

صلى الله عليه وسلم

1.9.12.

۸۷/۱/۱۵/۸۴۳۸
۸۷/۱/۵۹



دانشگاه شهید بهشتی

دانشکده معماری و شهرسازی

عنوان:

مرکز توانبخشی کودکان معلول ذهنی شهرکرد

وزارت اطلاعات و ارتباطات
تلفن: ۰۲۶۱۱۱۱۱

استاد راهنما: جناب آقای مهندس فرهاد احمدی

۱۳۸۸ / ۱ / ۲۶

دانشجو: مریم فلاح

۱۰۹۳۸۰

| | |
|----|--|
| ۱ | چکیده |
| ۲ | مقدمه |
| ۴ | ۱- شناخت |
| ۵ | ۱-۱- معلولیت |
| ۶ | ۱-۱-۱- تعریف معلولیت |
| ۷ | ۱-۱-۲- معلولیت ذهنی |
| ۸ | ۱-۱-۳- دسته بندی معلولین ذهنی |
| ۸ | ۱-۱-۳-۱- طبقه بندی از دیدگاه روانشناسی |
| ۱۲ | ۱-۱-۳-۳- طبقه بندی از جنبه پزشکی |
| ۱۳ | ۱-۱-۴- ویژگیهای معلولین ذهنی |
| ۱۴ | ۱-۱-۵- عوامل ایجاد معلولیت ذهنی |
| ۱۶ | ۱-۱-۶- ارزیابیهای پزشکی و آموزشی - اجتماعی |
| ۱۷ | ۱-۲- توان بخشی |
| ۱۸ | ۱-۲-۱- تاریخچه توانبخشی |
| ۱۹ | ۱-۲-۲- توانبخشی در ایران |
| ۲۰ | ۱-۲-۳- اهداف و مسئولیتهای توانبخشی |
| ۲۲ | ۱-۲-۴- انواع مجتمع های توان بخشی |
| ۲۳ | ۱-۲-۵- انواع و مراحل توانبخشی |
| ۲۴ | ۱-۲-۶- توانبخشی پزشکی |
| ۲۴ | ۱-۲-۶-۱- فیزیوتراپی |
| ۲۶ | ۱-۲-۶-۱-۱- حرکت درمانی (مکانوتراپی) |
| ۲۹ | ۱-۲-۶-۱-۲- آب درمانی (هیدروتراپی) |

- ۳۱.....۱-۲-۶-۱-۳- برق درمانی (الکتروتراپی).....
- ۳۲.....۱-۲-۶-۱-۴- حرارت درمانی (ترموتراپی).....
- ۳۲..... ویژگیهای فضایی بخش فیزیوتراپی.....
- ۳۶.....۱-۲-۶-۲- کاردرمانی.....
- ۳۷..... واحدهای زیر مجموعه کاردرمانی برای کودکان معلول ذهنی.....
- ۳۷.....۱-۲-۶-۱-۱- ذهن درمانی.....
- ۳۷.....۱-۲-۶-۲-۲- گل درمانی و ماسه درمانی.....
- ۳۸.....۱-۲-۶-۲-۳- سالن c.p.....
- ۳۸.....۱-۲-۶-۲-۴- بازی درمانی.....
- ۳۹..... مشخصات عمومی فضای بازی درمانی.....
- ۴۰.....۱-۲-۶-۲-۵- موسیقی درمانی.....
- ۴۰.....۱-۲-۶-۲-۶- مهارتهای روزمره (A.D.L).....
- ۴۱.....۱-۲-۶-۲-۷- خیابان ساده.....
- ۴۲.....۱-۲-۶-۳- گفتار درمانی.....
- ۴۲..... ویژگیهای فضایی.....
- ۴۴.....۱-۲-۶-۴- شنوایی سنجی.....
- ۴۴..... ویژگیهای فضایی.....
- ۴۶.....۱-۲-۶-۵- بینایی سنجی.....
- ۴۶..... ویژگیهای فضایی.....
- ۴۸.....۱-۲-۶-۷- ارتوپدی فنی.....
- ۴۸..... ویژگی های فضایی بخش ارتوپدی فنی.....
- ۵۰.....۱-۲-۶-۸- روانشناسی و مشاوره.....
- ۵۰.....۱-۲-۶-۸-۱- مشاوره توانبخشی.....

- ۵۰..... مشاوره خانوادگی ۲-۸-۶-۲-۱
- ۵۱..... مشاوره گروهی (گروه درمانی خانواده)..... ۳-۸-۶-۲-۱
- ۵۱..... توانبخشی اجتماعی ۷-۲-۱
- ۵۲..... تیم توانبخشی اجتماعی ۲-۷-۲-۱
- ۵۲..... توانبخشی آموزشی ۸-۲-۱
- ۵۲..... حرفه آموزی ۱-۸-۲-۱
- ۵۳..... ویژگیهای فضایی ۵۳
- ۵۴..... آموزش معلولین ۲-۸-۲-۱
- ۵۵..... انواع و روشهای آموزش معلولین ذهنی ۱-۲-۸-۲-۱
- ۵۶..... ضوابط معماری مراکز توانبخشی معلولین ذهنی ۹-۲-۱
- ۵۹..... ضوابط معماری فضاهای آموزشی معلولین ذهنی ۱۰-۲-۱
- ۶۱..... ضوابط معماری برای معلولین جسمی حرکتی ۱۱-۲-۱
- ۶۳..... شناخت سایت ۳-۱
- ۶۳..... موقعیت جغرافیایی ۱-۳-۱
- ۶۳..... اقلیم ۲-۳-۱
- ۶۴..... دمای هوا ۱-۲-۳-۱
- ۶۵..... بارندگی ۲-۲-۳-۱
- ۶۵..... رطوبت نسبی ۳-۲-۳-۱
- ۶۶..... جریان باد ۳-۲-۳-۱
- ۶۷..... یخبندان ۴-۲-۳-۱
- ۶۷..... تابش ۵-۲-۳-۱
- ۶۷..... جنس خاک ۳-۳-۱
- ۶۸..... دسترسی و کاربری های اطراف ۴-۳-۱

- ۱-۳-۵- هندسه سایت ۶۹
- ۱-۳-۶- عوارض سایت ۷۰
- ۱-۳-۷- شیب زمین ۷۰
- ۲- بررسی نمونه ها ۷۱
- مجموعه توان بخشی شبانه روزی کودکان معلول ذهنی وردآورد ۷۴
- مجموعه توان بخشی شبانه روزی کودکان معلول ذهنی شهید جلالی پور ۸۰
- مجموعه توان بخشی شبانه روزی کودکان معلول ذهنی نیمه شعبان ۸۲
- مجموعه توان بخشی شبانه روزی کودکان معلول ذهنی نیمه شعبان ۸۳
- مجموعه توان بخشی شبانه روزی کودکان معلول ذهنی بن عبدالعزیز ۸۵
- موزه هنر پل کله ۸۹
- آکادمی علوم آمریکا ۹۳
- مجموعه Grin Grin ۹۷
- ۳- برنامه ریزی ۹۹
- ۳-۱- معرفی مبانی برنامه ریزی ۱۰۰
- ۳-۲- برنامه عملکردی پروژه ۱۰۰
- ۳-۳- استانداردهای سازمان بهزیستی در مورد مراکز توانبخشی معلولین ذهنی ۱۰۴
- ۳-۴- برنامه فیزیکی طرح ۱۰۹
- ۴- روند طراحی ۱۱۷
- ۴-۱- اهداف احکام و راهکارها ۱۱۸
- ۴-۲- ارائه آلترناتیو ها ۱۲۶
- ۴-۳- آلترناتیو نهائی ۱۳۳
- ۴-۳- آلترناتیو نهائی ۱۳۴
- پیوست ۱۶۰



نام خانوادگی: فلاح

نام: مریم

نام استاد راهنما: فرهاد احمدی

دانشکده: معماری و شهرسازی

عنوان پایان نامه: مرکز توانبخشی کودکان معلول ذهنی

رشته تحصیلی و گرایش: معماری

چکیده:

سازمان بهزیستی بر اساس مطالعات انجام شده در مورد جمعیت افراد معلول ذهنی در استان چهارمحال و بختیاری و بادر نظر گرفتن ظرفیت مراکزی که در حال حاضر به این افراد خدمات ارائه می دهند، تاسیس با ظرفیت نگهداری دویست فرد معلول را در شهر کرد مورد نیاز میدانند. پیش بینی شده که سی نفر از معلولین این مرکز از دسته معلولین ذهنی ایزوله یا عمیق، سی نفر معلول ذهنی تربیت پذیر و چهل نفر معلول ذهنی آموزش پذیر باشند. همچنین بر اساس برنامه این سازمان در این مرکز علاوه بر نگهداری دائم از معلولین، به افراد معلولی که توسط خانواده های خود نگهداری می شوند نیز خدمات آموزشی و درمانی ارائه می شود. فرد معلول طبق برنامه از پیش تعیین شده به مرکز مراجعه کرده و از امکانات مجموعه استفاده می کند.

به این ترتیب در این مجموعه توانبخشی به منظور انجام فعالیت های فوق به بخش های مختلف درمانی آموزشی و خدماتی بدین شرح نیاز است:

بخش خوابگاهی، با ظرفیت نگهداری شبانه روزی دویست کودک معلول ذهنی.

بخش آموزش، شامل کلاس های آموزشی کودکان آموزش پذیر و کارگاه های آموزشی سبک و سنگین کودکان تربیت پذیر

بخش درمان و توان بخشی شامل کلینیک، مشاوره، اورژانس و توانبخشی ها

همچنین در این مرکز فضاهای فرهنگی اداری و خدماتی نیز در نظر گرفته شده است.

در فرآیند طراحی مجموعه سعی شده که علاوه بر در نظر گرفتن مراحل و انواع توانبخشی معلولین ذهنی به شرایط جسمی و روانی گروه های مختلف معلول ذهنی توجه شود و این مجموعه بر مبنای اصول و مبانی آموزش، درمان و توان بخشی کودکان معلول ذهنی طراحی شود.

مقدمه

اساس بر آورد های سازمان بهداشت جهانی حدود ده درصد از جمعیت هر جامعه ای به نوعی دچار معلولیت هستند در حالی که شرایط امروز جامعه به گونه ای نیست که این قشر بتوانند از امکانات برابر با مردم عادی برخوردار شوند. البته مشکلات جمعیت معلولین طیف وسیعی را از نقص های جزئی تا معلولیت های شدید شامل می شوند. در میان گروه های مختلف معلولین، معلولین ذهنی که تقریباً بیست و هفت درصد از جمعیت معلولین را تشکیل می دهند، شرایط به مراتب دشوار تری را نسبت به سایرین تجربه می کنند. افراد این گروه که ممکن است دچار معلولیت های شدید جسمی نیز باشند به سبب ناتوانایی های نیاز به حمایت بیشتری دارند.

در طول تاریخ برخورد جوامع با عقب مانده های ذهنی ترکیبی از بی رحمی و بی تفاوتی بوده است و این در حالی است که بر اساس قوانین حمایت از حقوق معلولین، افراد معلول نیز از حقوق اجتماعی برابر با انسان های عادی و سالم جامعه داشته و باید شرایطی فراهم شود که وی بتواند بدون کمک دیگران و به صورت مستقل در اجتماع حضور پیدا کرده و به فعالیت و مشارکت در امور مختلف بپردازد. امروزه باز گرداندن فرد معلول به جامعه از اهداف اصلی برنامه های توانبخشی سازمان بهداشت جهانی است. برای اینکه فرد معلول بتواند به عنوان عضوی فعال در جامعه حضور داشته باشد باید تحت برنامه های ویژه آموزشی، درمانی و توانبخشی قرار بگیرد و توانایی های لازم برای ایفای نقش خود در جامعه را بدست بیاورد. این خدمات در انواع مختلف مراکز توانبخشی ویژه این معلولین ارائه می شود مانند مراکز مشاوره، مراکز توانبخشی روزانه و مراکز توانبخشی شبانه روزی.

سازمان بهزیستی بر اساس مطالعات انجام شده در مورد جمعیت افراد کم توان ذهنی در استان چهار محال و بختیاری و بادر نظر گرفتن ظرفیت مراکزی که در حال حاضر به این افراد خدمات ارائه می دهند، تاسیس مرکزی با ظرفیت نگهداری دویست فرد معلول را در شهر کرد مورد نیاز میدانند. پیش بینی شده که سی نفر از معلولین این مرکز از دسته معلولین ذهنی ایزوله یا عمیق، سی نفر معلول ذهنی تربیت پذیر و چهل نفر معلول ذهنی آموزش پذیر باشند. بر اساس برنامه این سازمان در این مرکز علاوه بر نگهداری دائم دویست نفر از معلولین، به افراد معلولی که توسط خانواده های خود نگهداری می شوند نیز خدمات آموزشی و درمانی ارائه می شود.

به این ترتیب این مرکز توانبخشی شامل بخش های مختلف درمانی آموزشی و خدماتی بدین

شرح می باشد:

بخش خوابگاهی ، با ظرفیت دویست کودک معلول ذهنی
بخش آموزش شامل کلاس های آموزشی کودکان آموزش پذیر و کار گاه های آموزشی سبک و
سنگین کودکان تربیت پذیر
بخش درمان و توان بخشی شامل کلینیک، مشاوره، اورژانس و توانبخشی
همچنین در این مرکز فضاهای فرهنگی اداری و خدماتی نیز در نظر گرفته شده است.

برای گردآوری اطلاعات لازم در این زمینه از مطالعات میدانی (بازدید از مراکز توان بخشی و
گفتگو با مسئولان این مراکز و دریافت نظرات آنان) و مطالعات کتابخانه ای استفاده شد و اطلاعات
گرد آوری شده در بخش اول این رساله در سه قسمت شناخت معلولیت ، شناخت توانبخشی و
شناخت سایت ارایه شده است. در بخش دوم به معرفی تعدادی از مراکز توانبخشی مطالعه شده
پرداخته شد. همچنین چند نمونه که به لحاظ فرم و سازه بررسی شده بود در این بخش آورده شده
است. در مرحله برنامه ریزی ابتدا مبانی تدوین برنامه فیزیکی طرح معرفی شده و سپس جدول
برنامه کالبدی طرح ارایه شده است.

در بخش آخر نیز ابتدا به بیان اهداف و احکام پروژه پرداخته شده و سپس آلترناتیو های
مختلف پیشنهادی آورده شده و در نهایت نیز مراحل پردازش آلترناتیو بهینه و مدارک طرح نهایی
ارائه شده است.

شناخت

شناخت معلولیت

شناخت توانبخشی

شناخت سایت

۱-۱- معلولیت^۱

در جوامع مختلف افرادی که نمی توانند بنحوی مطلوب خود را بانمودها و تقاضاهای محیطی و فرهنگی خود سازگار نمایند، از نظر دیگران با عناوین و تعاریف خاصی مانند درمانده، ضعیف، ناتوان، عقب افتاده معلول، استثنایی و غیره... خوانده می شوند. البته عنوان کودکان استثنایی در جوامع مختلف با مفاهیم متفاوتی مورد استفاده قرار می گیرد. در امریکا 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 می شود. با قبول این تعریف یک کودک نابغه، نابینا، ناشنوا، عقب مانده ذهنی و نظایر آن همه استثنایی هستند.



در انگلستان لغت استثنایی را محدود به تیزهوشی میکنند و سایر کودکانی را که به عللی تحت حمایت و آموزش خاص هستند کودکان ویژه^۲ می گویند. 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 تکلم، ۵- کودکان ضعیف و حساسی که خیلی زود بیمار میشوند و احتیاج به مواظبت زیاد دارند^۳، 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 ضعف بینایی، ۱۰- کودکان ناشنوا، ۱۱- کودکان کم شنوا.

یازده گروه فوق را تحت عنوان کودکان معلول نیز مطالعه میکنند. لغت "Handicap" به معنی «مانع» است، مانعی که در مسابقات ایجاد میکنند تا جلو برد را بگیرد. کودکان معلول به علت داشتن موانع و اختلالات ذهنی، حرکتی، حسی، عاطفی و... از مسابقه زندگی عقب می مانند و نمی توانند

۱- میلانی فر، بهروز، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر قومس، ص ۱۹.

۲ - Special Children

۳ - Delicate

مانند دیگران رقابت کنند، در سنین بلوغ به جای هندی کپ از لغت "Disable" به معنی ناتوان استفاده میکنند. از نظر آموزشی به کودکی معلول یا ناتوان گفته می شود که در هر سال تحصیلی بیش از سه ماه به علت بیماری جسمانی، عاطفی و... عوارض حاصله از آن بطور دائمی یا دوره‌ای نتواند سرکلاس درس حاضر شود و در نتیجه از دروس عقب بماند و احتیاج به مدارس و آموزش ویژه داشته باشد.

۱-۱-۱- تعریف معلولیت

تاکنون تعاریف مختلفی برای واژه معلولیت ارائه شده که در هر یک به چند جنبه از معلولیت توجه شده است. از این میان تعاریف سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی جامع تر از سایر تعاریف میباشند.

سازمان ملل متحد^۱ معلولیت را اینگونه تعریف میکند: معلولیت عبارت است از وضعیت نامناسب فرد به علت نقص و ناتوانی به طوریکه این نقص یا ناتوانی مانع انجام دادن نقشی شود که با توجه به شرایط سنی، اجتماعی و فرهنگی وی طبیعی تلقی می شود.

از نظر سازمان بهداشت جهانی، واژه معلولیت مفهومی کلی است که سه بعد اصلی را پوشش

می دهد:

- مسائل مربوط به ساختار و عملکرد بدن
 - فعالیتهای فرد معلول
 - مشارکت معلول در جامعه
- این سازمان معلولان را در شش گروه طبقه بندی کرده است که عبارتند از:
- اشخاصی که مشکلات حرکتی دارند.
 - اشخاصی که مشکلات بینایی دارند
 - اشخاصی که مشکلات شنوایی و یا گفتاری دارند.
 - اشخاصی که مشکلات فراگیری دارند.
 - اشخاصی که رفتار نابهنجار دارند.
 - اشخاصی که مبتلا به صرع هستند.

۱-۱-۲- معلولیت ذهنی

با وجودی که تعاریف مختلفی از عقب ماندگی ذهنی توسط دست اندرکاران و متخصصان مختلف رشته های علوم انسانی و پزشکی ارائه گردیده است، اما تعریف دقیق و روشن عقب ماندگی ذهنی چندان ساده نیست، زیرا عقب ماندگی ذهنی یک پدیده تک بعدی یا بسیط نمی باشد، بلکه مجموعه ای از شرایط مرکب و پیچیده ذهنی است که با شرایط یکسان و به یک میزان و با علل مشابه و آثار همانند در همه افراد عقب مانده مختلف مشاهده نمی شود. در حال آنچه که مورد نظر غالب دست اندرکاران شناخت و تعلیم و تربیت و هدایت کودکان عقب مانده ذهنی می باشد، ارائه یک تعریف جامع از عقب ماندگی ذهنی و نمایان نمودن ویژگی های مربوط به تأخیر در رشد ذهنی و روانی و عاطفی و اجتماعی افراد عقب مانده است.

جامع ترین تعریفی که از عقب ماندگی ذهنی ارائه شده تعریفی است که از سوی انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا^۱ توسط "هیر" در سال ۱۹۵۹ ارائه و سپس در سال ۱۹۶۱ بشرح زیر تکمیل گردید:

عقب ماندگی ذهنی مربوط می شود به کنش پایین تر از حد متوسط عمومی هوش که در دوران رشد ظاهر شده و همراه با اختلالاتی در رفتار سازشی است. اختلال در رفتار سازشی یا انطباقی ممکن است در زمینه رشد یا بلوغ، در زمینه یادگیری و یا سازگاری اجتماعی بروز کند.

به بیان ساده می توان گفت که عقب ماندگان ذهنی افرادی هستند که بعلت وقفه یا کمبود رشد ذهنی در شرایط عادی قادر به استفاده مطلوب از برنامه های معمولی آموزش و پرورش، سازگاری اجتماعی و تطبیق با محیط نمی باشند. این افراد بدلیل عقب ماندگی هوشی از درک معانی و مفاهیم و از قدرت استدلال و قضاوت صحیح و از توانائی دقت و یادگیری به درجات مختلف محرومند. نارسائی و ناهنجاری در رشد زبانی (گویائی)، اختلالات حسی و حرکتی و احیاناً نقیصه عضوی نیز ممکن است در عقب مانده ذهنی وجود داشته باشد. همچنین اختلالات بدنی و روانی و رفتارهای سازش ناپافته نیز ممکن است همراه کند ذهنی در فرد معلول مشاهده شود.

۱-۱-۳- دسته بندی معلولین ذهنی

برای سهولت بیشتر در مطالعه احوال عقب ماندگان ذهنی و طرح و برنامه ریزی مناسب آموزشی و باز پروری، پزشکان، روانپزشکان و دست اندرکاران تعلیم و تربیت، هر یک از دیدگاه خود به تقسیم بندی معلولین ذهنی پرداخته اند که در ادامه مختصراً به این تقسیم بندی ها اشاره خواهد شد.



۱-۱-۳-۱- طبقه بندی از دیدگاه روانشناسی^۱

روانشناسان تقسیم بندی خود را بر اساس درجه هوش و مقدار اختلافی که بین سن عقلی و تقویمی فرد وجود دارد پایه گذاری کرده و عقب ماندگان ذهنی را به چهار گروه تقسیم نموده اند:

۱- گروه عقب مانده های عمیق:

هوشبهر این افراد حداکثر به ۲۵ میرسد و ۱ تا ۲ درصد عقب مانده ها را تشکیل می دهند که به شدیدترین درجات نارسایی فعالیت های ذهنی دچارند. تواناییها و فعالیت های ذهنی آنان در هر سنی که باشند از یک کودک سه ساله تجاوز نمی کند.

۲- گروه عقب مانده های شدید:

هوشبهر افراد این دسته بین ۲۵ تا ۴۰ می باشد و تواناییهای آنها در سنین مختلف شبیه کودکان ۴ تا ۵ ساله است ولی هرگز در رفتار، گفتار و کردار به یک کودک عادی ۵ ساله نمی رسند. این کودکان به طور متوسط ۳ تا ۴ درصد کودکان عقب مانده را تشکیل می دهند.

۳- گروه عقب مانده های متوسط:

در این افراد نارسایی فعالیت های ذهنی کمتر از دو گروه پیشین است. هوشبهر آنها بین ۴۰ تا ۵۰ است. در این افراد استعداد های ذهنی به طور کلی ضعیف است.

۱- میلانی فر، بهروز، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر قومس، ص ۶۲-۵۷.

۴- گروه عقب مانده‌های خفیف یا کم استعداد:

هوشبهر آنها بین ۵۰ تا ۷۰ و از لحاظ عقل و ادراک و مهارت‌های عملی حداکثر به کودکان ۷ تا ۸ ساله میرسند. این افراد هم دارای ضعف قوای فکری هستند لذا قادر به قضاوت صحیح و استدلال مطلوب نیستند. از ابتکار، ابداع و انتقاد عاجزند، اگرچه به کندی می‌آموزند ولی در امور حرفه‌ای و عملی مهارت‌های خوبی نشان می‌دهند.

| عمیق | شدید | متوسط | خفیف | |
|---|---|--|--|---|
| عقب ماندگی کلی کارکرد جزئی در حوزه‌های حسی حرکتی نیاز به مراقبت‌های پرستاری | تحول حرکتی ضعیف، سخن گفتن جزئی، عموما قادر به بهره‌گیری از آموزش خودیاری نیست، مهارت‌های ارتباطی کم و یا فاقد چنین مهارت‌هایی است. | می‌تواند صحبت کند یا برقرار کردن ارتباط را فراگیرد، آگاهی اجتماعی ضعیف، تحول حرکتی متوسط، از آموزش خودیاری بهره می گیرد. با نظارت متوسط قابل کنترل خواهد بود. | می‌تواند مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی را کسب کند، دارای عقب ماندگی جزئی در حوزه- های حسی است، اغلب تا سالهای بعد قابل تشخیص نیستند. | پیش دبستانی (۵-۰ سال) |
| تحول حرکتی تا حدی وجود دارد، ممکن است به آموزش‌های خودیاری پاسخ‌های محدود یا جزئی بدهد. | می‌تواند صحبت کند یا ارتباط برقرار نماید، عادات اولیه بهداشتی را می‌توان به او یاد داد، از آموزش نظام یافته عادات بهره می گیرد. | می‌تواند از آموزش مهارت‌های شغلی و اجتماعی بهره گیرد، بالاتر از سطح دوم ابتدایی پیشرفت نخواهد داشت، می‌تواند به تنهایی به محل‌های آشنا رفت و آمد کند. | می‌تواند مهارت‌های تحصیلی تقریباً تا سطح کلاس پنجم ابتدایی را تا اواخر ۱۹ سالگی فراگیرد، می‌تواند به انطباق‌های اجتماعی دست یابد. | سن مدرسه سالهای ۶-۷، آموزش و تعلیم و تربیت |
| تحول حرکتی و سخن گفتن تا حدی وجود دارد، ممکن است به خود مراقبتی خیلی محدودی دست یابد، نیاز به مراقبت‌های پرستاری دارد. | در شرایط کاملاً نظارت شده ممکن است تا حدی قادر به محافظت از خود باشد، در محیط‌های کنترل شده می‌تواند مهارت‌های حفاظت از خود را در سطح جزئی و مفیدی کسب کند. | تحت شرایط حفاظت شده می‌تواند در کارهای نیمه مهارتی یا مهارتی انجام وظیفه کند، تحت فشارهای اجتماعی و اقتصادی خفیف نیاز به حمایت دارد. | معمولاً می‌تواند مهارت‌های شغلی و اجتماعی مناسب برای حداقل حمایت از خود به دست آورد، اما تحت فشار غیرمعمول اجتماعی یا اقتصادی نیاز به راهنمایی و کمک دارد. | بزرگسالی، ۱۱ سالگی به بالا، کلیات شغلی و اجتماعی |

۱-۱-۳-۲- طبقه بندی از جنبه آموزشی، تربیتی، درمانی^۱

از نظر آموزشی به کودکی عقب مانده گفته می شود که به علت استعدادهای محدود به روشهای خاص آموزشی و درمانی نیاز داشته باشد. فرآیند آموزشی درمانی عبارت از مجموعه اصول آموزش روانشناسی و پزشکی است که بتواند معلولین جسمانی یا ذهنی را تا حد امکان به عضو مفید جامعه تبدیل کند.

عقب مانده‌ها را از نظر آموزشی، تربیتی و درمانی به چهار گروه تقسیم مینمایند:

۱- گروه کودکان و دانش آموزان دیر آموز:

این گروه اغلب از نظر تحصیلی ضعیف بوده اما معمولاً از نظر جسمانی، حسی حرکتی، عاطفی و اجتماعی و... با دیگر همکلاسان خود در مدارس عادی تفاوت چندانی ندارند این گروه حدود ۲ درصد از کودکان را تشکیل می دهند.

۲- گروه کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر:^۲

این گروه نیز حدود ۲ درصد از کودکان را تشکیل می دهند و قادر به فراگیری حداقل از اطلاعات عمومی و درسهای رسمی مدرسه بوده و حداکثر تا پایان دوره ابتدائی پیشرفت خواهند داشت این کودکان عموماً علائم جسمانی و بالینی خاصی ندارند و بسیاری از آنان تا سنین مدرسه به عقب مانده بودنشان پی برده نمی شود. عقب ماندگان خفیف در راه رفتن و صحبت کردن دارای کندی محسوس هستند، این افراد از سازگاری اجتماعی نسبی برخوردارند و می توانند بطور مستقل زندگی کنند.

۳- گروه کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر:^۳

عموماً دارای علائم بالینی مشخصی هستند که به سهولت قابل تشخیص و مشاهده می باشند و از همان ابتدا در راه رفتن و حرف زدن و دیگر مهارتهای کلامی و بدنی بصورت قابل توجهی دچار ضعف و کندی محسوس هستند. اما چهره آنها تقریباً حالت عادی دارد. توانائی انتزاعی این گروه بسیار پایین است و سازگاری اجتماعی گروه قبل را ندارند. می توانند مراقبت های بهداشتی

۱- میلانی فر، بهروز، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر قومس، ص ۱۲۱-۱۱۷.

۱ - Educable

۳ - Trainable

وامور شخصی خود را بعهدہ بگیرند ولی توانائی درک حق و حقوق خود را ندارند و براحتی مورد سوء استفاده قرار می گیرند. این کودکان قادر به ادامه زندگی بطور مستقل نبوده و خودکفائی اجتماعی و اقتصادی لازم را بدست نمی آورند. بنابراین باید برای اداره امور زندگی خود از نزدیک تحت نظارت و مراقبت باشند از این کودکان انتظاری در تحصیل آموزشهای رسمی و مهارتهای شغلی پیچیده نیست. هنگامی که کودکان همسن آنها وارد کلاس اول دبستان می شوند، آنها از نظر هوشی مانند بچه های ۱/۵ تا ۳/۵ ساله هستند. آنان قادر به فراگیری انجام امور شخصی از قبیل لباس پوشیدن، غذا خوردن، مسواک زدن، نظافت شخصی و غیره هستند. رفتار مناسب و مطلوب در خانه و همسایگی و برقراری ارتباط با خانواده و نزدیکان را می آموزند. در منزل یا در مدارس و موسسات شبانه روزی و یا در کارگاههای حمایت شده، از نظر اقتصادی مفید واقع شوند، و با کسب تجارب شغلی در حد ساده و انجام کارهای عملی حداقل درآمدی برای خود داشته باشند.

بطور کلی ۳۰ درصد جمعیت عقب ماندگان تربیت پذیر را افراد منگول (سندرم داون) تشکیل می دهند و حدود ۵۰ درصد کل این افراد به درجات مختلفی دارای ضایعات مغزی هستند. این گروه حدود ۳ درصد کل جامعه را تشکیل می دهند. یعنی در کشور ۷۰ میلیونی ما حدود ۲۱۰ هزار نفر از این افراد وجود دارد.

۴- گروه عقب مانده حمایت پذیر^۱ (کاملاً متکی) یا عقب ماندگان ایزوله:

افراد این گروه بعلت عقب ماندگی شدید ذهنی و بدنی قادر به یادگیری و تربیت پذیری، در امر خودیاری و انطباق با محیط و سازگاری اجتماعی نمی باشند، در اصطلاح روانشناسی "کانا" خوانده می شوند و در حدود ۳ تا ۵ درصد از کل عقب ماندگان را تشکیل می دهند. در اغلب کودکان این گروه معلولیت های جسمی و علائم کلینیکی مانند هیدروسفالی (بزرگی جمجمه)، میکروسفالی (کوچکی جمجمه) و ماکروسفالی (بزرگی غیرعادی جمجمه بدلیل رشد غیر متعادل سلولهای مغزی) دیده می شود.

معمولاً در این گروه دو دسته مشخص دیده می شوند. نخست آنانکه هیچگونه هوش و فعالیت ذهنی ندارند و در واقع یک زندگی نباتی را دنبال می کنند. این افراد اکثر اوقات را در بستر می گذرانند و تنها نیاز آنان تغذیه و رعایت بهداشت و نظافت ایشان است. دسته دوم فعالتر هستند، بعضاً نام خود را می آموزند و گاهی حتی تکلم را در حد بسیار ابتدائی فرا می گیرند برای این گونه

کودکان فعالیتهای بازی گونه، صدا، رنگ، نور و گردش در هوای آزاد می تواند جاذبه فراوانی داشته باشد.

به هر صورت باید در نظر داشت که در کودکان عقب مانده پناهگاهی ادراک در سطح پایینی باقی می ماند و از آنجا که قدرت تخیل و تصور در این افراد وجود ندارد یا بسیار اندک است، توانائی تعمیم و تداعی آنان نیز بسیار نازل می باشد و از قدرت تمییز و قضاوت تقریباً برخوردار نیستند. همچنین فاقد قدرت تمرکز حواس می باشند و حافظه در آنان وجود ندارد یا بسیار ضعیف است. توانائی ذهنی ایشان در نهایت در حد یک کودک سه ساله باقی می ماند. بدلیل لزوم مراقبتهای ویژه و تغذیه خاص نگهداری این کودکان در خانه تقریباً غیر ممکن است. همچنین وجود آنان در محیط خانواده گاهی به بهداشت روانی والدین و کودکان دیگر لطمه وارد می سازد و از این رو نگهداری ایشان در مراکز ویژه شبانه روزی مناسبتر است.

۱-۱-۳-۳- طبقه بندی از جنبه پزشکی^۱

پزشکان با لحاظ نمودن عوامل یا بیماریهای که باعث کم توانی ذهنی می شوند و همچنین زمان بروز این عوامل و بیماریها به عنوان ملاک تقسیم بندی، عقب ماندگی را به ۴ دسته به شرح ذیل تقسیم می کنند:

۱- عقب ماندگی به علت عوامل ارثی: عوامل ارثی که باعث عقب ماندگی می گردند شامل اختلالات مختلفی در کروموزمها و اختلالاتی در سوخت و ساز مواد سه گانه میباشند.

۲- عقب ماندگی به علت اتفاقات دوران بارداری.

۳- عقب ماندگی به علت حوادث زایمانی و دوران بعد از تولد.

۴- عقب ماندگی به علت عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی.

۱- میلانی فر، بهروز، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر قومس، ص ۶۳.

۱-۱-۴- ویژگیهای معلولین ذهنی^۱

اولین ویژگی کم توانی ذهنی، پایین بودن بهره هوشی است. در اینجا هوش به عنوان توانایی کسب اطلاعات، به خاطر سپردن و استفاده درست از اطلاعات کسب شده تعریف می شود. کم توانان ذهنی نمی توانند در سطح دوستان و همسالان خود فراگیری داشته باشند. این کودکان، از طریق آموزشهای همراه با اشیا و وسایل حقیقی و ملموس، فراگیری بیشتری از خود نشان می دهند، تا مطالب شفاهی و تئوری و معمولاً هوش، با یادگیری و توانایی استفاده از اطلاعات کسب شده ارتباط دارد. کودکان دارای مشکلات ذهنی، از نظر سرعت یادگیری آهسته تر مطالب را فرا می گیرند و در استفاده از اطلاعات و تعمیم آنها محدودیت دارند. هنگام یادگیری، در تمرکز روی محرک مربوطه، استراتژیهای تکرار که با به خاطر سپردن مطالب در رابطه است و استفاده از نشانه‌ها و محرکهای محیطی برای یادگیری، مشکل دارند.

این افراد از نظر مهارت‌های تطبیقی یا سازشی (توانایی اشخاص در خود کفا بودن و ارتباط با دیگران) دارای محدودیت هستند. از نظر آموزش و پرورش یا علوم تربیتی، رفتارهای تطبیقی به معنی توانایی و اجرای مهارت‌هایی است که در کلاس و فعالیتهای روزانه مدرسه یاد گرفته می شود. بچه‌هایی که کم توانی ذهنی دارند، از نظر توجه و دقت، یادگیری مهارت‌ها، مرتب کردن یا برنامه‌ریزی، سوال کردن، دنبال کردن جهت اشیا، نگه داشتن وسایل مدرسه و زیر نظر داشتن وقت مورد استفاده دچار کمبود هستند، از نظر ارتباط با دوستان و همکاری با آنها، ادراک اجتماعی، واکنش نسبت به محرک‌ها و نشانه‌های اجتماعی، استفاده صحیح از زبان و واکنش درست نسبت به معلم نیز ضعیف هستند. ارتباط برقرار کردن، جهت یابی، بیان نظریه‌های خود، گوش کردن، مهارت‌های مواظبت از خویش (خودیاری) و خودکفا بودن مانند لباس پوشیدن، مسواک زدن، شستشو، نگه داشتن وسایل شخصی خود، برای این کودکان مشکل است. ضعف در رشد عاطفی، باعث کناره‌گیری آنها از کار و تجربیات اجتماعی می شود و به صورت کند بودن، شکایت زیاد از مریض بودن، خشونت در شرایط فشار، به هم ریختن کلاس و یا کناره‌گیری اجتماعی ظاهر می شود.

یکی دیگر از ویژگیهای این کودکان، تاخیر در رشد زبان و سخن گفتن آنهاست. مهمترین مشکلات گفتاری آنها لکنت زبان، ضعف در تولید صدا و شمرده صحبت کردن می باشد. مشکلات زبانی بیشتر به خاطر تاخیر رشد زبان است تا استفاده نادرست از کلمات. شدت کم توانی ذهنی با

۱- کودکان استثنایی (خانواده و مشاوره)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ص ۸-۷.