

کتاب جامع

روان شناسی روان شناسی کودکان استثنایی

ای نسخه نامه الهی که تویی ای آینه جمال شاهی که تویی
بیرون ز تو نیست آنچه در عالم هست از خود بطلب هر آنچه خواهی که تویی

گروه آموزشی مقدم، انتخاب صحیح و آگاهانه شما دانشجویان عزیز را ارج و سپاس نهاده و آینده درخشانی را برای شما آرزومند است. تنوع و تعدد منابع کنکور و همچنین فرصت کم برای جمع آوری و مطالعه همگی این منابع آموزشی، همواره از جمله دغدغه‌های اصلی دانشجویان می‌باشد. امید است کتاب حاضر که در برگزیده مطالب مهم و کلیدی از اکثر منابع کنکور است، رضایت خاطر شما را فراهم نموده و با صرفه‌جویی در وقت و یادگیری کاملاً هدفمند، راه حل مناسبی برای این مسئله باشد. آرزومندیم توانسته باشیم در این اثر، نیاز شما جهت کسب رتبه برتر را پاسخ گفته باشیم.

ایده گردآوری و تألیف این مجموعه با کاستی‌های فراوانش به دوران طاقت فرسای آمادگی کنکور باز می‌گردد؛ گسستگی، پراکندگی و دشواری در دسترسی به کلیه منابع اصلی از بزرگترین دغدغه‌های نگارنده در طول سالیان گذشته بوده است. در نهایت امر بر آن شدم با تکیه بر فرصت‌های مطالعاتی، پژوهشی و دروس دانشگاهی، مجموعه‌ای را در خور شأن داوطلبان کنکور فراهم آورم، بی‌آنکه ادعایی در خصوص تألیف داشته باشم. این مجموعه به اساتید و بزرگانی تعلق دارد که ذکر نام آنان در پایان کتاب و در فهرست منابع رفته است و اینجانب تنها به بازخوانی و گردآوری مطالب و ایجاد پیوستگی معنادار میان سرفصل‌ها و عناوین مرتبط با آن پرداخته‌ام تا آنچه پیش‌روی خواننده قرار می‌گیرد از انسجام و پیوستگی لازم برای یادگیری برخوردار باشد؛ پیوستگی و انسجامی که در دیگر منابع مرتبط با موضوع آمادگی کنکور کمتر بدان توجه و پرداخته شده است. نقطه امید دیگر نزد نگارنده آن است که این مجموعه فرصتی را برای رقابت عادلانه‌تر برای کسانی فراهم می‌آورد که از توانایی مالی لازم برای بهره‌جستن از کلاس‌های حضوری مؤسسات خصوصی برخوردار نمی‌باشند و زمینه‌ای برای درک نظام‌مند از مطالب تخصصی باشد.

در این مجموعه تلاش نگارنده بر آن بوده تا با استفاده از منابع سنتی فارسی زبان و با توجه به تغییرات محتوایی در سؤالات سال‌های گذشته و گرایش به سوی کتب متأخر جهانی، از جدیدترین و سودمندترین منابع بهره‌برداری گردد تا مخاطبین و داوطلبان را با آمادگی بیشتر ذهنی، برای رقابت علمی مهیا سازد.

در پایان بر خود لازم می‌دارم تا از زحمات تمامی اساتیدی که در سالیان گذشته مشوق اینجانب بوده‌اند، تشکر و قدردانی کنم. بدون شک این کتاب، خالی از اشکال و خطا نیست، راهنمایی‌ها و نظرات مخاطبین می‌تواند کمک مؤثری در ارتقاء آن نماید. نگارنده پذیرای تمامی نقدها و پیشنهادات مخاطبین می‌باشد.

لطفاً با ارائه پیشنهادات و انتقادات خود ما را در ارتقاء کمی و کیفی کتاب یاری نمائید.

E-mail: info@ravangam.com

«هیچ ژنرالی هیچ جنگی را شروع نمی‌کند، مگر باور داشته باشد که پیروز می‌شود»
جنگ شما شروع شده است،

شما مجبور هستید که پیروز شوید ...

ایزد یارتان

فاطمه صفرزاده مقدم

فهرست

فصل اول: کودکان استثنایی.....	۱
فصل دوم: تیز هوشی.....	۳۵
فصل سوم: عقب ماندگی ذهنی.....	۵۱
فصل چهارم: اختلالات سازگاری یا کودکان و نوجوانان ناسازگار.....	۹۵
فصل پنجم: کودکان مبتلا به اختلالات حسی.....	۱۹۳
فصل ششم: کودکان با اختلالات حرکتی، معلولیت‌ها و بیماری‌های جسمی.....	۲۱۹
فصل هفتم: کودکان چند معلولیتی.....	۲۴۳
فصل هشتم: اختلالات عملی رشد یا اختلالات مربوط به دفع.....	۲۴۹

فصل ۱

کودکان استثنایی

اهداف آموزشی

شما باید بتوانید پس از مطالعه این فصل:

- ۱- اصطلاحات و واژه‌ها در حیطه کودکان استثنایی را نام برده و تعریف کنید.
- ۲- تعاریف کودکان استثنایی از دیدگاه دانشمندان مختلف را بیان کنید.
- ۳- مفهوم کودکان با نیازهای ویژه را توضیح دهید.
- ۴- به بیان تفاوت‌های فردی و مفهوم عام استثنایی بپردازید.
- ۵- چگونگی سنجش تفاوت‌های بین فردی و درون فردی را مطرح کنید.
- ۶- انواع طبقه‌بندی کودکان استثنایی را عنوان کنید.
- ۷- به بیان درصد شیوع دانش‌آموزان استثنایی بپردازید.
- ۸- دلایل تغییر در رواج کودکان استثنایی را ذکر کنید.
- ۹- مفهوم بهنجاری و نابهنجاری را از دیدگاه علوم مرتبط شرح دهید.
- ۱۰- آموزش ویژه را تعریف کنید و تاریخچه آن را بیان کنید.
- ۱۱- خدمات مربوط به آموزش‌های ویژه را نام ببرید.
- ۱۲- نظریات دانشمندان پیشگام روانشناسی کودکان استثنایی را مطرح کنید.
- ۱۳- کاربرد علوم مختلف در مطالعه کودکان استثنایی را توضیح دهید.
- ۱۴- روی آوردهای نظری در حیطه کودکان استثنایی را بیان کنید.
- ۱۵- اصول یکپارچه‌سازی و مفاهیم مربوط به آن را شرح دهید.
- ۱۶- IEP یا برنامه آموزش فردی شده را تعریف کنید.
- ۱۷- چگونگی تشخیص کودکان استثنایی را شرح دهید.
- ۱۸- روی آوردهای نام‌گذاری و آثار آن را عنوان کنید.
- ۱۹- خدمات مداخله‌ای روانی - تربیتی ویژه در گستره تحول را شرح دهید.
- ۲۰- الگوی تصمیم‌گیری آموزشی را توضیح دهید.
- ۲۱- چگونگی گذار کودکان استثنایی از مدرسه به زندگی بزرگسالی را تشریح کنید.
- ۲۲- عوامل خطر ساز در ایجاد ناهنجاری کودکان را شرح دهید.
- ۲۳- انواع پیش‌گیری را نام برده و توضیح دهید.
- ۲۴- تأثیر کودک استثنایی بر خانواده و واکنش‌های خانواده را نسبت به کودکان استثنایی بیان کنید.

کلیات

لازم به تذکر است که تظاهرات روانی در کودکان شکل خاص و معینی ندارد و روان‌شناسی و شناخت کودکان، طرز درمان، البته به لفظ اعم (تربیتی، آموزشی و ...) عیناً شبیه بزرگسالان نیست. به طور کلی دستگاه عصبی کودک به رشد و کمال بزرگسالان نرسیده و چون رشد ادامه دارد و به عبارت دیگر در حال تحول و متغیر است لذا رفتار نیز به همان روال متغیر خواهد بود. کودکان در مقابل فشارهای زندگی واکنش‌های نسبتاً سریع و شدید نشان می‌دهند و به همان سرعت هم وقتی فشارهای زندگی از بین رفت بهبود می‌یابند. از آن‌جا که وابسته و متکی به دیگران هستند و در واقع از نظر شخصیتی نارس و نابالغند، لذا در مقابل فشار و ناراحتی تنها عکس‌العملی که دارند، اختلالات رفتاری است. پس اختلالات رفتاری در کودکان وسیله بیان ناملایمات است. علاوه بر نکات مذکور کودک باید از مراحل مختلف رشد عبور کند. توقف یا عدم رشد کافی و به اصطلاح تثبیت که در کودک خیلی شایع است موجب اختلال به درجات مختلف می‌شود و کودک در مراحل بعدی رشد دچار اشکال می‌شود. در روانشناسی کودکان استثنایی اختلالات ناشی از ضایعات عضوی مغز که باعث نارسایی رشد قوای ذهنی می‌شوند، مسائل و مشکلات تربیتی، آموزشی و روانی این نوع

کودکان و خانواده‌های آنان به اضافه کودکان تیزهوش، کودکان ناسازگار یا دشوار و همچنین اختلالات عملی رشد و آثار روانی در مبتلایان به اختلالات حسی و حرکتی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

لغت استثنایی اصولاً یک اصطلاح آموزشی است. عنوان کودکان استثنایی در آمریکا و انگلستان فرق می‌کند. در آمریکا به تمام کودکانی که به نحوی با کودکان طبیعی و همسن خود از نظر فکری، جسمی، عاطفی، عقلانی، رفتاری و ... فرق داشته باشند، استثنایی گفته می‌شود. در انگلستان لغت استثنایی را محدود به تیزهوشی می‌کنند و سایر کودکانی را که به عللی تحت حمایت و آموزش خاص هستند کودکان ویژه می‌گویند. کودکان ویژه یازده گروه هستند و عبارتند از: ۱- کودکان مبتلا به بیماری قند، ۲- کودکان مبتلا به اختلالات حرکتی، ۳- کودکان صرعی، ۴- کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری، ۵- کودکان ضعیف و حساسی که خیلی زود بیمار می‌شوند و احتیاج به مواظبت زیاد دارند، مانند بیماران مبتلا به ناراحتی‌های قلب یا بیماری‌های ضعیف کننده، ۶- کودکان ناسازگار، ۷- کودکان عقب مانده ذهنی، ۸- کودکان نابینا، ۹- کودکان مبتلا به ضعیف بینایی، ۱۰- کودکان ناشنوا، ۱۱- کودکان کم شنوا.

یازده گروه فوق را تحت عنوان کودکان معلول نیز مطالعه می‌کنند. لغت^۱ «هندی کپ» به معنی «مانع» است، مانعی که در مسابقات ایجاد می‌کند تا جلوی برد را بگیرد. در سنین بلوغ به جای لغت هندی کپ از لغت «دیس ای بل»^۲ که همان معنی ناتوان را می‌دهد استفاده می‌کنند. از نظر آموزشی به کودکی معلول یا ناتوان گفته می‌شود که در هر سال تحصیلی بیش از سه ماه به علت بیماری‌های جسمانی، عاطفی و ... و عوارض حاصله از آن به طور دائمی یا دوره‌ای و متناوباً نتواند سر کلاس درس حاضر شود و در نتیجه از دروس عقب بماند و احتیاج به مدارس و آموزش ویژه داشته باشد. بیماری‌های قلبی، آسم، روماتیسم، صرع و ... از این دسته هستند. کمیته بهداشت کودک آمریکا، کودکان استثنایی معلول را به جای یازده گروه، در ده گروه طبقه‌بندی کرده به طوری که بیماری سل و بدی تغذیه را افزوده ولی بیماری قند را حذف و کم شنوا و ضعف بینایی را جزء اختلالات شنوایی و بینایی طبقه‌بندی کرده است.

به طور کلی کودکان استثنایی را باید از سه نظر مورد مطالعه قرار داد:

۱- آن‌هایی که از بدو تولد به علت ناراحتی‌های ارثی و اختلالات مادرزادی بیماری مشخصی دارند مانند سندرم داون، هیدروسفالی، میکروسفالی و ...
۲- کسانی که از ابتدا با وسایل تشخیصی می‌توان به بیماری آن‌ها پی برد مانند در رفتگی مادرزادی لگن، اختلالات متابولیکی و اختلالات غدد مترشحه داخلی مانند: «هیپوتیروئیدسم».

۳- افرادی که نقص عضو و بیماری آن‌ها در طول رشد کودک مشخص می‌شود، مانند فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات شنوایی، بینایی و وجود ضایعات و آسیب‌های مغزی مختصر که باعث اختلال در عملکرد مغز مانند اختلال در خواندن، نوشتن، حافظه، سازگاری و ... می‌شود.
در روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی منظور از کودک، از بدو تولد تا دوازده سالگی و نوجوانی بین دوازده تا بیست سالگی است. معمولاً آثار بلوغ در دختران یک تا سه سال زودتر از پسران ظاهر می‌شود.

اصطلاحات و واژه‌ها در حیطه کودکان و نوجوانان استثنایی

تاکنون اصطلاحات و اسامی زیادی برای این نوع کودکان به کار رفته و می‌رود. یکی از اصطلاحاتی که هنوز هم رایج است کودکان غیرعادی یا نابهنجار است که بیش‌تر جنبه پزشکی داشته و به اختلالات و نابهنجاری‌های روانی و عصبی توجه شده است. اصطلاح «ناسازگار» قدری جدیدتر بوده و بنا به توصیه کنفرانس بین‌المللی روان پزشکی پاریس از سال ۱۹۶۰ به جای اصطلاح غیر عادی به کار رفت. به نظر می‌رسد فعلاً اصطلاح کودکان استثنایی اصطلاح پسندیده و قابل قبول‌تری باشد اگرچه بعضی از متخصصین نیز این اصطلاح را نپذیرفته و اصطلاحات دیگری پیشنهاد می‌کنند. (میلانی‌فر، ۸۶)

تعدادی از این متخصصان به کاربرد دقیق و محدود واژه‌های مختلف در ادبیات کودکان استثنایی علاقه نشان می‌دهند و معتقدند هر یک از واژه‌ها باید بجا و مقتضی استعمال شود تا حتی‌الامکان از استنباط‌های سوءتفاهم برانگیز اجتناب شود. افرادی که به عنوان ویژه شناخته می‌شوند، افرادی هستند که ویژگی‌های نامعقول، عجیب و غریب، غیرعادی، خاص و متفاوت دارند، به نحوی که آن‌ها را از گروه همسالان عادی متمایز می‌کند. اصطلاح «اختلال» در مورد فردی به کار می‌رود که به نارسا کنش‌وری کلی از لحاظ ذهنی - فیزیکی، یا فرایندهای روانشناختی مبتلا است. اصطلاح «ناتوان»، اندکی اختصاصی‌تر است و فردی را توصیف می‌کند که به کمبود یا فقدان کنش‌وری فیزیکی (بینایی، شنوایی، پا و بازوها) دچار است و یا در یادگیری و سازگاری اجتماعی که به طور معنی‌داری مانع رشد و تحول عادی اوست، مشکلاتی دارد. واژه «معلولیت» به محدودیتی اشاره دارد که برحسب مقتضیات محیطی بر فرد عارض شده و با ناتوانی فرد در هماهنگی و سازگاری با این مقتضیات مرتبط است. اصطلاح «معلول» معمولاً تنها در مورد فردی یا افرادی بکار می‌رود که نقص یا ناتوانی دارد. اصطلاح «استثنایی» جامع‌تر است و هر فردی را توصیف می‌کند که عملکرد فیزیکی یا رفتارش اساساً از هنجار انحراف دارد، چه بالاتر و چه پایین‌تر، که ممکن است خدمات آموزشی فوق‌العاده‌ای را در تأمین نیازهای فردی بطلبد.

نگاهی دوباره به اصطلاحات اختلال، ناتوانی و معلولیت

آموزش استثنایی دلالت دارد بر ساختی که به طور مشخصی برای برآورده کردن نیازهای کودکان استثنایی طرح‌ریزی شده است. آموزش استثنایی طرح‌ریزی محیط فیزیکی کلاس درس، فرایندهای آموزشی مجهزسازی محتوای آموزشی (مساعدت‌ها برای افراد فاقد شنوایی) برای یک نوع مشخصی از عدم توانایی را در بردارد. براساس یک مناظره گسترده، سازمان بهداشت جهانی در مباحث و پژوهش خود به طور شفاهی استفاده از سه اصطلاح: اختلال، ناتوانی و معلولیت را متمایز کرده است. اختلال به حالت غیرطبیعی ساختمان بدن، جلوه‌های ظاهری آن و عضو غیرعادی اشاره

۱.

۲.

دارد. اختلال در کارکرد سیستم، دلیل مشخص و عمده‌ای ندارد. اختلال نوعی آشفتگی را در سطح اندام نمایش می‌دهد. ناتوانی پیامدهای اختلال را برحسب کنش وری و فعالیت توسط فرد منعکس می‌کند. معلولیت به عبارت دیگر به آزمایش‌ها و کوشش‌های بی‌فایده توسط فرد به عنوان نتیجه اختلالات و عدم توانایی‌ها اشاره دارد. معلولیت‌ها نوعاً تعامل در جهت سازش یافتگی افراد با محیط را منعکس می‌کند. این اصطلاحات براساس مدل ارگانیک با یکدیگر رابطه درون کنشی دارند.

معلولیت → ناتوانی → اختلال

تعاریف کودکان استثنایی

هالاها و کافمن (۱۹۹۷) معتقدند کودکان استثنایی کودکانی هستند که نیازمند دریافت خدمات روانی - تربیتی ویژه و حمایت‌های کافی‌اند تا از کل استعداد انسانی‌شان بتوانند استفاده کنند. آن‌ها ممکن است عقب‌ماندگی ذهنی، ناتوانی‌های یادگیری، آشفتگی‌های هیجانی، ناتوانی‌های جسمی، اختلال‌های گفتار و زبان، آسیب شنوایی، آسیب دیداری داشته باشد و یا سرآمد و با استعداد باشند.

کرک و گالاگر (۱۹۹۵) کودک استثنایی را به عنوان کودکی تعریف می‌کنند که با کودکان متوسط و عادی در زمینه‌هایی نظیر: (۱) ویژگی‌های ذهنی (۲) توانایی‌های حسی (۳) توانایی‌های ارتباطی (۴) رفتار اجتماعی یا (۵) ویژگی‌های جسمی متفاوت باشد. این تفاوت‌ها باید به آن اندازه باشند که کودکان برای شکوفا ساختن هرچه بیش‌تر استعدادهای خویش به برنامه‌های روانی - تربیتی و خدمات وابسته ویژه‌ای نیازمند باشند.

پیتر کله و لورناچان (۱۹۹۵) از اصطلاح «دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه» به جای کودکان و دانش‌آموزان استثنایی استفاده می‌کنند. آن‌ها عقیده دارند دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه، شامل همه کودکان و نوجوانانی است که «دچار ناتوانی‌ها و مشکلات یادگیری»‌اند. آن‌ها همچنین از اصطلاح «دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری» نیز در مورد همه کسانی استفاده می‌کنند که مشکلاتشان در یادگیری به حدی است که حداقل در بخشی از دوران تحصیل به خدمات حمایتی نیاز دارند.

افروز (۱۳۷۹) خاطر نشان می‌سازد کودک استثنایی اول یک کودک است (انسان است) با همه خصوصیات و صفاتی انسان و بعد کودکی است با خصوصیات، تفاوت‌ها و ویژگی‌های استثنایی نسبت به همه کودکان دیگر. (استثنایی بودن) تنها از لحاظ آموزشی، اهمیت دارد که در این صورت از لحاظ آموزشی کودکی استثنایی است که برای تأمین حداقل نیازهای تربیتی و آموزشی او، تغییراتی در شیوه‌های تربیتی و آموزشی خانواده و در برنامه‌های مدارس عادی داده شود.

سیف نراقی و نادری (۱۳۸۰) خاطر نشان می‌سازند که اصطلاح «استثنایی» فقط به عده بسیار معدودی از دانش‌آموزان گفته می‌شود که تفاوت‌ها و انحرافات (جسمی، ذهنی، رفتاری) آنان از متوسط از طریق مشاهده معلم و اطرافیان و نیز آزمون‌های مختلف ثابت شده است و روش تربیتی یا آموزشی موردنیاز آنان با آنچه اکثریت دانش‌آموزان احتیاج دارد بسیار متفاوت است.

تفاوت‌های فردی و مفهوم عام استثنایی

با کمی دقت و تأمل در خلقت انسان‌ها، در می‌یابیم که هیچ دو انسانی مانند یکدیگر نیستند. این تفاوت‌ها در ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و رفتاری قابل مشاهده و ادراک‌اند. لذا باید حکمت و فلسفه خاصی زیربنای این تفاوت‌ها باشد. با توجه به آنچه بیان شد، ملاحظه می‌شود که هر یک از انسان‌ها در مفهومی عام و گسترده «استثنایی» هستند؛ زیرا با یکدیگر از ابعاد مختلف وجودی، تفاوت دارند. اما این تفاوت‌ها در اکثر افراد احتمالاً چشم‌گیر نیست و لذا، آن گروه را اصطلاحاً گروه هنجار یا متوسط تلقی می‌کنند. در حالی که آنچه در این کتاب از مفهوم استثنایی مطرح نظر است، در واقع، وجود تفاوت‌های فاحش پاره‌ای از انسان‌ها در زمینه‌های گوناگون با گروه اصطلاحاً هنجار یا متوسط است. در ادامه بحث، برای توضیح مفاهیم یادشده، گونه‌های تفاوت‌های فردی آورده می‌شود.

در بین ابعاد کلیدی رشد و تحول، میان افراد تفاوت‌های زیادی وجود دارد. این تفاوت‌ها در سه بعد اصلی شامل: استعداد تحصیلی، پیشرفت تحصیلی و تحول روانی - اجتماعی مورد توجه است. هر فرد با افراد دیگر تفاوت دارد و این تفاوت را «تفاوت بین فردی» می‌نامند، هم‌چنین استعدادهای و توانمندی‌ها گوناگون فرد نیز با هم همسنگ نیستند که این را تفاوت «درون فردی» می‌گویند. امروزه، علاوه بر این‌که به وجود افتراقی کودکان استثنایی و کودکان عادی بیش و کم توجه می‌شود، به وجوه مشترک کودکان استثنایی و غیراستثنایی توجه بیش‌تری می‌گردد. (شریفی در آمدی، ۸۱)

چگونگی سنجش تفاوت‌های بین فردی و درون فردی

برای این‌که بتوانیم تفاوت‌های بین فردی و درون فردی را دقیقتر بسنجیم و به مفهوم واقعی «استثنایی» پی ببریم، به وسایلی برای سنجیدن نیاز داریم تا بدین وسیله بتوانیم آموزش و پرورشی متناسب با شناخت همه جانبه آنان و متناسب با توانایی‌ها و رغبت‌هایشان ارائه دهیم.

آزمون‌های روانی

می‌توان وسایل سنجش و معیارهایی که به تعبیری آن‌ها را «آزمون‌های روانی» می‌نامند، تعبیه کرد، که با این آزمون‌های روانی می‌توان توانایی‌ها یا خصوصیاتمانند هوش، شخصیت، سازش با محیط و ... را اندازه‌گیری کرد. معمولاً برای ساختن آزمون‌های روانی و نیز تعبیر و تفسیر نتایج این

آزمون‌ها، از منحنی احتمالات طبیعی فرضی، استفاده می‌شود. اصطلاحاً $\frac{2}{3}$ افراد با خصوصیاتمانند هوش، شخصیت، توانایی خواندن و ... را که در وسط این منحنی قرار می‌گیرند «هنجار» یا «طبیعی» و بقیه را که در دو طرف راست و چپ منحنی قرار می‌گیرند، «ناهنجار» یا «غیرطبیعی» یا «استثنایی» می‌نامند. در اینجا فقط برای آشنایی شما با این وسایل اندازه‌گیری از چند آزمون که بیش‌تر مورد قبول هستند و در کشورهای مختلف جهان در حال حاضر به کار می‌روند، نام برده می‌شود.

• آزمون استنفورد - بینه

می‌دانید که بینه اولین فردی بود که مأموریت یافت آزمونی تهیه کند تا با آن بتوان کودکان عقب‌مانده در کلاس را مشخص کرد. آزمونی که توسط بینه تهیه شد در سال ۱۹۱۶ توسط دکتر لوئیس ترمن در دانشگاه استنفورد بر کودکان آمریکایی میزان یا تراز شد. این آزمون به نام سازنده آن و دانشگاه استنفورد، آزمون استنفورد - بینه نام گرفت. آزمون بینه و استنفورد - بینه، به صورت انفرادی اجرا می‌شود و احتیاج به اجراکننده‌ی متخصص و آموزش دیده در این زمینه دارد. با این مقیاس می‌توان بهره‌ی هوشی را که نمره‌ای براساس رابطه‌ی بین سن شناسنامه‌ای و سن عقلی فرد است، محاسبه کرد.

• آزمون وکسلر

دیوید وکسلر، تهیه‌کننده‌ی سه سری آزمون وکسلر است که برای گروه‌های مختلف سنی ساخته شده است. مقیاس وکسلر حداقل از یک لحاظ از استنفورد - بینه برتر است و همین امتیاز باعث قبول سریع این آزمون شده است. این مقیاس نه تنها بهره‌ی هوشی کلی را مشخص می‌کند، بلکه «بهره‌ی هوشی کلامی» و «بهره‌ی هوشی غیرکلامی» را نیز اندازه می‌گیرد. اندازه‌گیری بهره‌ی هوشی غیرکلامی که به استفاده و کاربرد زبان بستگی ندارد، برای اقلیت‌های فرهنگی، خصوصاً کودکان دو زبانه و نیز کودکانی که دچار فقر محیطی بوده‌اند، سنجش مناسب‌تری به عمل می‌آورد. لازم به تذکر است که برای محاسبه بهره‌ی هوشی در آزمون وکسلر از جداول خاصی که براساس سنجش هوش هر فرد در مقایسه با همسالانش تهیه شده است، استفاده می‌شود.

• شاخص بلوغ اجتماعی واینلند

شاخص بلوغ اجتماعی واینلند یکی از مقیاس‌های تعیین رشد اجتماعی است که با میزان توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود در زندگی روزمره و قبول مسئولیت سروکار دارد. اگرچه این مقیاس، گستره‌ی سنی تولد تا بالاتر از ۲۵ سالگی را در بر می‌گیرد، اما تحقیقات نشان می‌دهد که کارآمدی این مقیاس در سنین پایین‌تر و به ویژه در گروه‌های عقب‌مانده ذهنی به حداکثر می‌رسد. این مقیاس ۱۱۷ ماده یا سؤال دارد که براساس سن کودکان تقسیم‌بندی شده است. اطلاعات موردنیاز در هر سؤال نه فقط از طریق عملکرد کنونی آزمودنی، بلکه توسط مصاحبه با نزدیکان و آشنایان آزمودنی (مانند والدین، معلم، خواهر، برادر و ... یا خود آزمودنی) به دست می‌آید. سؤال‌های این آزمون را می‌توان به هشت طبقه تقسیم کرد: ۱- خودیاری عمومی ۲- خودیاری در غذا خوردن ۳- خودیاری در لباس پوشیدن ۴- خودرهبری ۵- اشتغال ۶- ارتباط ۷- جنبش ۸- اجتماعی شدن با توجه به نمره‌های کسب شده توسط فرد در این آزمون، می‌توان سن اجتماعی و بعد آنچه اصطلاحاً «بهره اجتماعی» نامیده می‌شود را محاسبه کرد. شاخص بلوغ اجتماعی واینلند وسیله مفیدی برای متخصصان روانشناس کودک و نیز کودکان استثنایی در زمینه تشخیص عدم بلوغ اجتماعی و اخذ تصمیم در سپردن افراد به مؤسسات ویژه است.

• مقیاس‌های دیگر

دو مقیاس دیگر که برای اندازه‌گیری رفتار سازشی به طور شایع مورد استفاده قرار گرفته است عبارتند از:

۱- شاخص سنجش رفتار تطابقی انجمن نقص ذهنی آمریکا. این مقیاس تجدیدنظر شده اولین مقیاس ساخته شده به وسیله AAMD می‌باشد که برای افراد عقب‌مانده ذهنی طرح گردیده است. این مقیاس به دو بخش تقسیم می‌شود، بخش اول آن، شامل بررسی ده حوزه قابلیت که در برگیرنده کارکردهای مربوط به خودمختاری یا استقلال شخصی، رشد فیزیکی، رشد زبان و فعالیت‌های شغلی و حرفه‌ای است. بخش دوم آن، شامل بررسی دوازده حوزه از رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد که در برگیرنده رفتارهای ضدا اجتماعی، بی‌اعتمادی، گوشه‌گیری، رفتارها یا شیوه‌های نامناسب، عادت‌های غیرقابل پذیرش یا انحرافی و بیش‌فعالی است. این مقیاس معمولاً توسط معلم کامل می‌شود.

۲- سیاه‌هی رفتار تطابقی کودکان (ABIC). این مقیاس یا وسیله توسط مرسر و لی‌واز (۱۹۷۹) ساخته شده است. این وسیله شامل بیش از ۲۰۰ سؤال است که از شش طبقه مختلف: خانواده، اجتماعی، ارتباط با همسالان، نقش‌های مربوط به فعالیت‌های فوق برنامه‌ی مدرسه، داد و ستدهای روزانه و مراقبت از خود تشکیل شده است. این مقیاس یک مقیاس تشخیصی چندفرهنگی می‌باشد.

تفاوت عمده این دو مقیاس این است که مقیاس AAMR بیش‌تر متمرکز بر رفتارهای مدرسه‌ای می‌باشد و ABIC رفتارهای خارج از محیط مدرسه را در نظر دارد. بنابراین، ممکن است یک کودک نمره‌ای قابل قبول از مقیاس مربوط به رفتار تطابقی در خارج از مدرسه یا ABIC به دست آورد. در حالی که نمره‌ی وی از مقیاس AAMR پایین باشد، زیرا وی در محیط مدرسه رفتارهای نامناسب از خود بروز می‌دهد.

• آزمون آی. تی. پی. ای

آزمون دیگری که به سرعت اعتبار بسیار یافته، ITPA نام دارد که توسط کرک و همکارانش ساخته شده است. این آزمون بدین جهت ساخته شده است که نقطه شروعی برای تعیین مواد و روش آموزشی مناسب با توجه به تفاوت‌های بین فردی و درون فردی دانش‌آموزان استثنایی به وجود آورد. این آزمون شامل ۱۲ قسمت است که عملکرد دانش‌آموز را در جهات مختلف اندازه می‌گیرد. در حال حاضر این آزمون بیش‌تر برای تشخیص تفاوت‌های درون فردی به کار می‌رود. (نراقی، نادری، ۸۶)

طبقه‌بندی کودکان و نوجوانان استثنایی

باید اذعان کرد که طبقه‌بندی کودکان استثنایی امری بس دشوار است زیرا:

۱- تنوع و شیوع اختلالات رفتاری کودکان با شماره آن‌ها برابر است.

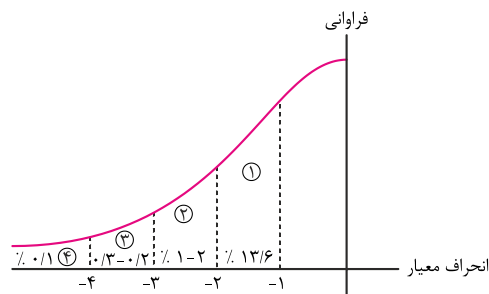
- ۲- یک عامل بیماری‌زا ممکن است علائم متفاوتی در کودکان مختلف ایجاد کند.
- ۳- علائم عقب ماندگی یا ناسازگاری ممکن است در افراد مختلف به واسطه علل متفاوت به وجود آید.
- ۴- اختلالات رفتاری و ناسازگاری ممکن است حاد و زودگذر یا مزمن و طولانی بوده و در هر حال ممکن است شدید یا خفیف باشد.
- با توجه به مشکلات فوق، کلی‌ترین طبقه بندی، که اکثریت متخصصان قبول دارند عبارت است از تقسیم این افراد به سه دسته بزرگ زیر:
- ۱- کودکان و نوجوانانی که به علت اختلاف هوشی و فعالیت‌های ذهنی از کودکان عادی متمایزند. در این دسته کودکان و نوجوانان عقب مانده ذهنی و افراد تیزهوش قرار دارند.
- ۲- کودکان و نوجوانانی که به علت اختلالات و ضایعات مغزی یا اختلالات عملی مبتلا به اختلالات رفتاری هستند. در این دسته کودکان و نوجوانان ناسازگار یا دشوار قرار دارند.
- ۳- کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات و نقایص حسی و حرکتی و اختلالات عملی رشد. در این دسته نابینایان، ناشنویان و همچنین مبتلایان به اختلالات گفتاری، اختلالات کنترل اسفنکترها و ناتوانی‌های حرکتی قرار دارند.
- باید مجدداً متذکر شویم که این تقسیم‌بندی بیش‌تر جنبه نظری داشته و جنبه عملی ندارد. زیرا اغلب با بیمارانی مواجه می‌شویم که علائم دو یا سه دسته فوق را تماماً دارند. در طبقه‌بندی فوق باید به شدت و اهمیت علائم و نوع اختلال رفتاری توجه کرد. (میلانی فر، ۸۶)

در تقسیم‌بندی زیر انواع کودکان استثنایی به نمایش گذاشته شده است:

- عقب‌مانده خفیف (آموزش‌پذیر)
- عقب‌مانده متوسط (تربیت‌پذیر)
- عقب‌مانده ذهنی شدید یا عمیق (حمایت‌پذیر)
- معلولیت بینایی
- معلولیت شنوایی
- اختلال عاطفی (هیجانی)
- ناتوانی یادگیری
- معلولیت جسمی یا عصب‌شناختی
- اختلال گفتار و زبان
- کودکان، نوجوانان تیزهوش، سرآمد و خلاق
- معلولیت چندگانه

• عقب‌ماندگی ذهنی

در آزمون وکسلر بهره هوشی بین 70 تا 85 یا انحراف معیار استاندارد (1- تا 2-) تحت عنوان مرزی خوانده می‌شوند، افرادی که نمراتشان بین 55 تا 70 یا (2- تا 3-) انحراف معیار باشد، در صورت دارا بودن رفتارهای سازشی پایین عقب‌ماندگان ذهنی آموزش‌پذیر خوانده می‌شوند و اگر بین (3- تا 4-) باشند ولی قادر به پاسخ‌گویی به برخی سوالات آزمون نباشند کودکان تربیت‌پذیر می‌مانند. اگر پایین‌تر از 4- انحراف معیار باشند یا هوش‌بهر کم‌تر از 35 داشته باشند و قادر به پاسخ‌گویی به سوالات نباشند کودکان حمایت‌پذیر می‌مانند و اغلب دارای مشکلات معلولیتی هم هستند و نیازمند حمایت و سرپرستی تا آخر عمرند.



نمودار ضریب هوشی نرمال وکسلر

۱- دیرآموز (70-85) ← (13/6%)

۲- عقب‌مانده ضعیف (55-70) ← 1 تا 2%

۳- تربیت‌پذیر (40-55) ← 0/2 تا 0/3%

۴- حمایت‌پذیر (0-40) ← 0/1%

عقب‌مانده شدید (25-40)

عقب‌مانده عمیق (0-25)

• معلولیت بینایی

اختلال دیداری به میزان تیزبینی، میدان دید و دید مؤثر محدود می‌شود. توانایی دید، توان چشم برای دیدن اشیاء دور به طور واضح می‌باشد که در جدول Sneller به کار برده شده است. افرادی که علامت E را از فاصله ۲۰ پای به جای ۲۰۰ پای می‌بینند قانوناً نابینا به شمار می‌آیند. کودکانی هستند که بینایی و تیزبینی آن‌ها از $\frac{20}{70}$ تجاوز نمی‌کند، نیمه بینا هستند. کودکان نیمه‌بینا در جهت یابی و تحرک مشکل دارند.

• اختلال‌های رفتاری - عاطفی

- یک کودک مبتلا به اختلال‌های رفتاری - عاطفی کسی است که عکس‌العمل او به وضع زندگی بدون توجه به خودش است و برای همسالان (غیرقابل قبول) و اعضای دیگر جامعه می‌باشد. این‌ها تقسیم می‌شوند بر:
- ۱- ناتوانی یادگیری بدون هیچگونه عوامل ذهنی - حسی یا سلامتی
 - ۲- ناتوانی در ایجاد و حفظ روابط شخصی به طور رضایت‌بخش با همسالان و معلمان و تداوم آن
 - ۳- داشتن احساس یا رفتار نامناسب و مادون عادی در شرایط معمولی
 - ۴- داشتن خلق عمومی و فراگیر افسردگی و ناراحتی

۵- تمایل به بروز ترس زیاد در ارتباط با مشکلات شخصی و تحصیلی

• معلولیت شنوایی

معلولیت شنوایی از درجه کم شنوایی تا ناشنوایی عمیق را شامل می‌گردد. این‌ها به صورت کم (۲۰-۳۰dB) به صورت حاشیه‌ای (۳۰-۴۰dB) متوسط (۴۰-۶۰dB) به صورت منفصل (۶۰-۷۲dB) و به صورت عمیق ۷۵+ dB طبقه‌بندی شده‌اند. فرد ناشنوا به ندرت سودی از آموزش شنوایی می‌برد اما در سخت شنوایی مؤثر است. آن‌ها تصویر ضعیفی از خود دارند، احساس ضعف می‌کنند، اوقات تلخی می‌کنند، بی‌صبری دارند و در درک مطلب و خواندن مشکل دارند.

• ناتوانی‌های یادگیری ویژه

دیرآموزی کودکان در یک یا دو جنبه اساسی علوم تربیتی به صورت اختلال در یادگیری و کاربرد خواندن و نوشتن می‌باشد. این اختلالات خود را در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، یادگیری حروف و ریاضی نشان می‌دهند. این کودکان از لحاظ هوشی در حد متوسط به بالا هستند. بدون فکر کار می‌کنند، دیوانه کننده‌اند، در سازمان‌دهی سخنانشان ضعیفند، هیجانات نوسانی دارند. این کودکان بیش از حد وابسته‌اند.

• معلولیت جسمی، حرکتی، سلامتی

روش‌های مختلفی برای شرح افراد با معلولیت جسمی به کار می‌رود برای مثال، معلولیت جسمی، فلج، معلولیت در استخوان‌بندی و معلولیت چند موردی. معلولیت سلامتی به صورت مشکل در برقراری ارتباط، مشکلات آموزشی و پیشرفت یا به صورت محدودیت توانی، انرژی یا هشیاری به خاطر شرایط قلبی، مرض سل، تب، رماتیسم، آسم، صرع، مسمومیت، سرطان یا دیابت نمایان می‌شود. Spina Bifida، فلج مغزی و صرع جزء معلولیت‌های عصبی شناخته شده‌اند. آن‌ها نیاز به خدمات آموزشی ویژه و درمان‌های خاص دارند. این بچه‌ها مشکلات ادراکی و ناتوانی در قضاوت و جهت‌دهی ذهن خود دارند.

• اشکال در گفتار و زبان

اشکال در گفتار رایج‌ترین بیماری در بین کودکان استثنایی است. این کودکان مشکل در صحبت کردن دارند، لکنت دارند، اختلال صدا، تأخیر گفتار و مشکلات زبانی دارند، آسیب زبان از طریق قوه ادراک غیرعادی، یا کلمات و ساختارهای دستوری ایجاد می‌شود. این‌ها از طریق تمرین زبان مناسب و درمان در مراحل اولیه اصلاح می‌شود، عیب در سخنرانی با گفتار درمانی تصحیح می‌شود.

• دانش‌آموزان مبتلا به مشکلات یادگیری و رفتاری خفیف

دیرآموزان در کلاس‌ها دیده می‌شوند. آن‌ها در مدل‌های مختلف دیده می‌شوند. کندآموز به کودکان یا بالغینی گفته می‌شود که یک مقطع تحصیلی یا بیش‌تر را نمی‌توانند بگذرانند. از نظر ذهنی بهره هوشی آن‌ها بین ۸۵-۹۵ می‌باشد. در طبقه‌بندی هوش روی مرز میانگین تا وسط میانگین پایین هوشی می‌باشند. آن‌ها از نظر تحصیلی ضعیفند و زمینه اجتماعی، اقتصادی ضعیفی دارند. آن‌ها به توجه آموزشی نیاز دارند ولی به خدمات آموزشی مخصوص نیاز ندارند.

• افراد باهوش و سرآمد

باهوشان کودکانی هستند که توانایی ادراکشان آن‌ها را در بالای ۵-۳ درصد کل جمعیت قرار داده. بهره هوشی کودکان باهوش از ۱۳۰ به بالا می‌باشد. آن‌ها توانایی ادراک زیادی دارند. در تفکر و ساخت خلاقیت دارند. آن‌ها تندتر یاد می‌گیرند و حافظه آن‌ها طولانی‌تر از کودکان معمولی است.

• معلولیت چندجانبه

وقوع بیش از یک ناتوانی در یک فرد به صورت معلولیت چندجانبه نامیده می‌شود. بیش‌تر کودکان با معلولیت چندجانبه با کندذهنی توأم با دیگر ناتوانی جسمی شناخته می‌شوند. ناراحتی‌های هیجانی نیز اغلب با دیگر ناتوانی‌ها مثل فلج ذهنی، صرع و کند ذهنی همراه است. (شریفی درآمدی،

(۸)

برآورد درصد شیوع دانش‌آموزان استثنایی

متأسفانه آمار صحیح و دقیقی از دانش‌آموزان استثنایی در ایران در دست نیست. لذا، برای درک اهمیت مسئله (شناخت و آموزش دانش‌آموزان استثنایی) ناچار به گزارش داده‌های محققان کشورهای دیگر جهان در این زمینه هستیم. نتایج حاصل از مطالعات مارلند (۱۹۷۲) در جدول زیر آورده می‌شود.

برآورد درصد شیوع انواع دانش آموزان استثنایی

۳	تیزهوشان و خلاق‌ها	۱	انحرافات هوشی
۲/۳	عقب ماندگان ذهنی	۲	
۰/۶	مشکلات شنوایی (ناشنوایان و کم شنوایان)	۳	نقایص حسی
۰/۱	مشکلات بینایی (نابینایان و کم بینایان)	۴	
۳/۵	مشکلات تکلمی	۵	اشکالات ارتباطی
۱	اختلالات یادگیری	۶	
۲	اختلالات رفتاری	۷	
۰/۵	دشواری‌های حرکتی	۸	
۰/۰۶	بیماری‌های مزمن و دانش آموزان با بیش از یک نقص	۹	

۱۳/۰۶

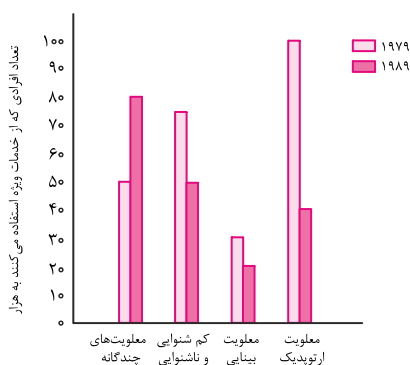
جمع

در ایران با در نظر گرفتن حدود ۲۰ میلیون نفر دانش آموز در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ احتمالاً حدود ۲ تا ۲/۵ میلیون دانش آموز استثنایی وجود دارد که به خدمات و رسیدگی‌های خاصی نیاز دارند.

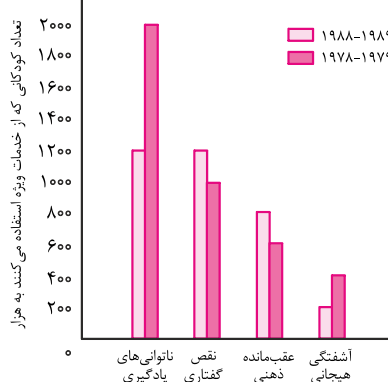
دلایل تغییر در رواج کودکان استثنایی

نمودار زیر تغییر در رواج کودکان ناتوان را در یک دوره ۱۰ ساله نشان می‌دهد. تعداد کودکان ناتوان یادگیری بین سال‌های ۷۹-۱۹۷۸ تا ۸۹-۱۹۸۸ تقریباً دو برابر شده است. در حال حاضر تقریباً نیمی از همهی کودکان مبتلا به نوعی از ناتوانی به عنوان ناتوان یادگیری طبقه‌بندی می‌شوند. تغییرات دیگری که در رواج سایر طبقات کودکان استثنایی ایجاد شده است منعکس‌کننده تغییر در قواعد شناسایی است که به طور کلی باعث افزایش یا کاهش در تعداد کودکان واجد شرایط برای خدمات ویژه می‌شود.

تغییر در رواج ناتوانی‌ها



نمودار تغییر در رواج ناتوانی‌ها



• دلالت‌های تکنولوژیک

پیشرفت در تکنولوژی پزشکی تعداد مرگ کودکان در زمان تولد را کاهش داده است. دلالت یا اثر رشد تکنولوژی بر درجه رواج کودکان استثنایی را با مشاهده تغییر در شیوع ناتوانی‌ها بین سال‌های ۷۹-۱۹۷۸ و ۸۹-۱۹۸۸ می‌توان مشاهده کرد. کاهش در معلولیت‌های بینایی و شنوایی ممکن است بازنمای پیشرفت در علم پزشکی و فن‌آوریهای جدید باشد که باعث پیش‌گیری از شرایط ناتوان‌ساز می‌شود. (کاکاوند، ۸۵)

مفهوم بهنجاری و ناهنجاری از دیدگاه علوم مرتبط

• دیدگاه آسیب‌شناختی

الگوی پزشکی دو بعد دارد: طبیعی و آسیب‌شناختی. بعد طبیعی به عنوان فاقد مشکل زیست‌شناختی به حساب می‌آید. بعد آسیب‌شناختی به عنوان علتی برای اختلال در نظر گرفته می‌شود. جنبه آسیب‌شناختی به ماهیت اختلال و اثرات آسیب‌شناختی آن در فرد تأکید می‌ورزد. اختلال

معرف وضعیتی است که در بهداشت فرد ایجاد شده است. این الگو بر این ارزش مبتنی است که سلامتی بهتر از بیمار شدن است، گذشته از این که در چه فرهنگی زندگی می‌کنیم.

• دیدگاه روان‌شناختی

رفتارهای غیرعادی دو جنبه مهم دارد. اختلال عصبی خفیف (روان‌آزردگی شامل اضطراب، وسواس و هراس) و اختلال عصبی شدید (روان‌گسستگی) شامل اختلال‌های جدی‌تر که از فقدان تعامل با واقعیت به وجود آمده و به صورت‌های هذیان و توهم مشخص می‌شوند. مطالعه رفتار غیرعادی سابقه طولانی دارد و بر عقاید فلسفی و مذهبی مخرب استوار است. ابتدا تصور می‌شد که آشفتگی‌های روان‌شناختی نتیجه نفوذ شیطان و نیروهای ماوراءالطبیعی است. در تاریخ مطالعه رفتار غیرعادی روی‌آورد دیگری هم مطرح است، بدین معنی که رفتارهای عجیب و غریب بعضی مردم ناشی از اختلال در کارکرد بدن آنهاست. روی‌آورد سوم به رفتار غیرعادی، دیدگاه روان‌شناختی است. برطبق این دیدگاه آشفتگی‌های رفتاری معلول نارسایی در طرز تفکر، احساس و ادراکات فرد از دنیا به حساب می‌آید.

• دیدگاه جامعه‌شناختی

جامعه‌شناسی علم مطالعه رفتار اجتماعی است و روانشناسی علم مطالعه رفتار و اعمال فرد است. در جامعه‌شناسی تعاملات اجتماعی، رفتار گروهی و مسائل فرهنگی و روابط بین گروهی مطالعه می‌شود. اگر فرد هنجارهای اجتماعی را بپذیرد او متعادل و عادی است. اگر فرد از پذیرفتن هنجارهای اجتماعی گروه و سازگاری با نقش‌های اجتماعی و روابط بین شخصی مقتضی با ثبات عاجز باشد، به او برچسب منحرف زده می‌شود. برخلاف آسیب‌شناختی طبی، انحراف اجتماعی نمی‌تواند به عنوان یک اصطلاح یا عبارت کیهانی و جهانی تعریف شود. در عوض آن (منحرف) برحسب درجه، زمینه و آنچه فرهنگ یک جامعه‌گزنش می‌کند تعریف می‌شود.

• دیدگاه پرورشی

هر کودکی توسط مدرسه، والدین، معلمان و همسن و سالان و سایر کسانی که او می‌تواند به واسطه‌ی آن‌ها رفتار و اعمال را بیاموزد، پیشرفت می‌کند. کودکان به سبک مشابهی توسط برنامه‌های آموزش پیشرفت می‌کنند و سطح مشابهی از خدمات را می‌طلبند. در این میان کودکان و نوجوانانی که نمی‌توانند برحسب انتظارات آموزشی به رشد و تحول خود ادامه بدهند، برحسب نوع و زمینه ناتوانی و انحرافشان برچسب می‌خورند. مطالعه روان‌شناختی کودکان استثنایی، مطالعه «تفاوت‌ها و شباهت‌ها» است. از یک طرف مطالعه تفاوت‌هاست چون که کودک استثنایی به نوعی از کودکان عادی متفاوت است، از طرفی مطالعه شباهت‌هاست، چون کودکان عادی به جهت گوناگون متفاوت نیستند و اغلب آنان از جهات مختلف به هم شبیهند و در حد میانگین‌اند.

آموزش و پرورش کودکان استثنایی

هدف‌ها و مقاصد

در ارائه خدمات روانی - تربیتی ویژه به کودکان استثنایی، بیش‌تر بر تحول شخصیت و کفایت در زمینه‌های اجتماعی - عاطفی و شغلی آنان تأکید می‌شود، به نحوی که بتوانند خود را با جامعه سازگار و متعادل کنند. از این نظر چهار هدف عمده در کار با کودکان استثنایی مد نظر قرار می‌گیرد: ۱- هدف‌های خودشناسی ۲- هدف‌های روابط انسانی ۳- هدف‌های کفایت اقتصادی ۴- هدف‌های مسئولیت اجتماعی

• اهداف خودشناسی

خودآگاهی و خودشناسی از مهم‌ترین هدف‌های تربیتی است. منظور خودشناسی به ویژه در مورد کودکان استثنایی، ایجاد هشیاری و آگاهی نسبت به خود، عملکرد خود و ویژگی‌های جسمی و روانی خود است.

• اهداف روابط انسانی

شامل فراگیری شیوه‌های برقراری ارتباط با خود و با دیگران است.

• اهداف کفایت شغلی

یک کودک استثنایی باید طوری تربیت شود که بتواند برحسب نوع و میزان محدودیت رفتاریش، به طور جزئی یا کلی زندگی خود را از راه یک فعالیت مولد تأمین کند. از این رو مدرسه باید کوشش کند از ابتدای دوره ابتدایی، عادات و طرز فکری مثبت نسبت شغل و کار کردن در کودکان استثنایی ایجاد کند.

• اهداف کفایت اجتماعی

کفایت اجتماعی مربوط به توانایی فرد در سازش یافتگی با دیگران و نوعی تشریک مساعی با آنهاست. برنامه‌های روانی - تربیتی که بر آموزش کفایت اجتماعی کودکان استثنایی تأکید دارد، لازم است از موقعی که کودک وارد مدرسه می‌شود شروع شود و تا زمانی که فرد به عنوان یک بزرگسال در جامعه تثبیت می‌شود، ادامه یابد.