48 .