

به نام خدا

کودکان با نیازهای ویژه

مولفان :

پروین سلیمانی

سیده زینب حسینی نژاد

زهرا خوشبخت

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: سلیمانی، پروین، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور: کودکان با نیازهای ویژه/ مولفان پروین سلیمانی، سیده‌زینب
حسینی نژاد، زهرا خوشبخت.
مشخصات نشر: ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری: ۱۹۲ص.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۲۶۷-۲
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۸۴-۱۹۲.
موضوع: کودکان ناتوان در یادگیری -- ایران -- آموزش و پرورش
Learning disabled children -- Education -- Iran
یادگیری -- ایران -- اختلالات
Learning disabilities -- Iran
کودکان عقب‌مانده -- ایران -- آموزش و پرورش
Children with mental disabilities -- Education -- Iran
کودکان پرتحرک -- ایران -- آموزش و پرورش
Hyperactive children -- Education -- Iran
شناسه افزوده: حسینی نژاد، سیده‌زینب، ۱۳۷۵-
شناسه افزوده: خوشبخت، زهرا، ۱۳۶۶-
رده بندی کنگره: LC۴۷۰۷
رده بندی دیویی: ۳۷۱/۹۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی: ۹۴۲۳۱۵۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: کودکان با نیازهای ویژه
مولفان: پروین سلیمانی - سیده زینب حسینی نژاد - زهرا خوشبخت
ناشر: ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲
چاپ: زبرجد
قیمت: ۱۷۳۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۲۶۷-۲
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۸
فصل اول: عقب ماندگی ذهنی.....	۱۰
پیش درآمدی بر کم توانی ذهنی.....	۱۱
مقایسه کم توانی ذهنی در DSM_5 و ICD_10.....	۱۲
شیوع.....	۱۲
سبب شناسی.....	۱۳
ارزیابی و تشخیص کم توانی ذهنی.....	۱۴
تشخیص افتراقی.....	۱۵
سیر و پیش آگهی.....	۱۵
ویژگی های کودکان کم توان ذهنی.....	۱۶
اختلالات شایعی که یکی از علایم آنها کم توانی ذهنی است.....	۱۹
اثر عقب ماندگی ذهنی بر خانواده.....	۲۳
انواع کم توانی ذهنی.....	۲۳
ویژگی های رشدی کم توانی ذهنی (خصوصیات بالینی).....	۲۶
پیشگیری.....	۲۷
درمان ها و امکانات مورد نیاز کودکان عقب مانده ذهنی.....	۲۹
والدین برای کمک به رشد فرزند خود چه باید بکنند؟.....	۳۰
فصل دوم: اختلال بیش فعالی / نقص توجه.....	۳۲

۳۳	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.....
۳۳	تاریخچه اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.....
۳۵	نشانه‌های کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان.....
۴۲	شیوع اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.....
۴۴	عوامل مؤثر در بروز بیماری.....
۴۵	اختلالات همبود با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.....
۴۸	سیر اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.....
۴۹	تشخیص افتراقی بیش‌فعالی کمبود توجه.....
۵۳	بیش‌فعالی و رابطه آن با جنسیت.....
۵۳	خصوصیات بالینی (ADHD).....
۵۵	خصوصیات کودکان بیش‌فعال.....
۵۷	پیامدهای اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی.....
۵۸	ارزیابی بیش‌فعالی و کمبود توجه.....
۶۸	سبب‌شناسی اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.....
۷۶	درمان بیش‌فعالی.....
۸۶	فصل سوم: اختلالات یادگیری.....
۸۷	تاریخچه اختلالات یادگیری.....
۸۸	تعریف اختلالات یادگیری.....
۹۳	درجه شیوع (فراوانی).....
۹۴	ویژگی‌های کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری.....

- ویژگی‌های کودکان مبتلا به ناتوانی در ریاضیات ۹۸
- ویژگی‌های نوجوان‌دارای اختلالات یادگیری ۹۹
- ناتوانی در خواندن (دیسلکسی) ۹۹
- ناتوانی در هجی کردن (دیس آر توگرافیا) ۱۰۱
- ناتوانی در نوشتن (دیس گرافیا) ۱۰۱
- مشکلات متداول در نوشتن ۱۰۲
- تشخیص و ارزیابی اختلالات یادگیری ۱۱۰
- تعریف تشخیص ۱۱۰
- مراحل تشخیص ناتوانی‌های یادگیری ۱۱۱
- طبقه‌بندی ناتوانی‌های یادگیری ۱۱۳
- علل اختلالات یادگیری ۱۱۸
- ارتباط علت‌شناسی با آموزش و پرورش ۱۲۱
- اختلال ریاضی در کودکان چیست؟ ۱۲۲
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات خواندن و هجی کردن ۱۳۸
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات نوشتن ۱۳۹
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات حساب کردن ۱۴۰
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات نارسایی توجه ۱۴۱
- توصیه‌های کلی آموزشی ۱۴۲
- والدین چه اقدام‌هایی باید انجام دهند؟ ۱۴۳
- درمان اختلالات یادگیری ۱۴۴

۱۴۸	..... فصل چهارم: اختلالات ارتباطی
۱۴۹	..... اختلالات ارتباطی
۱۵۰	..... اختلال زبان
۱۵۳	..... اختلال مختلط زبان دریافتی بیانی
۱۵۶	..... اختلال صوت گفتار
۱۶۰	..... لکنت زبان
۱۶۹	..... دیزآرتی
۱۷۱	..... اختلال لیسپ
۱۷۷	..... آفازی (زبان پریشی)
۱۸۴	..... منابع و مآخذ

پیشگفتار

عده‌ای از کودکان به اندازه‌ای با کودکان دیگر فرق دارند که باید توجه خاصی به آن‌ها داشت. این تفاوت به‌طور کلی در تمام خصوصیات جسمانی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی آنان دیده می‌شود و در سازگاری آن‌ها با محیط اجتماعی اشکال و مانعی بزرگ ایجاد می‌کند. به همین منظور، تا همین چند وقت پیش به این دسته از افراد اجتماع «استثنایی» می‌گفتند. اما از یک‌طرف، واژه استثنایی معمولاً کاستی‌ها و تفاوت‌های منفی را در ذهن تداعی می‌کند و از طرف دیگر، همه کودکان متفاوت یا نیازمند برنامه خاص را پوشش نمی‌دهد. به همین دلیل، در حال حاضر، اصطلاح کودکان «با نیازهای ویژه» به جای کودکان استثنایی به کار می‌رود.

کودک با نیازهای ویژه کودکی است که علاوه بر ویژگی‌ها و نیازهای کودکان عادی، ویژگی‌ها و نیازهای خاصی دارد. از نظر آموزشی، دانش‌آموز با نیازهای ویژه، از نظر شناختی، هوشی، جسمی (حسی-حرکتی)، عاطفی و اجتماعی تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای با افراد هم‌سن خود دارد. این تفاوت به حدی است که برخورداری وی از آموزش و پرورش، مستلزم تغییراتی (متناسب با ویژگی‌های این دانش‌آموزان) در برنامه‌ها، محتوا، روش‌ها، مواد و فضای آموزشی عادی و ارائه خدمات آموزشی و توان‌بخشی ویژه به اوست. این افراد می‌توانند شامل کسانی شوند که به هر یک از اختلالات اوتیسم، سندرم آسپرگر، فلج مغزی، سندرم داون، نارساخوانی، دیس پراکسی، کوری، ناشنوایی، ADHD و فیروز کیستیک مبتلا باشند. این گروه همچنین می‌تواند شامل شکاف لب و افرادی باشد که پای آنها قطع شده‌است.

افرادی که نیاز ویژه دارند را می‌توان از نظر شدت وضعیت‌شان در گروه‌های مختلفی دسته‌بندی کرد. دانش‌آموزانی که ضریب هوشی آنها بین ۲۰ تا ۳۵ باشد یک مورد شدید

به شمار می‌آیند. این دانش‌آموزان معمولاً در مدرسه نیاز به کمک دارند و خدمات متفاوتی در شرایط متفاوت به آنها ارائه می‌شود. در انگلستان، نیازهای ویژه معمولاً به نیازهای خاص در یک زمینه آموزشی اشاره دارد و از آن با عنوان نیازهای ویژه آموزشی یا نیازهای ویژه آموزشی و معلولیت نامبرده می‌شود. در ایالات متحده، ۱۸٫۵ درصد از کودکان زیر ۱۸ سال (بیش از ۱۳٫۵ میلیون کودک) از سال ۲۰۰۵ به مراقبت‌های ویژه درمانی احتیاج داشتند.

کودکان با نیازهای ویژه در جامعه ایران با کمبود امکانات و تسهیلات آموزشی و توانبخشی به‌طور جدی روبرو هستند. اما مشکل اصلی این کودکان نگاه‌های ترحم‌آمیز و بعضاً منفی جامعه است که از عدم شناخت کافی کودکان با نیازهای ویژه نشأت می‌گیرد. لذا آگاه‌سازی جامعه در جهت تغییر نگرش‌های منفی نسبت به این کودکان و خانواده‌های آنها نیازمند سرمایه‌گذاری دارد. شناخت و درک خصوصیات روانشناختی و تحولی و ویژگی‌های زیستی، زبانی، ارتباطی، شناختی، عاطفی، اخلاقی و اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه از اهمیت بسیاری برخوردار است. این شناخت به پدران و مادران و معلمان اجازه می‌دهد بهتر بتوانند با فرزندان و دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه ارتباط برقرار کنند.

سخنی از مولفین

فصل اول: عقب ماندگی ذهنی

پیش‌درآمدی بر کم‌توانی ذهنی

کم‌توانی ذهنی (Intellectual disability) یا «عقب‌ماندگی ذهنی» (Mental Retardation) اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارت‌های انطباقی مشخص می‌گردد. کم‌توانی ذهنی از لحاظ آماری به این صورت تعریف می‌شود عملکرد شناختی که بر اساس آزمون استاندارد هوش، معادل دو انحراف معیار زیر میانگین جمعیت عمومی باشد (تبریزی، ۱۳۹۸). سن شروع کم‌توانی ذهنی زیر ۱۸ سال است و منظور از مهارت‌های انطباقی انجام کارهای است که در هر سن خاص به‌طور معمول از فرد انتظار می‌رود. با اقدامات آموزشی و اجتماعی می‌توان یک زندگی طبیعی در خارج از بیمارستان را برای این افراد فراهم کرد که شامل مدارس ویژه، انجام کارهای خانه‌داری و صنایع دستی و حمایت از این افراد و خانواده آنان می‌باشد. از نظر علمی، فرد کم‌توان ذهنی دو ویژگی اصلی زیر را دارد:

الف) «کارکرد ذهنی» یا «هوش» پایین‌تر از حد میانگین جامعه

ب) مشکل یا کمبود در «رفتارهای سازشی» یا «مهارت‌های لازم برای زندگی روزمره».

فرد کم‌توان یا عقب‌مانده ذهنی کسی است که:

- توانایی و استعداد کافی برای یادگیری ندارد.
- در درک امور مربوط به زندگی دچار مشکل است
- نمی‌تواند با شرایط و محیط اطرافش به راحتی سازگاری و تطابق پیدا کند
- مهارت مناسب برای زندگی روزمره را ندارد
- نیاز به کمک، حمایت و آموزش بیشتری دارد.

مقایسه کم توانی ذهنی در DSM_5 و ICD_10

ICD_10	DSM_5	کم توانی ذهنی
عقب ماندگی ذهنی	کم توانی ذهنی (اختلال رشدی هوشی)	نام تشخیصی
طی دوران رشد و نمو رخ می دهد	علائم در طول رشد و نمو بروز می کند	مدت
رشد ذهنی ناکامل، مهارت های مربوط به هوش را تحت تأثیر قرار می دهد: شناخت، زبان، حرکت، توانایی های اجتماعی	نقصان در: استدلال، انتزاع، قضاوت، یادگیری، کارکرد انطباقی	نشانه های بالینی
	علائم باعث تأخیر در شاخص های رشد، کسب استقلال و عملکرد اجتماعی می شوند	پیامدهای روانی اجتماعی علائم
با استفاده از IQ برآورد می شود: خفیف: ۵۰-۶۹ متوسط: ۳۵-۴۹ شدید: ۲۰-۳۴ عمیق: >۲۰	عمیق شدید متوسط خفیف	مشخصه های شدت

شیوع

در جمعیت ۱۵-۱۹ سال شیوع موارد متوسط و شدید حدود ۳-۴ مورد در ۱۰۰۰ است. معادل ۶-۸ مورد در ۲۰۰۰ بیمار یک پزشک عمومی. این شیوع از سال ۱۹۳۰ اندکی تغییر

کرده اما بروز موارد شدید به علت مراقبت‌های خوب نوزادی و جنینی تا حد یکسوم تا یک‌دوم کاهش یافته است. علت ثابت ماندن شیوع، زندگی طولانی‌تر افراد عقب‌مانده ذهنی است (گنجی، ۱۳۹۸).

سبب‌شناسی

عوامل قبل از تولد: بیشتر شامل تأثیرات ژنتیک و تغییرات کروموزومی می‌شود. ضمن این که عفونت‌های رحمی و ابتلای به بیماری سرخچه و توکسوپلاسموز (بیماری خطرناکی که از طریق گربه منتقل می‌شود) نیز در بروز عارضه نقش دارند. آنچه مسلم است بیشترین علل عقب‌ماندگی ذهنی همین عوامل قبل از تولد است که از نظر پیشگیری نیز اهمیت دارند، به‌ویژه عوامل کروموزومی مانند سندرم داون و عوامل عفونی مثل سرخچه و توکسوپلاسموز مادرزادی. در این بین عوامل حین تولد مثل زایمان مشکل و خون‌ریزی جمجمه و اشکالات تنفسی حین زایمان و ... نیز مؤثر می‌باشند.

عوامل پس از تولد: شامل ضربات شدید به جمجمه کودک (یرقان) سیانوز (سیاه‌شدن)، عفونت‌های دوران نوزادی به همراه تب و تشنج، کم‌کاری تیروئید و ... است که با مواظبت از کودک بخصوص قبل از سن چهارسالگی می‌توان از بروز عقب‌ماندگی ذهنی تا حدی جلوگیری نمود.

عوامل محیطی اجتماعی: تأثیرات محدودتری در بروز عقب‌ماندگی ذهنی دارند و شامل فقر، تغذیه، ناپایداری خانواده، وضعیت اقتصادی - اجتماعی بد و محرومیت‌های فرهنگی و استرس‌های مکرر و فوق‌تحمیل در محیط زندگی کودک است. (ساراسون و ساراسون،

ارزیابی و تشخیص کم‌توانی ذهنی

وقتی تشخیص کم‌توانی ذهنی روی یک فرد گذاشته می‌شود که این سه مورد در او صدق کند: (هالجین، ۲۰۲۱، ترجمه سید محمدی، ۱۴۰۱).

➤ بروز این اختلال قبل از ۱۸ سالگی باشد. یعنی به کسی که بعد از ۱۸ سالگی، مثلاً در اثر یک تصادف، کارکرد ذهنی‌اش دچار مشکل شده باشد، کم‌توان ذهنی نمی‌گوییم.

➤ بهره هوشی فرد پایین‌تر از میانگین جامعه باشد. بهره هوشی یا آی‌کیو با تست‌های خاصی سنجیده می‌شود. میانگین نمره بهره هوشی افراد در جهان ۱۰۰ می‌باشد و بیشتر مردم بهره هوشی‌ای بین ۸۵ تا ۱۱۵ دارند. افرادی که بهره هوشی بالاتر از این مقدار دارند افراد باهوش‌تر و افرادی هم که بهره هوشی‌شان از این مقدار پایین‌تر است، افراد دیرآموز (با بهره هوشی بین ۷۰ تا ۹۰) و کم‌توان ذهنی (پایین‌تر از ۷۰-۷۵) شمرده می‌شوند. به‌طورکلی شخصی که نمره بهره هوشی‌اش کمتر از ۷۰-۷۵ باشد کم‌توان ذهنی یا عقب‌مانده ذهنی شمرده می‌شود.

➤ فرد حداقل در دو مورد از حیطه‌های رفتارهای سازشی یا انطباقی محدودیت داشته باشد. این حیطه‌ها شامل مواردی چون برقراری ارتباط با دیگران، زندگی در منزل، مدیریت خود، کار، مهارت‌های تحصیلی، تفریح، مهارت‌های اجتماعی و بین‌فردی، مراقبت از سلامت و امنیت خود و استفاده از امکانات جامعه می‌باشند.

برای ارزیابی رفتار انطباقی کودک، روانپزشک یا یک کارشناس متخصص مهارت‌های روزمره او را مشاهده کرده و با همسالانش مقایسه می‌کند یا از طریق مصاحبه با مراقبین و اطرافیان فرد و ارزیابی‌های بالینی دیگر به اطلاعات مناسب دست می‌یابد.

تشخیص افتراقی

طبق تعریف کم‌توانی ذهنی باید پیش از سن ۱۸ سالگی شروع شده باشد. در برخی موارد کودک آزاری شدید به شکل غفلت یا سوءرفتار ممکن است در تأخیر رشد نقش داشته باشد که می‌تواند به صورت کم‌توانی ذهنی ظاهر شود اما این آسیب‌ها با فراهم کردن محیط تحریک‌کننده و اصلاحی در اوایل کودکی تا حدودی قابل برگشت است. چندین ناتوانی حسی بخصوص نابینایی و ناشنوایی ممکن است با کم‌توانی ذهنی اشتباه شود. اختلالات گفتار بیانی و دریافتی غالباً ممکن موجب می‌شوند که کودک حتی علیرغم هوش طبیعی و کم‌توان ذهنی به نظر برسد و فلج مغزی هم ممکن است با کم‌توان ذهنی اشتباه گرفته شود. هر نوع بیماری مزمن و ناتوان‌کننده ممکن است علیرغم هوش طبیعی سبب تضعیف و تأخیر عملکرد و پیشرفت کودک شود. اختلالات تشنجی به‌خصوص در موارد کنترل نشده ممکن است در بروز کم‌توانی ذهنی پایدار نقش داشته باشند. سندروم‌های خاصی که منجر به معلولیت‌های مجزا می‌شوند مثل ناتوانی در خواندن، ناتوانی در نوشتن، ناتوانی در برقراری ارتباط ممکن است در فردی با هوشی طبیعی و حتی عالی نیز دیده شوند. کودکان با اختلالات یادگیری که ممکن است با کم‌توانی ذهنی همراه باشد در یک زمینه خاص مثل خواندن یا ریاضیات دچار تأخیر یا نارسایی رشد هستند ولی رشدشان در سایر زمینه‌ها طبیعی است برعکس کودکان کم‌توان ذهنی در اکثر زمینه‌های رشد تأخیری کلی نشان می‌دهند. (ساراسون و ساراسون، ۲۰۱۶)

سیر و پیش‌آگهی

در اکثر موارد کم‌توانی ذهنی، اختلال هوشی زمینه‌ای بهبود نمی‌یابد. هر چند میزان انطباق شخص ممکن است تحت تأثیر مثبت محیط غنی و حمایت‌کننده قرار گیرد، به‌طورکلی افراد دچار کم‌توانی خفیف و متوسط بیشترین انعطاف‌پذیری را در انطباق با شرایط گوناگون محیطی دارا هستند. همچنین افراد غیر کم‌توان هرچقدر اختلال روانی بیشتری

به‌طور هم‌زمان وجود داشته باشد پیش‌آگهی کلی بدتر است. وقتی اختلالات روانی مشخصی به کم‌توانی ذهنی اضافه شود درمان‌های استاندارد برای اختلالات روانی همراه معمولاً مفید است اما این بیماری پاسخ ضعیف‌تری به درمان نشان می‌دهد و بیشتر مستعد بروز عوارض داروها هستند. (گنجی، ۱۳۹۸)

ویژگی‌های کودکان کم‌توان ذهنی

بیشتر کودکان کم‌توان ذهنی از نظر ظاهری تفاوت چندانی با سایر کودکان ندارند. البته عده‌ای از کودکان کم‌توان ذهنی که دارای سندرم‌های خاص هستند (مانند سندرم داون، میکروسفالی، هیدروسفالی و...)، به لحاظ ظاهری هم علائم بالینی دارند. این کودکان از نظر رشدی در بیشتر موارد تأخیر دارند. مثلاً نسبت به کودکان عادی نشستن، سینه‌خیز رفتن و پاگرفتن را دیرتر کسب می‌کنند یا به لحاظ گفتاری دیرتر به حرف‌زدن می‌رسند و به‌طورکلی آهسته‌تر از کودکان عادی مهارت‌های مختلف را کسب می‌کنند. کودکان کم‌توان از نظر کارکردی معمولاً موفق نمی‌شوند مهارت‌هایی را که پایه یادگیری می‌شوند به خوبی کسب کنند. برخی از این مهارت‌ها عبارتند از:

پردازش حسی و ادراک

هر حسی که بدنمان از محیط دریافت می‌کند، برای اینکه قابل استفاده شود، باید در مغز به‌خوبی پردازش شود و سازماندهی و تفسیر گردد و به این صورت ذهنمان به آن‌ها معنی دهد تا بتوانیم از آن‌ها اطلاعات کسب کنیم و آن‌ها را بفهمیم. در کودکان کم‌توانی ذهنی، اغلب این پردازش و ادراک به‌خوبی انجام نمی‌گیرد. به‌عنوان مثال کودکی که در پردازش حسی دچار اختلال است ممکن است به برخی حس‌ها کمتر یا بیشتر از حد معمول واکنش نشان دهد. مثلاً با شنیدن صدای یک ماشین گوش خود را بگیرد یا جیغ بزند. همچنین کودکی که در ادراک بینایی مشکل دارد ممکن است با وجود داشتن

چشم‌های سالم، نتواند لباسش را از داخل یک قفسه شلوغ پیدا کند چون به لحاظ ذهنی نمی‌تواند به خوبی اشیا را از پس‌زمینه‌شان تشخیص دهد و جدا کند.

هماهنگی حرکات درشت

منظور از هماهنگی حرکات درشت توانایی انجام درست، روان و ظریف حرکات بزرگ و درشت نظیر دویدن، نشستن، برخاستن، حمل‌کردن و جابه‌جایی اشیا و... می‌باشد که می‌تواند در کودکان کم‌توان دچار ایراد باشد. این کودکان ممکن است نتوانند به خوبی حرکات بدنشان را سازماندهی کنند. مثلاً اینکه به‌سختی بنشینند و برخیزند یا این که ممکن است حین حرکت به دیگران برخورد کنند همچنین در انجام بازی‌هایی مانند لی‌لی، پرش جفت‌پا، گرفتن و انداختن توپ ممکن است مهارت کافی نداشته باشند. کودک دارای کم‌توانی ذهنی در انجام کارهایی که نیاز به هماهنگی دو طرف بدن دارد دچار مشکل است؛ مانند پدال زدن، بازکردن در قوطی، ریختن آب در لیوان درحالی‌که با یک دست پارچ آب را گرفته و با دست دیگر لیوان را نگه داشته است. کودک کم‌توان معمولاً در حفظ یک وضعیت حرکتی مشکل دارد؛ مثلاً این که مدتی بنشیند و به حرف‌های آموزگار گوش دهد یا مدتی پای تخته‌سیاه بایستد و روی آن بنویسد برایش دشوار است.

هماهنگی حرکات ظریف

کنترل حرکتی ظریف قابلیت برای اجرای حرکات ریز به صورت دقیق و روان با دست و انگشتان می‌باشد. بریدن با قیچی، گرفتن مداد، نقاشی کشیدن، نوشتن، نخ کردن دانه‌های تسبیح، ورق زدن کتاب، استفاده از قاشق و چنگال و... همگی نمونه‌هایی از حرکات ظریف می‌باشند که در کم‌توانان ذهنی با مشکل مواجهند. (هالجین، ۲۰۲۱، ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۱).

گفتار و زبان

تکامل زبان برای یادگیری و تعامل موثر بسیار کلیدی است. یکی دیگر از حوزه‌هایی که در کودکان کم‌توان دچار مشکل است گفتار و زبان آنهاست. خصوصیتی که در این رابطه ممکن است در کودکان کم‌توان مشاهده کنیم می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- در بیان نیازها و خواسته‌هایشان مشکل دارند.
- از زبان مختصر و جملات کوتاه استفاده می‌کنند.
- اشتباه‌های دستوری دارند.
- در به کار بردن بسیاری از کلمات مشکل دارند.
- اغلب، کلمات را توصیف می‌کنند یا از کلمات جانشین مانند “این”، “آن” یا “آنجا” استفاده می‌کنند.
- خوب به حرف‌های دیگران گوش نمی‌دهند.
- در گوش دادن و فعالیت به‌طور همزمان مشکل دارند و...

جنبه‌های اجتماعی و عاطفی

یک کودک یا نوجوان عادی به تدریج در طی رشد با پشت سر نهادن چالش‌ها به‌طور موفقیت‌آمیز و دریافت تشویق دیگران احساس عزت‌نفس و خود ارزشمندی را به دست می‌آورد. ولی این دسته از کودکان به علت ناکامی‌های مکرر از دریافت این‌گونه احساس‌ها محروم می‌مانند. کودکان کم‌توان ذهنی به خاطر مشکلاتی که دارند، به راحتی در جمع همسالان خود پذیرفته نمی‌شوند. گاهی آشکارا طرد می‌شوند چرا که فاقد مهارت‌های اجتماعی پایه‌ای هستند که آن‌ها را قادر می‌کند با دیگران دوست شوند و معاشرت کنند. کودکان کم‌توان علاوه بر مشکل در مهارت‌های پایه‌ی یادگیری و ویژگی‌های دیگری مانند

توجه و تمرکز پایین، حافظه ضعیف، محدودیت در تفکر انتزاعی و استدلال، دشواری در انجام فعالیت‌های روزانه و... دارند. (ساراسون و ساراسون، ۲۰۱۶)

اختلالات شایعی که یکی از علائم آن‌ها کم‌توانی ذهنی است

سندروم داون: علت ایجاد سندروم داون اختلالی ژنتیکی و کروموزومی است. این افراد در سلول‌هایشان یک کروموزوم اضافه دارند و آمار نشان می‌دهد که درصد زیادی از کودکان کم‌توان ذهنی را تشکیل می‌دهند. کودکان با تشخیص سندروم داون مراحل رشد ذهنی و جسمی را نسبت به کودکان عادی دیرتر و با تاخیر سپری می‌کنند. افراد مبتلا به سندروم داون انحراف چشم، زبان بزرگ، قد کوتاه، موهای لخت، اغلب عضلاتی شل و تعادلی ضعیف دارند. علاوه بر موارد ذکر شده بیماری‌های قلبی و ریوی در بین افراد با این تشخیص شایع است و ابتلا به بیماری‌های عفونی و تنفسی نسبت به افراد عادی سریعتر اتفاق می‌افتد. در این افراد درجات مختلفی از کم‌توانی ذهنی دیده می‌شود.

سندروم X شکننده: این سندروم بر اثر جهش کروموزوم X در محلی که به مکان شکننده معروف است پدید می‌آید. فنوتیپ معمول این سندروم عبارت است از: سر و گوش‌های بزرگ، قد کوتاه، مفاصل قابل اکستansیون شدید و بزرگی بیضه‌ها پس از بلوغ. میزان کم‌توانی ذهنی از خفیف تا شدید متفاوت است. نمای رفتاری افراد با این سندروم شامل: میزان بالای اختلال بیش‌فعالی / کم توجهی، اختلالات یادگیری و اختلال طیف درخودماندگی. نقص عملکرد زبانی عبارت است: تکلم تکراری سریع به همراه اختلالاتی در تکرار واژه‌ها برای ساخت عبارات و جملات. افراد با سندروم X شکننده ظاهراً در برقراری ارتباط و اجتماعی شدن مهارت‌های نسبتاً قوی دارند و به نظر می‌رسد کارکردهای هوشی آنها در دوره بلوغ کاهش می‌یابد. (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۹۴).

سندروم پرادر- ویلی: در نتیجه‌ی حذفی کوچک در کروموزوم ۱۵ ایجاد می‌شود. افراد با این سندروم دارای رفتار تغذیه‌ای وسواسی و غالباً چاقی، کم‌توانی ذهنی، هیپوگنادیسم، قد کوتاه، هیپوتونی، دست و پای کوچک هستند.

سندروم فریاد گربه: کودکان مبتلا به سندروم فریاد گربه فاقد بخشی از کروموزوم ۵ هستند. این کودکان دچار کم‌توانی ذهنی شدید بوده و بسیاری از نشانه‌هایی را که غالباً با هنجاری‌های کروموزومی همراهند نشان می‌دهند، مثل میکروسفالی، گوش‌های پایین‌تر از محل طبیعی، شکاف پلکی مورب، فاصله زیاد چشم‌ها از هم و کوچکی غیر طبیعی فک تحتانی. گریه مشخص شبیه صدای گربه‌به علت ناهنجاری‌های حنجره‌ای که نام سندروم از آن گرفته‌شده است به تدریج تغییر یافته و با پیشرفت سن از بین می‌رود.

فنیل کتونوری (PKU): اکثر بیماران دچار فنیل کتونوری شدیداً کم‌توانی ذهنی دارند ولی برخی از موارد هوش مرزی یا طبیعی نیز در بین آنان دیده می‌شود. تقریباً در یکسوم موارد اگرما، استفراغ و تشنج دیده می‌شود. کودکان با فنیل کتونوری بیش‌فعال و تحریک‌پذیرند، این کودکان اغلب حملات قشقرق دارند و اغلب حرکات غیر عادی به تنه و اندام‌های فوقانی خود می‌دهند و دست‌های خود را می‌پیچانند. ارتباط کلامی و غیرکلامی معمولاً شدیداً مختل بوده یا اصلاً وجود ندارد. هماهنگی حرکات بیماران ضعیف است و اشکالات ادراکی فراوانی دارند. (شکوهی یکتا و پرنده، ۱۳۹۴).

سندروم رت: سندروم رت در حال حاضر در DSM_5 به عنوان نوعی اختلال طیف درخودماندگی تشخیص‌گذاری می‌شود و تصور می‌شد بر اثر یک ژن غالب وابسته به X ایجاد می‌شود و فقط زنان را مبتلا می‌کند. تخریب در مهارت‌های ارتباطی، رفتار حرکتی و عملکرد اجتماعی در حدود یک‌سالگی شروع می‌شود. علائم عبارت است از: