

## برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات بهنگام برای شناسایی کودکان در معرض خطر

انسانه صفار / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

### چکیده

برخورد دارند و به تحریک‌ها و تقویت‌های محیطی و به فعالیت‌های ترمیم، تقویت و یکپارچه سازی، با سهولت و سرعت بیشتری پاسخ می‌دهند، بنابراین مداخله جهت افزایش توانایی و جلوگیری از پیشرفت ناتوانی امکان‌پذیرتر و ثمربخش‌تر است.

مفهوم مداخله بهنگام<sup>۱</sup> یا زودرس از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر وارد حوزه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای ویژه شده است. مداخله‌های اولیه بیانگر یک نظام حمایتی-آموزشی است که می‌کوشد از ابتدای تولد یا از نخستین فرصت ممکن پس از شناسایی کودک معلول و دارای نیازهای ویژه، کودک و خانواده‌اش را مورد حمایت، توان‌بخشی و آموزش قرار دهد.

در ۸ اکتبر ۱۹۸۶ اصلاحیه قانون عمومی ۴۷۷-۹۹ آموزش به معلولان، در آمریکا تصویب شد. به موجب این قانون تمامی حقوق و مزایای مندرج در قانون ۱۴۲-۹۴ به نوزادان، نوپایان و کودکان پیش‌دبستانی از بدو تولد تا ۵ سالگی و به خانواده‌های آنها تعمیم یافت. اصل اساسی قانون ۱۴۲-۹۴ این بود که هر کودک ناتوان مستحق دریافت آموزش استثنایی متناسب با نیازهای او به هزینه عمومی است. به عبارت دیگر مطابق با قانون مذکور ایالت‌ها، موظفند به اطفال و خردسالانی که مشکلات رشدی دارند، خدماتی را ارائه کنند. نام این خدمات، برنامه مداخله‌ی زود هنگام

گرچه مقوله‌ی پیشگیری اولیه جلوگیری از وقوع معلولیت از اهداف اولیه‌ی دولت‌ها و برنامه ریزان سیاست‌های کلان اجتماعی، رفاهی و بهداشتی جامعه است، اما توجه به امر مداخله‌ی بهنگام نیز از مظاهر پیشگیری ثانویه و یا پیشگیری ثالث محسوب می‌شود، چراکه منظور از پیشگیری ثانویه جلوگیری از عمیق‌تر شدن مشکل و یا کوتاه‌تر کردن طول دوره‌ی اختلال در راستای توانمندسازی فرد می‌باشد و قصد پیشگیری ثالث نیز جلوگیری از تأثیر معلولیت بر سایر توانایی‌های فرد مبتلا است. در این مقاله ضمن تشریح تاریخچه تدوین و تصویب قوانین مربوط به برنامه‌های اوایل کودکی به طور اجمال، به ضرورت و اهمیت و نیز اهداف اجرای مداخلات بهنگام، تعریف کودکان در معرض خطر و نحوه شناسایی و ارزیابی کودکان با نیازهای ویژه در سنین خردسالی و نوباوگی پرداخته شده است.

### تاریخچه

دوران اولیه‌ی کودکی، در زندگی هر فردی، زمان بسیار حساس و مهمی است. برای کودکان دارای نیازهای ویژه، این دوره اهمیتی اساسی و حیاتی دارد. در سنین اولیه، دستگاه عصبی از شکل‌پذیری بیشتر و اندام‌های حسی و حرکتی از انعطاف‌پذیری بیشتری

موجب شده است به کمک‌های مداخله‌ای توجه زیادی شود، زیرا در بسیاری از موارد این کمک‌ها از ارجاع دانش‌آموزان برای دریافت خدمات ویژه جلوگیری می‌کند (شکوهی یکتا و پرنده، ۱۳۸۵).

#### مداخله‌های اولیه بیانگر

یک نظام حمایتی-آموزشی است که می‌کوشد از ابتدای تولد یا از نخستین فرصت ممکن پس از شناسایی کودک معلول و دارای نیازهای ویژه، کودک و خانواده اش را مورد حمایت، توارن بخشی و آموزش قرار دهد

برنامه‌های اوایل دوران کودکی مانند پروژه هد استارت (۱۹۶۴) و پروژه آموزش زودرس بروکلین<sup>۳</sup> (BEEP) در سال ۱۹۷۲، نتایج مثبتی را به دنبال داشته‌اند. تحقیقات انجام شده درباره برنامه‌های اوایل کودکی با کیفیت عالی، مانند پیش دبستان پری<sup>۴</sup>، پروژه آبدارین<sup>۵</sup> و پروژه میلوآکی<sup>۶</sup> کاهش چشمگیر در جایگزینی و گمارش دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری و عقب ماندگی خفیف در برنامه‌های آموزش استثنایی را نشان داده‌اند (سیگل، ۲۰۰۳). ادبیات رشد یافته این موضوع را همگی مورد تأیید قرار می‌دهند که برنامه‌ی مداخله بهنگام در طول ۴ سال اول زندگی موجب افزایش و توسعه‌ی تحولات رشد می‌شوند و عوامل بسیار خطرناک را مثل شرایط نامساعد اقتصادی و اجتماعی را به صورت بالقوه‌ای کاهش می‌دهند. برنامه‌هایی که آموزش تک‌شاگردی را برای دانش‌آموزان کلاس اول با اختلالات خواندن، تأمین می‌کنند، نیز از کاهش نیاز به خدمات آموزش استثنایی برای دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری خبر می‌دهند. برنامه موفقیت برای همه که برنامه‌های اوایل کودکی،

می‌باشد، بدین مفهوم 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 نیازمند دریافت خدمات مزبور می‌باشند (فرامرزی، ۱۳۸۴).

قانون ۴۷۶-۱۰۱ که در سال ۱۹۹۰ تصویب شد، نام قانون آموزش استثنایی را به قانون آموزش افراد مبتلا به ناتوانی‌ها (IDEA)<sup>۲</sup> تغییر داد و مدارس را ملزم کرد تا برای انتقال نوجوانان مبتلا به ناتوانی‌ها جهت آموزش بیشتر یا اشتغال در ۱۶ سالگی برنامه‌ریزی کنند و اصطلاح کودکان عقب مانده را به کودکان مبتلا به معلولیت‌ها تغییر داد.

IDEA در سال ۲۰۰۴ تحت قانون ۴۴۶-۱۰۸ روز آمد شد و به قانون بهبود آموزش افراد مبتلا به معلولیت‌ها شهرت یافت. این اصلاحیه بر پیشگیری و مداخله به موقع تأکید کرد و به مدارس اجازه داد تا بودجه‌های آموزش استثنایی را در پیشگیری از نیاز کودکان به خدمات آموزش استثنایی صرف کنند. این قانون از ایالت‌ها خواست تا اختلافات نژادی را در تخصیص آموزش استثنایی اصلاح کنند و IDEA را با سایر اصلاحات، مخصوصاً اصلاحات مربوط به هیچ کودکی نباید عقب بماند، هماهنگ کرد (اسلاوین، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵).

#### تدارک کمک‌های مداخله‌ای

در ۳۵ سال اخیر، برنامه‌های ویژه اوایل کودکی، اهمیت زیادی یافته است. امروزه دست اندرکاران آموزش و پرورش در صدد هستند به گونه‌ای از تعداد دانش‌آموزان با نیازهای ویژه کاسته شود و همین امر

## غربالگری و ارزیابی کودکان در معرض خطر

یکی از اولویت‌ها و ضرورت‌های اجتناب ناپذیر در زمینه مداخلات بهنگام، خدمات اولیه تشخیص و شناسایی از طریق غربالگری<sup>۱۰</sup> است. غربالگری فرآیندی است که به شناسایی کودکانی می‌پردازد که ممکن است ناتوان باشند یا به ارزیابی جامع‌تری نیاز داشته باشند. با استفاده از ابزارهای غربالگری می‌توان تعداد زیادی کودک را در مدت زمانی کوتاه ارزیابی کرد و در صورت نیاز، برنامه‌های مداخله‌ای متناسب با نیازهای آنها را با ارزیابی دقیق‌تر، طراحی و اجرا نمود.

در بسیاری از موارد خانواده‌ها از اهمیت غربالگری و نقش آن در پیشگیری اولیه آگاهی ندارند. در غربالگری باید از متخصصان، والدین، پرستاران و مربیان کودکان به منظور جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرد. وضعیت جسمانی کودکان از طریق معاینه‌های پزشکی و تاریخچه تحولی کودک از طریق مصاحبه با والدین مشخص می‌شود. آزمون‌های بینایی و شنوایی و ارزیابی رشد عمومی کودکان شامل رشد جسمانی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و مهارت‌های انطباقی توسط متخصصان مربوط صورت می‌گیرد، علاوه بر این گروهی متشکل از متخصصان مختلف بر فرآیند غربالگری نظارت می‌کنند (شکوهی یکتا و پرنده، ۱۳۸۵).

با اجرای آزمون‌های غربالگری می‌توان نوزادان یا کودکان دارای احتمال خطر قطعی<sup>۱۱</sup> را شناسایی نمود. این نوزادان کسانی هستند که رشد ناپه‌نچار زودرس آنها به اختلالات پزشکی مربوط می‌شود، سبب شناسی آنها مشخص شده و انتظار می‌رود در دامنه خاصی از روند رشد تأخیر داشته باشند. کودک مبتلا به سندروم داون به عنوان نمونه‌ای از کودک دارای احتمال خطر قطعی شناخته شده است.

اصلاح برنامه درسی و آموزش تک شاگردی را ادغام می‌کند، جایگزینی در آموزش استثنایی را به نصف کاهش داده و پیشرفت روحوانی دانش‌آموزانی را که قبلاً با عنوان نیازمند به خدمات استثنایی تشخیص داده شده بودند، افزایش داده است (بورمن و هیوز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ اسلاوین<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶؛ اسلاوین و مدن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). این یافته‌ها حاکی است که اگر برنامه‌های پیشگیری و مداخله به موقع وسیعاً اجرا شوند، تعداد کودکانی که به خدمات آموزش استثنایی نیاز دارند، به مقدار زیاد کاهش می‌یابد.

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

- ۱- افزایش هوش و کمک به شکوفا شدن نیروهای بالقوه کودک
  - ۲- کمک به کودک در تمامی قلمروهای تحول، جسمانی، شناختی، زبانی، روانی- اجتماعی، خودگردانی)
  - ۳- جلوگیری از پیشرفت اختلال یا پیشگیری از بروز نارسایی‌های ثانوی
  - ۴- کاهش تنیدگی خانوادگی
  - ۵- کاهش وابستگی به دیگران و ایجاد سازش یافتگی با محیط اجتماعی
  - ۶- کاهش نیاز به خدمات آموزش و پرورش ویژه در سنین مدرسه‌ای
  - ۷- صرفه جویی قابل ملاحظه در هزینه‌های بهداشتی و آموزش و پرورش (دادستان، ۱۳۷۹)
- به عبارت دیگر این برنامه‌ها در زمینه اقدام جامعه برای افزایش رشد کودکان و کمک به خانواده‌ها جهت رسیدگی هر چه سریع‌تر به نیازهای ویژه آنان و به دست آوردن شانس رشد و یادگیری، یک گام مهم به طرف جلو محسوب می‌شوند.

نمرات آپگار، به ویژه دومین بار، می‌توان ضایعه مغزی موجود در هنگام تولد را پیش‌بینی کرد. نمره ۱۰-۶ عادی و بهنجار محسوب می‌شود.

غربالگری فرآیندی است  
که به شناسایی کودکانی می‌پردازد که  
ممکن است ناتوان باشند یا به ارزیابی  
جامع‌تری نیاز داشته باشند

در مراحل بعدی رشد، حالت طبیعی و غیرطبیعی تونس ماهیچه‌ها ملاک ارزیابی کودک در معرض خطر است. عضلات نوزادان دچار سندروم داون ممکن است بسیار شل یا هایپوتون باشند. اما کودکان عقب مانده ذهنی مبتلا به فلج مغزی، عضلاتی سفت و غیرمنعطف و خشک دارند. در ارزیابی نوزادان ملاک قطعی دیگر بازتاب‌های اولیه نوزاد<sup>۱۵</sup> است. چنانچه شدت بازتاب‌ها نامناسب باشند، یعنی بسیار قوی، بسیار ضعیف یا برای سن خاصی نامناسب باشند، احتمالاً نوزاد دچار اختلال عصبی است. بازتاب‌های مختلف کاملاً قابل پیش‌بینی‌اند و انتظار می‌رود که در سنین خاصی آشکار، متوقف و ناپدید گردند و یا بازتاب‌های عالی‌تر و پیشرفته در سنین بعد جانشین آنها شوند. به اعتقاد پایفر<sup>۱۶</sup> (۱۹۸۸) حداقل ۳۶ بازتاب برای رشد حرکتی هنجار مهم است. ۱۴ بازتاب طی نخستین سال زندگی ظاهر می‌شوند و نهایتاً کودک را قادر به قرار گرفتن در وضعیت قائم و آغاز به حرکت می‌نمایند. چنانچه این بازتاب‌ها از میان نروند، کودک نمی‌تواند سرش را بلند کرده، تعادل خود را حفظ کند یا سرش را به طرف دستی که به سمتش دراز شده، برگرداند. بعد از اینکه کودک قادر به حرکت شد، این واکنش‌های ابتدایی متوقف می‌گردند و دوباره ظاهر نمی‌شوند، مگر اینکه

دومین گروه‌بندی به خطر زیستی مربوط می‌شود. نوزادان در معرض خطر زیستی بنا به تعریف، نوزادانی هستند که در دوران جنینی، هنگام زایمان مادر یا بعد از تولد آسیب‌پذیر می‌باشند و حوادث مربوط به رشد در نخستین روزهای زندگی حاکی از آسیب‌های زیستی به سیستم دستگاه عصبی در حال رشد است که به تنهایی یا در مجموع احتمال رشد نابهنجار در سال‌های بعد را افزایش می‌دهند. مصداق این امر کودکی است که آنوکساید شدید یا کمبود اکسیژن هنگام تولد را تجربه کرده و در نتیجه این ضایعه سلول‌های مغز او آسیب دیده است (ایچستد، ترجمه پژوهشکده کودکان استثنایی، ۱۳۷۸).

### سیستم آپگار

یکی از پارامترهای مهم برای شناسایی کودک در معرض خطر سیستم نمره‌گذاری آپگار<sup>۱۲</sup> است که توسط ویرجینیا آپگار تدوین شده است. مطابق با این سیستم، وضعیت نوزاد متولد شده، در نخستین دقیقه زندگی و مجدداً ۵ دقیقه بعد ارزیابی می‌شود. شصت دقیقه بعد از تولد نوزاد، پرستار اتاق زایمان یا متخصص بیهوشی با استفاده از مقیاس صفر تا دو در ۵ مقیاس وضعیت نوزاد را درجه‌بندی می‌کند. حروف A.P.G.A.R معادل ۵ مقیاس می‌باشند که شامل شکل ظاهر، نبض، تغییر چهره، فعالیت و تنفس می‌شوند. نوزاد دارای نمره آپگار کمتر از ۴، سست و لخت، رنگ پریده، فاقد حساسیت<sup>۱۳</sup> (بدون واکنش لازم) است. اغلب نفس نمی‌کشد و احتمالاً حتی فاقد ضربان قلب می‌باشد. آزمون آپگار برای تمام کودکان ۵ دقیقه بعد از تولد تکرار می‌شود. هر دو نمره در یادداشت مربوط به سوابق کودک ثبت می‌شود. مطالعات پیگیری<sup>۱۴</sup> نشان داده‌اند که با استفاده از

نشانگر تأخیر شناختی نیست بلکه نشان دهنده رشد عصبی نابهنجار است و می‌توان آنرا نشانه خطر دانست. ناتوانی در نشستن، تلاش برای نشستن یا راه رفتن در زمان‌های مناسب، ملا زمین همیشگی عقب ماندگی ذهنی به شمار می‌رود (دستجردی، ۱۳۸۱).

### ابزارهای ارزیابی کودکان نوپا

به موازات رشد کودک و گذار از مراحل رشد جسمی و حرکتی، ارزیابی حیطه‌های تحولی که شامل رشد جسمی شناختی، هیجانی، اجتماعی و انطباق کودک با محیط اجتماعی می‌باشد، ضرورت می‌یابد. ابزارهای بسیاری برای ارزیابی کودکان نوپا و پیش دبستانی طراحی شده‌اند ولی مناسب‌ترین آنها، آزمون‌های چند بعدی هستند. این آزمون‌ها حیطه‌های گوناگونی مانند مهارت‌های زبانی، شناختی، هیجانی-اجتماعی، گفتاری و حرکتی-ادراکی را ارزیابی می‌کنند که در ذیل به معرفی نمونه‌ای از آنها پرداخته می‌شود:

### ۱- آزمون غربالگری رشدی دنور

آزمون دنور<sup>۱۷</sup> (DDST) آزمونی انفرادی است که با هدف شناسایی مشکلات رفتاری و تحولی کودکان طراحی شده است. این آزمون شامل ۱۰۵ آیتم و ۴ حیطه می‌باشد که مهارت‌های حرکتی درشت، زبان، مهارت‌های حرکتی ظریف و مهارت‌های فردی-اجتماعی کودکان را از ۲ هفته‌گی تا ۶ سالگی ارزیابی می‌کند. محتوای آیتم‌ها در هر حیطه با توجه به سن تغییر می‌کند. در صورتی که کودک در پاسخدهی به آیتمی که ۹۰ درصد کودکان هم سن او به آن پاسخ درست داده‌اند شکست بخورد، نمره آن آیتم را دریافت نمی‌کند و در آن آیتم مورد نظر دارای تأخیر تلقی

فرد به دلیلی آسیب ببینند. چنانچه بازتاب‌ها ظاهر شوند اما در زمان مناسب از بین نروند کودک به کندی راه می‌رود و این عمل را به شیوه‌های ناشیانه انجام می‌دهد (ایچستد، ترجمه پژوهشکده کودکان استثنایی، ۱۳۷۸).

یکی دیگر از فاکتورهای مهم برای شناساندن کودک در معرض خطر تأخیر در مراحل رشد حرکتی کودک است. پرورش مهارت‌های حرکتی درشت محصول نهایی تعامل فرآیندهای عصبی است که سرعت رشد و تکامل آنها یکسان نیست و شناسایی مشکلات حرکتی باید از طریق ارزیابی کشیدگی طبیعی عضلانی، بازتاب‌های ابتدایی و پاسخ‌های وضعی آغاز شود. ارزیابی وضعیت کودکان شیرخوار و خردسالان دچار عقب ماندگی ذهنی همیشه آسان نیست.

#### مداخله ۱۳۶ بازتاب

برای رشد حرکتی هنجار مهم است.

۱۴ بازتاب طی نخستین سال زندگی ظاهر می‌شوند و نهایتاً کودک را قادر به قرار گرفتن در وضعیت قائم و آغاز به حرکت می‌نمایند

این قبیل کودکان گاه به آن چه از آنان خواسته می‌شود توجهی ندارند و همانند کودکان عادی ممکن است با گریستن، پرتاب کردن اسباب بازی‌ها و وسایل و خیس کردن شلوار خود واکنش نشان دهند. محققان و روان‌شناسان رشدنگر دریافته‌اند که تأخیر رشد مهارت‌های حرکتی درشت، متداول‌ترین نشانه موجود عقب ماندگی ذهنی پیش از ۱۸ ماهگی است. آنها خاطر نشان کرده‌اند که «رشد حرکتی کانون رشدی بین ۶-۱۵ ماهگی است». تأخیر رشد حرکتی،

خرده آزمون توانایی کودکان در کنترل عضله‌ها، توازن و هماهنگی فعالیت ماهیچه‌های بزرگ را ارزیابی می‌کنند. بلند کردن و چرخاندن سر (۴ ماهگی)، ایستادن بدون کمک به دیگران (۱۴ ماهگی) و لی‌لی کردن (۳۹ ماهگی) از آیت‌های این خرده آزمون محسوب می‌شود.

- مقیاس سازمان‌دهی دریافتی بینایی<sup>۲۱</sup>: آیت‌های این خرده آزمون؛ موضوع‌یابی، ردیابی و تجسس بینایی را ارزیابی می‌کنند. بازبینی دستان خود (۷ ماهگی) پیدا کردن شیء پنهان شده (۱۱ ماهگی) و توی هم قراردادن فنجان‌ها از آیت‌های این خرده آزمون محسوب می‌شوند.

- مقیاس سازمان‌دهی بیانی بینایی<sup>۲۲</sup>: پاسخ به آیت‌های این خرده آزمون مستلزم به کارگیری مهارت‌های حرکتی ظریف و مهارت‌های پیش نیاز نوشتن است. گرفتن اشیا با پنجه (۷ ماهگی)، برداشتن اشیاء با انبردست (۱۵ ماهگی) و به نخ کشیدن ۳ مهره یا بیشتر (۳۹ ماهگی) از آیت‌های این خرده آزمون به شمار می‌آیند.

به موازات رشد کودک

و گذار از مراحل رشد جسمی و حرکتی،

ارزیابی عیبه‌های تحولی که شامل رشد جسمی

شناختی، هیجانی، اجتماعی و انطباق کودک با

محیط اجتماعی می‌باشد، ضرورت می‌یابد

- مقیاس سازمان‌دهی زبان دریافتی: آیت‌های این خرده آزمون، توانایی تمیز شنیداری و هماهنگی بین محرک‌های شنیداری و حرکات چشم را ارزیابی می‌کنند. نگاه کردن به فردی که صحبت می‌کند (۴ ماهگی)، پیگیری دستورالعمل‌های ساده (۲۰ ماهگی)

می‌شود. سپس بر اساس تعداد آیت‌هایی که کودک در آن تأخیر در رشد نشان می‌دهد، در یکی از طبقه‌هایی که در دستورالعمل آزمون مشخص شده است، قرار می‌گیرد. این طبقه‌ها عبارتند از: بهنجار، سؤال بر انگیز، نابهنجار و آزمون ناپذیر.

## ۲- پرسش نامه پیش دبستانی مینه سوتا

آزمون‌های مینه‌سوتا<sup>۱۸</sup> (MPI) (آیرثیون و ثونینگ<sup>۱۹</sup>، ۱۹۷۴) ابزار استاندارد است که والدین آنرا تکمیل می‌کنند و باید مشاهدات خود را درباره مهارت‌های آمادگی و رشد کودک از طریق پاسخگویی به پرسش‌های آزمون ثبت کنند. MPI شامل دو بخش است، بخش اول درباره رفتارهایی است که به رشد کودک در سنین ۲ تا ۶ سالگی مربوط می‌شوند و بخش دوم در مورد مشکلات سازشی یا نشانه‌های آن طراحی شده‌اند. آیت‌های تحولی در ۸ مقیاس گروه بندی شده‌اند: خودیاری، مهارت‌های حرکتی ظریف، زبان بیانی، درک مطلب، حافظه، شناخت حروف و درک اعداد. آیت‌های مربوط به مشکلات سازشی نیز در ۴ مقیاس گروه‌بندی شده‌اند: ناپختگی، بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری و مشکلات هیجانی. ۴ مقیاس نیز به ارزیابی نشانه‌های وجود مشکل اختصاص داده شده است: حرکتی، زبان، جسمانی و حسی (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۵).

## ۳- مقیاس‌های یادگیری اولیه کودک مولن

مقیاس مولن<sup>۲۰</sup> (IMSEL، ۱۹۸۹) آزمون‌های انفرادی و هنجار مرجع است که برای ارزیابی کودکان از تولد تا ۳۶ ماهگی طراحی شده است و دارای ۳۷ آیت و پنج مقیاس است.

- مقیاس مهارت‌های حرکتی درشت: آیت‌های این

ارتباطی، اجتماعی-هیجانی، رشد جسمانی و رفتار انطباقی را ارزیابی می‌کند. با استفاده از این آزمون می‌توان خردسالان با ناتوانی‌های رشدی را شناسایی کرد (شکوهی یکتا و پرنده، ۱۳۸۵).

به‌طور خلاصه باید گفت که گرچه درباره اهمیت و تأثیر سال‌های نخستین کودکی بر رشد بعدی کودکان با نیازهای ویژه بین صاحب نظران و متولیان نظام تعلیم و تربیت اختلاف نظری دیده نمی‌شود، اما تعداد زیادی از کودکان در معرض خطر که عموماً بدلیل نبود ویژگی‌های بالینی و ظاهری آشکار، ناآگاهی والدین یا ارزیابی‌های غیرتخصصی نقایص و معلولیت‌های خفیف تا متوسطشان تشخیص داده نمی‌شود، فرصت‌های ارزشمندی برای یادگیری و کسب تجارب مهم از طریق برنامه‌های مداخله‌ای قبل از دبستان را از دست می‌دهند. والدین در اجرای صحیح برنامه‌های مداخله‌ای هم به عنوان مرجع اصلی برای جمع‌آوری اطلاعات رشدی و تحولی کودک و نیز همکاری و مشارکت در اجرای این مداخلات نقش مهم و اساسی دارند. گرچه در سال‌های اخیر از سوی سازمان آموزش و پرورش استثنایی سن ورود به دوره آمادگی به ۴ سال کاهش پیدا کرده است، اما به نظر می‌رسد که همسویی و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای متولی امور معلولان همچون سازمان بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی و نیز انجمن‌ها و مراکز غیردولتی در بسیج امکانات برای تشخیص زود هنگام معلولیت و توان‌بخشی از ابتدای زندگی و لحظه تولد کودک، امری بسیار حیاتی و خطیر محسوب گردد.

و درک کلمه‌های عینی (۳۹ ماهگی) مثال‌هایی از آیتم‌های این خرده آزمون محسوب می‌شوند.

- مقیاس سازمان‌دهی زبان بیانی، آیتم‌های این آزمون توانایی بیان کلامی را ارزیابی می‌کنند. لبخند زدن و تولید صداهایی که گویای شادی کودک هستند (۴ ماهگی)، کاربرد کلمه‌ها (۱۵ ماهگی)، تکرار اعداد به طور شفاهی (۳۳ ماهگی) مثال‌هایی از آیتم‌های این خرده آزمون هستند. نمره ۳۵ و کمتر بیانگر تأخیر در رشد و نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای است.

#### ۴- آزمون پیشرفت خردسالان<sup>۲۳</sup>

آزمون (YCAT) (هریسکو، پیک، هیرون و بریجس<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۰) آزمونی انفرادی و هنجار مرجع است که برای اندازه‌گیری سطح پیشرفت کودکان پیش‌دبستانی، کودکانستانی و پایه تحصیلی اول طراحی شده است. این آزمون؛ اطلاعات عمومی، خواندن، ریاضیات، نوشتن و صحبت کردن را ارزیابی می‌کند. یکی از کاربردهای آزمون، شناسایی کودکانی است که از نظر سطوح یاد شده با هم‌تایان خود تفاوت معناداری دارند تا بدین وسیله برنامه‌های مداخله‌ای برای آنها به اجرا درآید.

#### ۵- ارزیابی تحولی خردسالان<sup>۲۵</sup>

مقیاس (DAYC) (وورس و مادوکس<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۸) آزمون انفرادی و هنجار مرجع است که برای ارزیابی توانایی‌های تحولی کودکان از بدو تولد تا ۵ سالگی طراحی شده است. این آزمون حیطة‌های شناختی،

زیرنویس‌ها:

1. Early Intervention

2. Individual with Disabilities Education Act

3. Brooklin

4. Perry preschool

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 5. Abecedarian project   | 16. Pyfer                                      |
| 6. Milwaukee project     | 17. Denver Developmental screening Test        |
| 7. Borman & Hewes        | 18. Minnesota preschool Inventory              |
| 8. Slavin                | 19. Ireton & Thwing                            |
| 9. Madden                | 20. Infant mullen scales of Early Learning     |
| 10. Screening            | 21. Visual receptive organization              |
| 11. Established Risk     | 22. Visual expressive organization             |
| 12. Scoring System APGAR | 23. Young children achievement Test            |
| 13. Unresponsive         | 24. Hresko, peak, Herron & Bridges             |
| 14. Follow-Up Studies    | 25. Developmental Assessment of Young children |
| 15. Primary Reflexes     | 26. Voress & Maddox                            |

## منابع:

- اسلاوین، رابرت ای (۱۳۸۵). روان‌شناسی تربیتی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- ایچستد، کارل و لاوی، باری (۱۳۷۸). تربیت بدنی برای کودکان عقب مانده ذهنی. ترجمه گروه پژوهشی عقب ماندگی ذهنی و معلولیت‌های جسمی و حرکتی پژوهشکده کودکان استثنایی. تهران: سازمان آموزش و پرورش استثنایی.
- دستجردی، مهدی (۱۳۸۱). بررسی مهارت‌های حرکتی پایه در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. تهران: انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۹). اختلال‌های زبان، روش‌های تشخیص و باز پروری (روانشناسی مرضی تحولی ۳). تهران: انتشارات سمت.
- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌ا... (۱۳۸۶). آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: دانشگاه پیام نور.
- شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (۱۳۸۵). آزمون‌های روانی و تربیتی. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- فرامرزی، سالار (۱۳۸۴). مداخله بهنگام اولین حلقه مفقوده در آموزش و توان‌بخشی کودکان با نیازهای خاص. فصلنامه آموزه. شماره ۲۸. انتشارات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.
- Borman , G. ,& Hewes ,G.(2003). *Long-term effects and Cost effectiveness of Success for All*. Educational Evaluation and Policy Analysis, 24(2) , 243-266.
- Sigel , I. s.(2003). *learning disabilities*. In W.M. Reynolds& G.E.Miller(Eds.), *Handbook of psychology: vol.7. Educational psychology* (PP.455- 486). Hoboken,NJ:Wiley.
- Slavin,R.E . ,&Madden , N .A.(Eds.).(2001). *One Million children :Success for All*. Thousand oaks ,CA: Corwin.