پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال سوم ، شماره ۱/ بهار۱۳۸۲/ ۵۴-۳۹
Research on Exceptional Children, Spring 2003, Vol.7, No1,39- 54

برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع برای کودکان خردسال با نیازهای خاص،نظریه و کاربرد - الگویی برای ایران

دکتر مختار ملک پور*

(دریافت: ۸۱/۱۱/۲ تجدید نظر: ۸۱/۱۲/۶ پذیرش: ۸۲/۳/۱۸)

چکیده

برنامه‌های مداخله ای به‌موقع به منظور از میان بردن و یا کم کردن مشکلات بیولوژیکی و یا محیطی در کودکان خردسال با نیازهای خاص و یا در معرض خطر، مورد استفاده قرار می‌گیرند. ازجمله مشکلات بیولوژیکی می‌توان به نارس بودن کودک، مشکلات تنفسی، آسیب‌های مغزی، مشکلات ژنتیکی، بیماری‌های عفونی، مسمومیت‌ها و تأثیر مواد اشاره نمود. عوامل محیطی که می‌توانند برای کودک خردسال مشکل ایجاد کنند و او را در معرض خطر ناتوانی قرار دهند نیز متعدد می‌باشند از جمله: بی‌سوادی یا کم سوادی والدین، مشکلات اقتصادی و تغذیه‌ای، استرس خانواده، بزرگی خانوار و باورها و اعتقادات نادرست والدین در مورد رشد کودک. از آنجا که مغز کودکان خردسال به مراتب نسبت به مغز افراد بزرگسال از انعطاف پذیری بیشتری برای اصلاح ساختاری و یادگیری برخوردار است و نیز با توجه به اهمیت دورهٔ حساس واینکه همهٔ والدین کودکان ناتوان قادر به آموزش دادن کودک خود نیستند و یا نحوهٔ آموزش را نمی‌دانند، لذا فراهم سازی واجرای برنامه‌های اصولی مداخلهٔ به‌موقع در ایران که از حمایت برخوردار باشد، برای این کودکان کاملاً ضروری به نظر می‌آید. با توجه به امکانات تخصصی موجود در ایران از جمله پزشکی کودکان، آموزش و پرورش استثنایی، گفتار درمانی، کار درمانی، فیزیوتراپی، آموزش پیش دبستانی و مددکاری اجتماعی، امکان فراهم سازی و اجرای اصولی این برنامه‌ها فراهم و میسر می‌باشد. دراین مقاله، علاوه بر مطالعهٔ جزئیات مربوط به روش‌های مداخلهٔ به‌موقع، یک مدل از برنامه مداخلهٔ به‌موقع ارائه شده است که امکان اجرای آن درایران فراهم می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: *مداخلهٔ به موقع، کودکان خردسال بانیازهای خاص،کودکان در معرض خطر، دوره حساس*

* استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان E- mail: M-Malekpur@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

مقدمه

هدف از برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع[1] برای کودکان خردسال بانیازهای خاص[2]، قادر ساختن درمانگران، والدین و مربیان است تا تکنیک‌های جامعی را به منظور فعال کردن رشدحسی- حرکتی،گفتاری،شناختی،اجتماعی‌ورفتاری‌کودک تدارک بینند واجرا نمایند.

بطور سنتی تلاش‌ها مبنی براین عقیده بوده است که به کودکان دارای نیازهای خاص به عنوان کودکانی با یک نوع بیماری نگاه شود ! برای مثال، ممکن است گفته شود:«کودک مبتلا به عقب ماندگی ذهنی است»، و یا «کودک مبتلا به اتیسم است». اکثر این برچسب‌ها حالت مزمن به خود می‌گیرند وباعث می‌شوندکه فرد کم‌توانی را در تمام عمر به همراه داشته باشد. احتمالاً مبنای این تفکرات، این باور است که کودکانی که در هر یک از این بیماری‌ها طبقه‌بندی می‌شوند بسیار شبیه یکدیگر هستند. در حالی که حتی اگر چنین طبقه بندی‌هایی نیز صحیح باشد ،این کودکان از یکدیگر متفاوت می‌باشند ،به طوری که در مواردی تفاوت‌ها نسبت به شباهت‌ها چشمگیرترند. درهمین رابطه ؛گرینزپن و وایدر (۱۹۹۸) می‌گویند: «ما دریافته ایم که هرکودک دارای دستگاه عصبی و یک فرایند ذهنی خاص خود است. بنابراین،باید باهر کودک با توجه به دستگاه عصبی خاص او کار شود. برای این منظور، متخصصین و والدین باید الگوهای خاص کودک را درک نمایند. این الگوها نه تنها شامل فرایند بیولوژیکی کودک می‌شود، بلکه شامل چگونگی برقراری ارتباط کودک با محیط نیز می‌باشد. با درک این الگوها،این امکان فراهم می‌شود که روش مداخله بانیازهای کودک منطبق گردد».

مغز وعوامل محیطی

در هنگام تولد مغز نارس‌ترین ارگان بدن است. این ارگان در اثر عوامل ژنتیکی و تجارب محیطی به رشد خودادامه می‌دهد. ادامهٔ حیات یا مرگ سلول‌های مغزی به عواملی نظیر وجود اکسیژن، مواد غذایی، هورمون ها و نیز عوامل محیطی بستگی دارد (پروت، ۲۰۰۰).

مغز میلیاردها سلول عصبی (نرون) را در خود جای می‌دهد،آن‌ها به وسیله سیناپس‌ها به یکدیگر متصل می‌شوند. این سیناپس‌ها که به صورت مسیرهای عصبی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

هستند، اصطلاحاً سیم پیچی مغز را به وجود می‌آورند وامکان ارتباط یافتن مناطق مختلف مغز به یکدیگر رافراهم می‌سازند(نوبرگر، ۱۹۹۷).

در جریان طفولیت ،مغز انسان بسیار انعطاف پذیر است، زیرا مغز در هنگام تولد در مقایسه با سایر پستانداران نسبتاً رشد نایافته است ودر سال اول زندگی است که به شدت رشد می‌کند. این رشد تا اندازهٔ زیادی تحت تأثیر عوامل محیطی قرارمی‌گیرد (تاکر، ۲۰۰۱).در همین رابطه، سی گل (۱۹۹۸)، می‌گوید تجارب اولیهٔ کودک نقش مهمی در رشد مغز ایفا می‌کند. بدین معنی که ارتباط‌های نرونی بر اساس نوع و کیفیت تجربه، ایجاد و تقویت می‌شوند. به همین ترتیب فقدان انگیزش ممکن است منجر به کاهش و یا از میان رفتن رشد سیناپسی شود.

از این اطلاعات احتمالاً می‌توان چنین استنباط نمود که تجربه، به شکل آموزش رسمی یا غیر رسمی، می‌تواند در ساختار مغزی انسان تأثیرگذار باشد. شون کف و فیلیپس (۲۰۰۱) ، می‌گویندابن بحث که طبیعت مهم است یا محیط،بسیار بی‌اهمیت است. آنان معتقدند که تجارب اولیه بدون شک رشد مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهند. استرمر (۱۹۹۷) در همین رابطه اظهار می‌دارد رشد عصبی کودک خردسال به خاطر فقدان تجارب حسی ضروری برای رشد مناسب مغز مختل می‌شود.

انعطاف پذیری نورونی

گرچه کودک نمی‌تواند هر سلول مغزی راکه در اثر یک حادثه از دست می‌دهد جایگزین نماید، لکن باید توجه داشت که کودک با داشتن میلیون‌ها سلول مغزی علی‌رغم از دست دادن تعدادی از آن‌ها، هنوز قادر است به یادگیری خود ادامه دهد (مکین تاش، ۱۹۹۵). فرایند انعطاف پذیری[۳] نرونی در پاسخ به یادگیری وکسب خاطرات جدید در سراسر دوران کودکی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. به هرحال، گرچه فرایند انعطاف پذیری در پاسخ به درون دادهای محیطی ادامه می‌یابد، لکن شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند جریان انعطاف پذیری در مغز بزرگسالان محدود است و چندان منجربه تغییرات ساختاری نمی‌شود (سینگر، ۱۹۸۷). با افزایش سن، توازن میان انعطاف پذیری و ثبات متعادل می‌گردد واین توازن به سوی ثبات پیش می‌رود،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

به‌طوری که توکر(۱۹۹۲) ، در همین رابطه می‌گوید با رشد انسان حساسیت ساختاری در مغز در برابر اطلاعات جدید کاهش می‌یابد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش‌ها در مورد انعطاف پذیری سلول‌های مغزی کودکان خردسال و اهمیت دوره‌های حساس[۴] در یادگیری ونیز اهمیت تجارب اولیه، می‌توان نتیجه گرفت که کودکان بانیازهای خاص می‌توانند داوطلبان خوبی برای استفاده از برنامه‌های مداخله ای به‌موقع باشند.

اسمیت، گروون ووین (۲۰۰۰) می‌گویند پس از سال ها بحث در مورد این که آیا مداخلهٔ به موقع می‌تواند به کودکان با تأخیرات رشدی[۵] کمک کند یا خیر، اکثر پژوهشگران به این توافق رسیده اند که مداخلهٔ به‌موقع برای بسیاری از کودکان سودمند است، هرچند که این سودمندی محدود باشد. هفت گروه تحـقیقاتی مستقل، فواید چشمگیری در رابطه با مداخلهٔ به‌موقع برای کودکان اتیستیکی تـشریح کردند(اسمیت، ۱۹۹۹). در تمامی این مطالعات فواید زیادی از جمله افزایش نمرهٔ ضریب هوشی تا ۲۰ نمره گزارش شده است. بتشاو(۱۹۹۹)، به این مسئله اشاره می‌کند که برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع می‌توانند عملکرد عصبی کودکان نارس را افزایش دهند. دریک مطالعهٔ دیگر توسط ماهونی و همکـاران(۲۰۰۱) ، اثرات مداخلهٔ حرکتی به‌موقع روی کودکان مبتلا به سندرم دان و فلج مغزی بررسی گردید. عملکرد حرکتی کودکان در بدو ورود به تحقیق و بعد از یکسال که خدمات مداخله ای حرکتی رادریافت 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 اثر مداخلهٔ به‌موقع داشته‌اند. کمپل و همکارانش (۲۰۰۱) ، نتایج به دست آمده از مداخلهٔ به‌موقع روی توانایی شناختی و تحصیلی ۱۰۴ نفر رادریک مطالعهٔ طولی مورد بررسی قرار دادند. هدف این مطالعه،بررسی این نکته بود که آیا نتایج مثبت شناختی و تحصیلی که در اثر برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع حاصل شده است در طول دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد و حفظ می‌شود یا خیر؟ این مطالعه قسمتی از یک پروژهٔ طولی بودکه از دوران طفولیت شروع شده بود. نمونه‌های این تحقیق در زمان ورود به تحقیق به عنوان کودکان در معرض خطر[۶] تشخیص داده شده بودند. نتیجهٔ تحقیق نشان داد که مداخلهٔ به‌موقع می‌تواند اثرات دراز مدت روی رشد شناختی و تحصیلی داشته باشد. بی‌شاپ و لارنس (۲۰۰۰)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

یک برنامهٔ مداخلهٔ به‌موقع تکلمی رابرای کودکان خردسال دارای مشکل تکلمی به کار بردند. نتیجهٔ تحقیق نشان داد که تمامی کودکان از مداخله سود بردند،گرچه میزان اثربخشی برنامه در مورد هریک از کودکان متفاوت بود.

با در نظر گرفتن نتایج این مطالعات،احتمالاً می‌توان به دو فرض اشاره نمود : (۱) امکان فائق آمدن یا کاهش دادن مشکلات بیولوژیکی از قبیل مشکلات کروموزمی، ژنی، آسیب‌های مغزی، مسمومیت‌ها، بیماری‌های عفونی مادر در دوران بارداری و اوایل زندگی کودک، نارس بودن کودک، مشکلات تنفسی و غیره که می‌توانند عملکرد کودک را به گونه ای منفی تحت تأثیر قراردهند،به طوری که کودک در(الف) دریافت‌های حسی، یعنی گرفتن اطلاعات از طریق حواس (ب) پردازش اطلاعات، یعنی معنا دار ساختن اطلاعاتی که از طریق حواس به دست می‌آیند و(ج) وضعیت عضلانی و حرکتی، یعنی استفادهٔ صحیح از قسمت‌هایی از بدن یاتمام بدن دچار اشکال شود، و نیز مشکلات محیطی مانند فقر، شرایط بد اجتماعی و فرهنگی، وضعیت نامناسب بهداشت روانی والدین، باورهاو اعتقادات نادرست والدین در مورد رشد کودک، بی‌سوادی یا کم‌سوادی والدین، نا توانی والدین در فراهم ساختن تجارب لازم و ضروری برای کودک و غیره، و(۲) تجارب اولیه در شکل گیری رشد همه جانبه کودک اهمیت بسزایی دارد.

در دههٔ ۱۹۶۰ شواهد تجربی زیادی ارائه گردید دال براین نظریه که رشد انسان به طور شدید تحت تأثیر زمان، میزان و طبیعت انگیزه‌های محیطی قرار می‌گیرد. متخصصین و دانشمندان باگرایش‌های فکری مختلف مدارکی رادر معرض افکار عمومی قرار دادند دال بر اینکه آموزش بهنگام می‌تواند حداکثر اثر بخشی خود را در حالی که هنوز کودک جوان است ایجاد نماید. در این مورد توافق عمومی وجود دارد که این دوره از کودکی فرصتی است که جریانات یا فرایندهای رشد و خصوصیات رفتاری تغییرات سریعی را طی می‌کنند و این دوره از هر دورهٔ دیگر قابل انعطاف‌تر می‌باشد (بیجو وبر، ۱۹۶۵). با توجه به دیدگاه فوق،آموزش هنگامی می‌تواند اثر بخشی واقعی خود رانشان دهد که در دوران طفولیت ارائه شود، یعنی زمانی که کودک خردسال است. بنابراین، از آنجا که کودک در دورانی به سر می‌برد کـه به دلیل اهمیت آن در یادگیری، دوران حساس نامیده می‌شود،لذا ضرورت غنی سازی محیط کودک به منظوریادگیری مشخص می‌شود. از آنجا که کودکان با نیازهای خاص یا درمعرض خطر معلولیت نسبت به

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

کودکان عادی به مراتب به محیط غنی تر وسازمان یافته تر نیاز دارند،لذا استفاده از برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع امکان چنین محیطی را فراهم می‌سازد.

با توجه به این مطالب می‌توان نتیجه گرفت همچنان که ارتباط بامحیط برای یک کودک طبیعی خردسال لازم و ضروری است، چنین ارتباطی به مراتب برای کودک در معرض خطر معلولیت و کودکان با نیازهای خاص حیاتی تر است. از آنجا که کودک با نیاز خاص احتمالاً نمی‌تواند مانند یک کودک طبیعی خردسال در تعامل با محیط خود باشد، لذا بدون تشویق و وجود محرک‌های طبیعی و نیز یک محیط سازمان یافته، تمایل چندانی به کاوش محیط ندارد. از طرف دیگر، والدین این قبیل کودکان اغلب نمی‌دانند ازچه راهبردهای رشدی به منظور تحت تأثیر قراردادن رشد و نمو کودک خود استفاده نمایند ویا اصلاً ممکن است چنین راهبردهایی را نداشته باشند. همچنین، مادران شاغل و به خصوص آن دسته که مشکل اقتصادی دارند، احتمالاً از رشد کودکان ناتوان خود غافل می‌شوند.

بنابراین، باتوجه به این حقایق لزوم استفاده از «برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع»، قابل توجیه می‌شود. منظور از برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع، به کارگیری کلیهٔ فعالیت‌های آموزشی و توان بخشی 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. کارپنتر(۲۰۰۲) می‌گوید مداخلهٔ به‌موقع درارتباط با کودک، والدین او، خانواده ونیز شبکهٔ وسیع تری از جامعه می‌باشد.

برنامه‌های مداخله‌ای اهدافی رادنبال می‌کنند که مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر است: (۱) حمایت از خانواده به منظور حمایت کردن از رشد کودک خود،(۲) افزایش رشد کودک در زمینه‌های مهم حسی – حرکتی، گفتاری، شناختی، اجتماعی و رفتاری و عاطفی از طریق برنامه‌های آموزشی و فرصت‌های یادگیری به‌موقع،(۳) افزایش اعتماد به نفس کودک و(۴) جلوگیری از پیدایش مشکلات بعدی. اجرای این برنامه‌ها از بدو تولد تا پایان پنج سالگی ادامه دارد. به طور کلی، هدف نهایی برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع، از میان بردن و یا کم کردن نیاز کودک به خدمات خاص (یا ویژه) بعدی است.

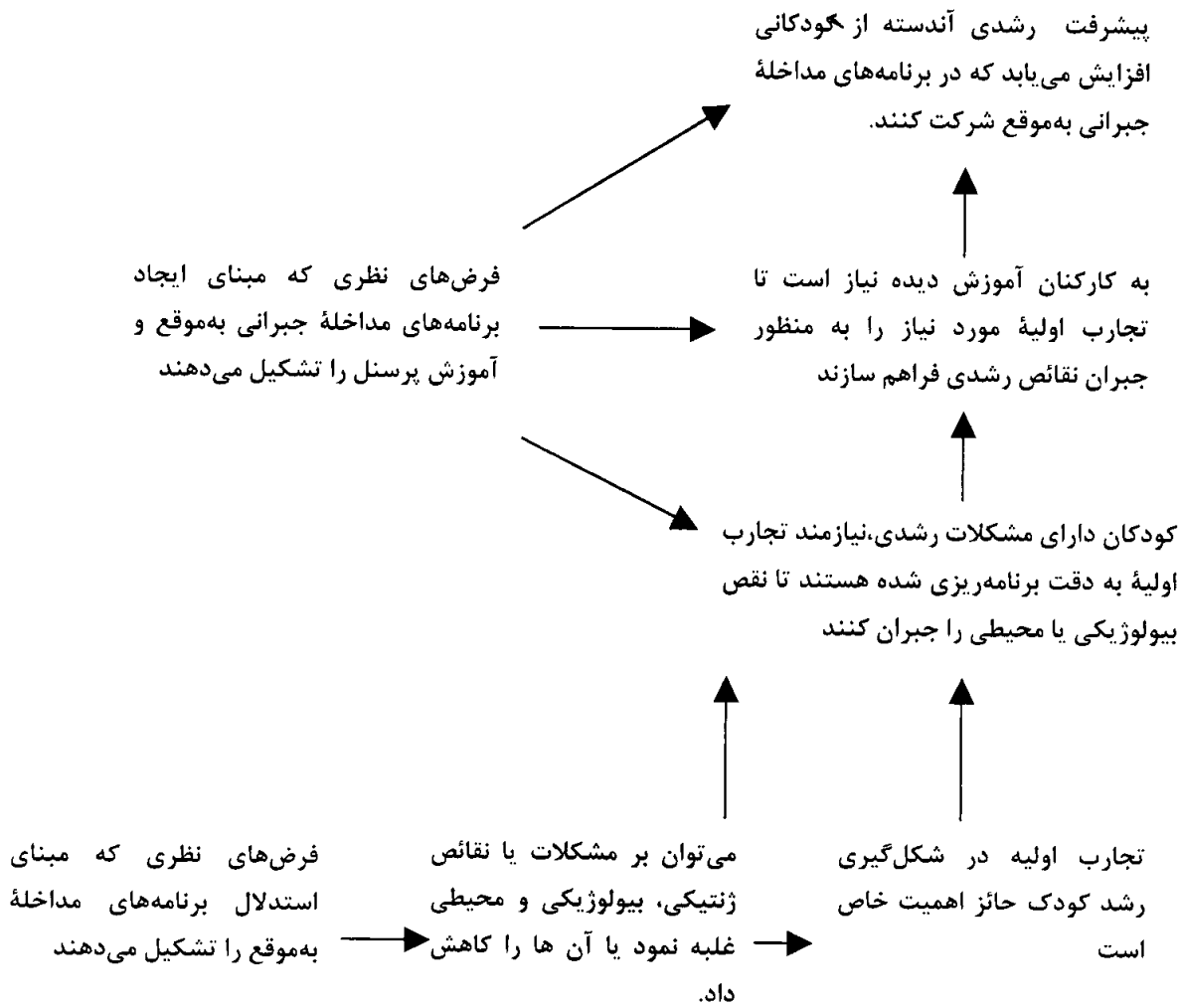
به منظور ایجاد برنامه‌های مداخله به‌موقع و آماده سازی پرسنل برای اجرای این برنامه‌ها و شرکت کودک، می‌توان به سه فرض اشاره نمود: (۱) کودکان با نیازهای خاص

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

نیازمند تجارب اولیهٔ به دقت برنامه‌ریزی شده می‌باشند تا ازاین طریق به آنان کمک شود نقائص بیولوژیکی ومحیطی خود را جبران کنند، (۲) به کارکنان آموزش دیده نیاز است تابه این کودکان در به دست آوردن تجارب مذکور کمک کنند و (۳) پیشرفت کودک در رشد،زمانی افزایش می‌یابد که در برنامه‌های مداخله به‌موقع شرکت نماید. شکل ۱ اطلاعات بیشتری در این مورد ارائه می‌دهد.

شکل ۱ – فرض‌های نظری استدلال و پیدایش برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع و آماده سازی افراد مداخله‌گر



الگویی از یک برنامهٔ مداخله به‌موقع برای ایران

مدلی که از یک برنامهٔ مداخلهٔ به‌موقع در اینجا آورده می‌شود اقتباسی است از مدل مرکزچمپیون در شهر کرایست چرچ کشور نیوزیلند[۷]. براساس‌نظر بلک‌من(۲۰۰۲)،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

متخصص آمریکایی که در تاریخ ۲۱ فوریه سال ۲۰۰۲ باز دیدی یک روزه از این مرکز داشته است، مدلی که دراین مرکز ارائه می‌شود و کودکان بانیازهای خاص از آن بهره‌مند می‌شوند، از موفق ترین و پیشرفته تـــرین برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع در جهان است. او می‌گوید کارهایی که دراین مرکز انجام می‌شود از سطح بسیار بالایی برخوردار است که باید نمونه ای برای سایر کشورها باشد.

طراحی این مدل درایران باید به گونه ای باشد که نیازهای کودکانی راکه دارای تأخیرات رشدی چند گانه هستند در نظر بگیرد. این کودکان عبارت اند از کودکان عقب مانده ذهنی، اتیستیکی، مبتلا به فلج مغزی، کودکان با آسیب‌های مغزی، کودکان با ناتوانی‌های حرکتی، (ناتوانی در حرکات هماهنگ بدن) و کودکان نارس. به طور کلی این مدل باید براساس این اصل باشد که برنامه‌های مداخله را برای هر کودکی که در معرض خطر رشد قراردارد، اجرا نماید. همچنین این اصل باید حاکم بر مدل مذکورباشد که مداخله هر چه زودتر فراهم شود، احتمالاً نتیجه آن بهتر خواهد بود.

بودجه بندی برای اجرا وادارهٔ مرکز را می‌توان با نظارت هیئت امنا از طریق وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، مؤسسات خیریه و نیز افراد خیّرجامعه تامین و هزینه نمود. البته این در صورتی است که خدمات به طور مجانی به والدین ارائه شود. در غیر این صورت مرکز می‌تواند به طور خصوصی اداره شود که هزینه‌های آن را والدین کودکان دریافت کنندهٔ خدمات پرداخت خواهند نمود.

چه کودکانی می‌توانند دریافت کنندهٔ خدمات این مرکز باشند؟

این مرکز می‌تواند به کلیهٔ کودکانی خدمات ارائه دهدکه زیر شش سال (از تولد تا پایان پنج سالگی)هستندو طبق تشخیص دارای تأخیر یاناتوانی درحداقل دو زمینهٔ عملکردی (شناختی، اعمال حرکتی درشت، اعمال حرکتی ظریف، تکلم و زبان و تعاملات اجتماعی) می‌باشند. لازم به توضیح است که سایر دریافت کنندگان خدمات، والدین هستند. این حمایت می‌تواند از اطاق زایمان در بیمارستان شروع شود،یعنی زمانی که والدین با این حقیقت روبه رو می‌شوند که کودک آنان دارای مشکل است. در اینجا مددکار اجتماعی در جهت کاهش مشکلات هیجانی والدین از جمله احساس

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

اندوه، ناتوانی، نا امیدی و درماندگی با آنان مشاوره می‌کندو آنهارا از وجود چنین مرکزی با امکانات آن آگاه می‌سازد.

نحوهٔ دسترسی کودکان به مرکز

کودکان می‌توانند از چند طریق به مرکز معرفی شوند : (۱) از طریق متخصصین کودکان و رشد،(۲) از طریق متخصصین اعصاب و روان پزشکان و (۳) از طریق والدین به طور مستقیم،و یا راه های احتمالی دیگر. بعد از مراجعهٔ کودک، یک تیم تخصصی[۸] او را مورد بررسی قرار می‌دهد،این تیم مرکب است ازیک فیزیو تراپیست که کار ارزیابی رشد حرکات درشت را به عهده دارد، یک متخصص رشدی – شناختی که وظیفهٔ ارزیابی رشد عقلانی را به عهده دارد، یک گفتار درمانگر که رفتارهای تغذیه[۹] و رشد زبان و تکلم را ارزیابی می‌کند، یک کار درمانگر که رشد حرکات ظریف را بررسی می‌کند و یک متخصص کودکان. ضمناً مددکار اجتماعی و والدین نیز حضور دارند. سپس نتیجهٔ ارزیابی به مشورت گذاشته می‌شود و در نهایت،نتیجهٔ مشورت و آنچه که باید برای کودک انجام شود به اطلاع والدین رسانیده می‌شود. هنگامی که مشخص شد کودک حداقل در دو زمینه‌دارای تأخیر است،به‌اتفاق والدین یک برنامهٔ آموزش‌انفرادی[۱۰] برای او تنظیم می‌گردد و مداخله شروع می‌شود.

ساختار سازمان مرکزی

مرکز می‌تواند دارای چندین کلینیک باشد ده عبارت اند از : (۱)کلینیک کودکان‌نارس[۱۱]، (۲) کلینیک کودکان سال‌های میانی[۱۲]، (۳) کلینیک انتقال[۱۳] ، (۴) کلینیک کودکان اتیستیکی[۱۴]،(۵) کلینیک موزیک درمانی[۱۵] و (۶) کلینیک کامپیوتردرمانی[۱۶]. در کنار کلینیک‌های کودکان سال‌های میانی و انتقال یک اطاق بازی نیز قرارمی‌گیردکه وابسته به این کلینیک‌ها می‌باشد.

در کلینیک‌های کودکان نارس، کودکان سال های میانی و انتقال، متخصصین گفتار درمانگر، فیزیوتراپیست و کار درمانگر و رشدی – شناختی[۱۷] که در واقع همان مربی مداخلهٔ به‌موقع[۱۸] است ،فعالیت می‌کنند. علاوه براین، در اطاق بازی که در مجاورت کلینیک‌های کودکان سال های میانی و انتقال قرار دارد، متخصص آموزش پیش دبستانی[۱۹] فعالیت دارد. در کلینیک کودکان اتیستیکی، دو متخصص کار درمانگر

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

و رشدی با یکدیگر همکاری می‌کنند. در کلینیک موزیک درمانی، موسیقی درمانگر[۲۰] که در استفاده از وسایل موزیک و شعر خوانی تخصص دارد، فعالیت می‌کند. در کلینیک کامپیوتر، فردی که آشنا به مسایل کامپیوتر و برنامه‌ریزی آن است[۲۱]، با کودک سر و کار دارد.

در کلینیک کودکان نارس دوتا سه کودک برای مدت یک ساعت ونیم تحت آموزش و توان بخشی قرار می‌گیرند. هر یک ابتدا با فیزیوتراپیست یا کار درمانگر، سپس با درمانگر رشدی و بالاخره با گفتار درمانگر کار می‌کنند. بعد از آن نوبت به یک گروه ۲ تا سه نفره دیگر می‌رسد. درمان در حضور والدین و بافعالیت آنان انجام می‌شود. در کلینیک‌های کودکان سال‌های میانی و انتقال، چهار متخصص یعنی فیزیوتراپیست، کار درمانگر، گفتار درمانگر، متخصص رشدی – شناختی و نیزمربی پیش دبستانی به نوبت وظیفهٔ خود را باسه یا چهار کودک انجام می‌دهند. سپس هر کودک به ترتیب به کلینیک‌های موسیقی درمانی و کامپیوتر می‌رود. در این کلینیک‌ها کودکان سه ساعت (تمام صبح) را سپری می‌کنند. در کلینیک کودکان اتیسم در هر برنامهٔ صبح، سه کودک پذیرفته می‌شوند که برای هر کودک به طور انفرادی یک ساعت برنامهٔ درمانی در نظر گرفته می‌شود.

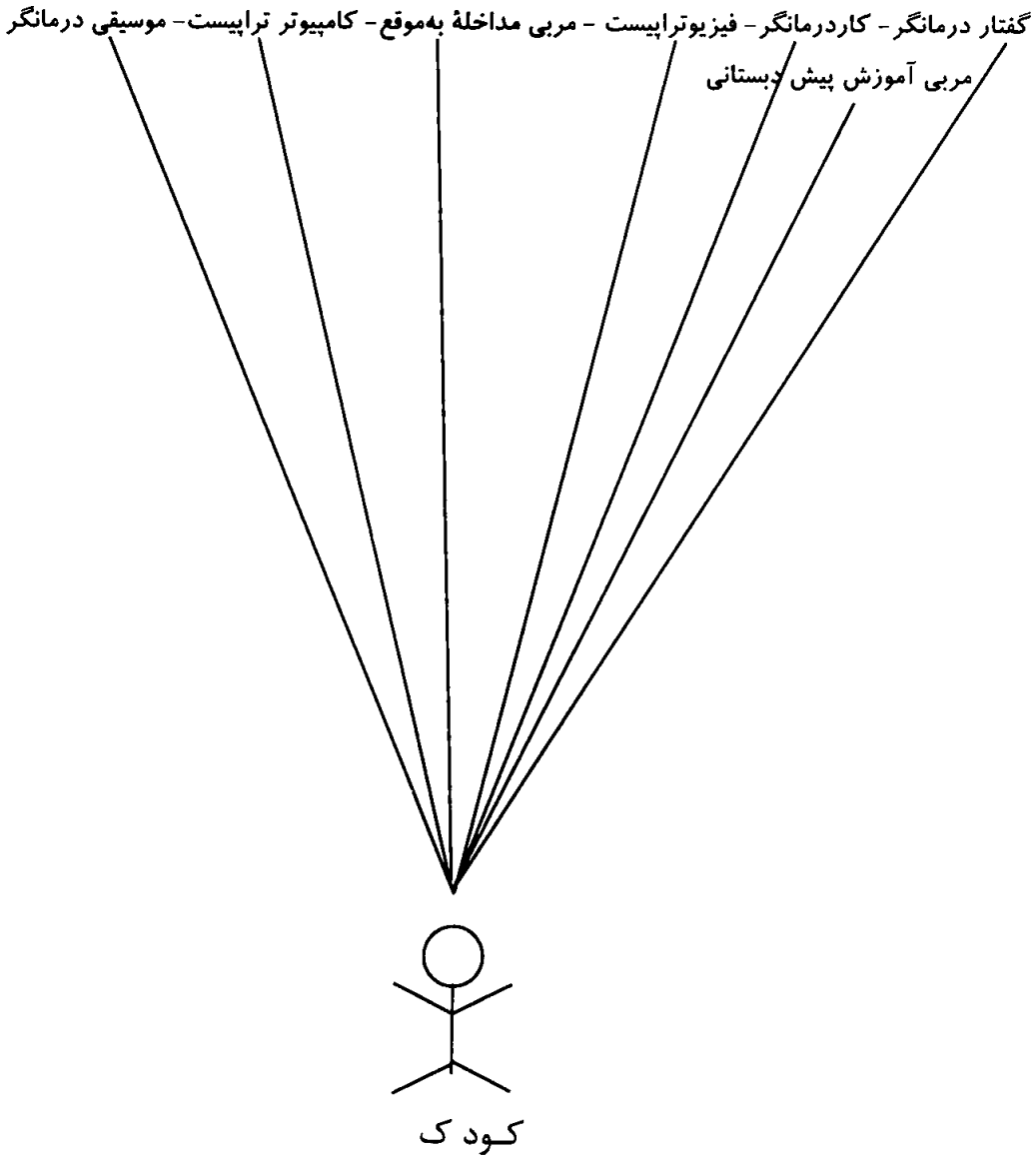
یکی دیگر از تخصص‌هایی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، مددکاری اجتماعی است. وظیفهٔ مددکار اجتماعی ایجاد رابطه میان بیمارستان، مرکز، محیط خانه و نیز هماهنگ کردن این رابطه است.

نکته مهم و قابل ذکر این است که گر چه کودک به نوبت هر یک از این درمانگرها را می‌بیند و با او کار می‌شود، لکن کارتمام درمانگرها به صورت گروهی انجام می‌شود. بنابراین کار مرکز باید براساس کار گروهی مرکب از چندین زمینهٔ تخصصی در ارتباط با یکدیگر باشد. شکل ۲ کار گروهی این متخصصین را نشان می‌دهد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

شکل ۲ – تیم چند تخصصی



در پایـان جلسـهٔ صـبح، در بعد از ظهر همان روز، درمانگرها در یک جلسه، مسایل موجـود و پیشرفت‌های مربوط به هر کودک را مورد بحث قرار می‌دهند و براساس نتیجهٔ ایـن جلسـه هماهنگی لازم را برای کار با کودک در جلسهٔ بعد به عمل می‌آورند. حاصل گفت وگوهای این جلسات، تهیه یک برنامه آموزش انفرادی (IEP) در هر شش ماه یکبار برای کودک است. این همان معنای دقیق تر MT است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

نحوه انتقال کودک از یک کلینیک به کلینیک دیگر

همان گونه که قبلاً اشاره شد، دراین مدل مداخلهٔ به‌موقع، کودکان از بدو تولد تا پایان پنج سالگی پذیرفته می‌شوند، یعنی کودکی ممکن است در بدو تولد، کودک دیگری در دو سالگی، کودک دیگری در دو سال و سه ماهگی و.... ارجاع داده شود. در هر حالت، کودک در هر کلینیک که مورد آموزش قرار می‌گیرد، ارزیابی می‌شود،که در صورت پیشرفت همه جانبه،نیازی به ادامهٔ درمان در مرکز نخواهد داشت و می‌تواند تا زمان ورود به مدرسه از مراکز پیش دبستانی استفاده نماید. در غیر این صورت کودک از یک کلینیک به کلینیک دیگر منتقل می‌شود و درحالی که از خدمات توان بخشی مرکز استفاده می‌کند،به مراکز پیش دبستانی نیز می‌رود، به طوری که آمادگی برای به مدرسه رفتن را به دست آورد. در همین رابطه، هدف اصلی کلینیک انتقال، ایجادآمادگی در کودک برای ورود به مدرسه است.

در ادامه، باید اشاره نمود که رعایت ویژگی های برنامهٔ مداخله به‌موقع به منظور اثر بخشی هر چه بیشتر آن ضروری می‌باشد. بنابراین،در طرح برنامه، اجرا و ارزیابی آن لازم است توجه دقیقی به این ویژگی ها معطوف شود. از جملهٔ این ویژگی ها باید به: (۱) فردی بودن خدمات دهی، (۲) کیفیت اجرای برنامه،(۳) زمان، فشردگی و مدت مداخله، (۴) دانش ومهارت پرسنل و رابطهٔ مداوم آنان با خـــانواده و (۵) مبتنی بودن برنامهٔ مداخله بر خانواده و جامعه اشاره و توجه نمود.

یک اصل کلی که باید بدان توجه نمود این است که مداخلهٔ مؤثر نیازمند یک شیوهٔ فردی است تااهدافی را که تعریف و مشخص شده اند با نیازهای مشخص شده و نیز توانایی‌های کودک و خانوادهٔ او منطبق سازد. کیفیت برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع که به کودکان و خانوادهٔ آنان ارائه می‌شود از اهمیت ویژه ای برخوردار است. ارزیابی زودرس از اثر یک برنامهٔ مداخله ای،قبل از اطمینان از اجرای صحیح و کامل آن، از یک طرف موجب اتلاف وقت واز طرف دیگرباعث ضایع شدن تلاش و روحیهٔ افراد دیگری می‌شود که می‌خواهند برنامه‌های جدید و امید بخش را به وجود آورند.

در بسیاری از برنامه‌های مداخله ای، اثر نهایی هر برنامه بستگی به تخصص پرسنل،کیفیت، تداوم و پیوستگی ارتباط ایجاد شده میان ارائه دهندگان خدمات و خانواده دارد. همچنین، برنامه‌های مداخله‌ای باید متمرکز بر خانواده باشد، یعنی خانواده

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

به عنوان یک جزء لاینفک درتیم درمانی در نظر گرفته شود. از طرف دیگر، برنامه نباید از امکانات و حمایت‌های جامعه محروم باشد. بالاخره، از آنجا که رشد کودک یک فرایند مرحله ای است که در طول زمان اتفاق می‌افتد و اینکه این رشد به وسیله تعامل کودک با محیط عملی می‌شود، لذا رعایت صبوری و شکیبایی از جانب پرسنل برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع، والدین و جامعه ضرورت خاصی پیدا می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که اشاره شد در برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع تلاش می‌شود مشکلات بیولوژیکی و محیطی که بر کودک وارد می‌شود واورادر معرض خطر معلولیت قرار می‌دهد ویا اورا درمهارت‌های رشدی ناتوان می‌سازد، کاهش داده شود و به کودک در عملکردهای حسی – حرکتی، گفتاری، شناختی، اجتماعی و رفتاری – عاطفی کمک ارائه شود.

از آنجا که در کودکان با نیازهای خاص به دلیل مشکلات بیولوژیکی ویافقر و نامناسب بودن عوامل محیطی، عملکرد مثبت به گونه ای منفی تحت تأثیر قرارمی‌گیرد و از طرفی مغز کودکان از انعطاف پذیری بیشتری نسبت به بزرگسالان برخوردار است،لذا امکان بهبود بخشیدن این عملکردها وجود دارد. بنابراین، برنامه‌های مداخله‌ای به‌موقع باتوجه به اینکه کودکان در اوایل زندگی نسبت به تمامی مراحل دیگر، مطالب را بیشتر می‌آموزند، می‌توانند بیشترین اثر بخشی رانسبت به سایر دوره‌های زندگی داشته باشند، زیرا دردوران طفولیت حساسیت ساختاری مغز در برابر کسب اطلاعات زیاد می‌باشد.لذا با توجه به انعطاف پذیری سلول های مغزی کودکان خردسال و نیز اهمیت دوره‌های حساس در یادگیری و نیز اهمیت تجارب اولیه، به نظر می‌آید که کودکان خردسال بانیازهای خاص بتوانند استفادهٔ مناسب را از برنامه‌های مداخله‌ای ببرند.

با توجه به امکانات موجود در ایران در زمینه‌های تخصصی مورد نیاز کودکان با نیازهای خاص و در معرض خطر،ملاحظه گردید که ارائه‌ی برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع امکان پذیر است. بدین ترتیب ارائهٔ یک مدل از برنامه‌های مداخلهٔ به‌موقع در ایران که در آن سعی شود با مشکل کودک با توجه به سه عامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی برخورد شود، یک راه کار عملی برای کمک به کودکان با تأخیرات رشدی می‌باشد. تیم

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

چند تخصصی در این مدل، به خوبی قادر است هدف برنامه ،یعنی توجه به کودک و مشکلات او بر اساس سه عامل ذکر شده را محقق سازد.

یادداشت‌ها

1) early intervention
2) young children with special needs
3) plasticity
4) critical periods
5) developmental Delay
6) at risk
7) The Champion Center , Burwood Hospital , Christchurch , Nz.
8) a team of clinicians
9) feeding behaviors
10) Individual Education Plan (IEP)
11) immature babies clinic
12) middle years clinic
13) transition clinic
14) autistic children clinic
15) music clinic
16) computer clinic
17) cognitive / developmental therapist (CDT)
18) early intervention teacher (EIT)
19) early childhood educator (ECE)
20) music therapist (MT)
21) Computer Therapist

منابع

Batshaw, M.L. (1999). Children with disabilities. U.s.a:Paul.H. Brooks Publishing Co.

Bijou, S.W, & Baer, D. M.(1965).Child development. NewYork:Appleton – Century – Crofts

Bishop,D. & Laurence. L. (2000). Speech and Language impairments in children : Cause, characteristics , intervention and outcome. Philadelphia: Taylor and Francis , Inc.

Blackman , J. (2002). International reputation. NZ:Christchurch,Feb. 21,25.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

Campbel, F.A. ,Pungello, E.P., Mille, S., Burchinal, M. & Romey, C.T.(2001). The development of cognitive and academic abilities : Early intervention: Long – term outcome. Developmental Psychology, 37, 231.

Carpenter , B.(2002).The heart of early intervention: Sustaining family – centered practic. Paper presented to public lecture given in Christchurch. Newzealand.

Greenspan , S.L. & Wieder. S. (1998). The Child with special needs USA preseus Book Group.

Mackintosh,N.(1995). Unerstanding your brain.london:Usborn Publishing Ltd.Usborn House. Safford Hill.

Mahoney ,G., Robinson,C. & Fewell,R. (2001). The effects of early motor intervention on children with down syndrome and cerebral palsy.A field- Based study. Jouranl of Developmental & Behavioral Pediatrics, 22 , 3,153 –162.

Neuberger,J.J.(1997). Brain development research : Wonderful window of opportunity to build bublic support for early childhood education. Young Children , 52 , 4-9.p

Pruett,K.(2000). The impact of the environment on early brain development. The Washington Post`s Health Science, oct. 31.

Shonkoff.J. P. & Phillips ,D.B.(2001).From Neurons to neighborhoods : The science of early childhood development. Zero to Three: April/ May , 21, 5.

Siegel , D.J.(1998). the developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience.The Signal 6,1-10.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]

Singer ,W.(1987). Activity – dependent self – organization of synaptic connections as a substrate of learning. In J. Changeux and Konish (Eds.), The neural and molecular basis of learning. New York : Wiley.

Smith , T. (1999). Outcome of early intervention for children with autism.Clinical Psychology : science and practice , 6 , 33-49.

Smith , T., Groen , A.D. & Wynn, J. W. (2000). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. American Journal on Mental Retardation.,105 , 4 , 269- 285.

Stermer,J. (1997). Home visit give kids a chance. Chicago Tribune , July 31, 16.

Thakker,J.(2001).Prematur ebabies.The importance of early intervention.psychology Department. Christchurch.NZ: University of Canterbury.

Tucker,D.(1992). Developing emotions and cortical network. Minnesota symposia on child psychology , . Developmental Behavioral Neuroscience 75- 128.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1382.3.1.3.5]