



راهبردهای آموزش و پرورش کودکان کم‌توان ذهنی

(رشته روان‌شناسی)

ثریا اسلام‌دوست

بسم الله الرحمن الرحيم

پیشگفتار ناشر

کتاب‌های دانشگاه پیام نور حسب مورد و با توجه به شرایط مختلف یک درس در یک یا چند رشته دانشگاهی، به صورت کتاب درسی، متن آزمایشگاهی، فرادرسی، و کمک‌درسی چاپ می‌شوند.

کتاب درسی ثمره کوشش‌های علمی صاحب اثر است که براساس نیازهای درسی دانشجویان و سرفصل‌های مصوب تهیه و پس از داوری علمی، طراحی آموزشی، و ویرایش علمی در گروه‌های علمی و آموزشی، به چاپ می‌رسد. پس از چاپ ویرایش اول اثر، با نظرخواهی‌ها و داوری علمی مجدد و با دریافت نظرهای اصلاحی و متناسب با پیشرفت علوم و فناوری، صاحب اثر در کتاب تجدیدنظر می‌کند و ویرایش جدید کتاب با اعمال ویرایش زبانی و صوری جدید چاپ می‌شود.

متن آزمایشگاهی (م) راهنمایی است که دانشجویان با استفاده از آن و کمک استاد، کارهای عملی و آزمایشگاهی را انجام می‌دهند.

کتاب‌های فرادرسی (ف) و **کمک‌درسی** (ک) به منظور غنی‌تر کردن منابع درسی دانشگاهی تهیه و بر روی لوح فشرده تکثیر می‌شوند و یا در وبگاه دانشگاه قرار می‌گیرند.

مدیریت تولید مواد و تجهیزات آموزشی

فهرست

۱	فصل اول: تاریخچه کم توان ذهنی و طبقه بندی آن
۱	- مقدمه
۲	- تاریخچه
۵	- اهمیت موضوع کم توان ذهنی از نظر اقتصادی و بهداشت روانی
۵	- ملاک های مختلف طبقه بندی کودکان کم توان ذهنی
۵	الف) طبقه بندی طبق درجه کم هوشی
۶	- کودکان کانا یا نقص ذهنی عمیق
۶	- کودکان کالو یا نقص ذهنی متوسط
۶	- کودکان کودن یا نقص ذهنی خفیف
۷	- کودکان مرزی
۷	- کودکان عادی - ضعیف
۸	ب) طبقه بندی براساس کم توان ذهنی (سبب شناسی)
۸	ج) طبقه بندی براساس انواع بالینی (مشخصات بالینی)
۹	د) طبقه بندی آموزشی
۱۰	- کودکان دارای نقص ذهنی
۱۳	- کودکان کم توان ذهنی
۱۵	- کودکان دیرآموز
	فصل دوم: بیماری های ارثی و کروموزومی
۱۷	- نشانگان آپرت
۲۰	- نشانگان ادواردز

۲۳	- نشانگان هانتر
۲۷	- سندرم اسپرگر
۳۱	- سندرم صدای گربه
۳۵	- سندرم اسکروز توبروز (اپی لوئیا)
۳۹	- سندرم الکلی جنینی
۴۲	- سندرم زالی
۴۵	- سندرم گالاکتوزومی
۴۸	- سندرم ترنر
۵۲	- تالاسمی
۵۴	- نام‌های دیگر بیماری تای ساکس
۵۶	- سندرم آنجلمن
۵۹	- هموفیلی
۶۲	- سندرم X شکننده
۶۴	- فنیل کتونوریا
۶۶	- سندرم هولر
۶۹	- سندرم کلاین فلتر
۷۱	- بیماری لشنیهان
۷۳	- بیماری‌هایی با سبب‌شناسی چندگانه
۷۴	- میکروسفالی
۷۴	- ماکروسفالی
۷۴	- هیدروسفالی
۷۶	- مگالونسفالی
۷۶	- اشکال سندرم داون
۷۷	- تریزومی ۱۸ (سندرم ادوارد)

۷۹	فصل سوم: راهبردهای نشانه‌دهی ادراکی
۷۹	- چشم‌اندازهای نظری
۸۱	- دیدگاه‌های سنجش
۸۳	- راهبردهای نشانه‌دهی ادراکی
۸۳	- نشانه‌دهی برای دقت
۸۴	- نشانه‌دهی برای ادراک
۸۵	- نشانه‌دهی برای عملکرد حرکتی

- ۸۶ - نشانه‌دهی برای حافظه
- ۹۰ - نشانه‌دهی برای درک و فهم

فصل چهارم: راهبردهای هدایت‌کننده زبان

- ۹۴ - جنبه‌های نظری
- ۹۷ - هدایت ادراک از طریق زبان
- ۱۰۱ - هدایت رفتار از طریق نشانه زبان
- ۱۱۲ - به‌کار بردن راهبرد راه‌حل

فصل پنجم: راهبردهای خواندن

- ۱۱۶ - چشم‌اندازهای نظری
- ۱۱۷ - سنجش راهبردهای خواندن
- ۱۲۲ - راهبردهای لازم برای آموزش و تدریس خواندن
- ۱۲۳ - انتخاب مواد آموزشی خواندن
- ۱۲۴ - خواندن برای دانش‌آموزان
- ۱۳۲ - خواندن همراه با دانش‌آموزان
- ۱۴۲ - به دانش‌آموزان اجازه دهید تا خودشان بخوانند

فصل ششم: راهبردهای زبان نوشتاری

- ۱۵۷ - راهبردهای مؤثر در زبان نوشتاری، ساختن، خلق نویسنده
- ۱۶۲ - آموزش نوشتن رسمی
- ۱۶۲ - راهبردهای پیش‌نوشتاری
- ۱۶۳ - مهارت‌های پیش‌نوشتاری
- ۱۶۶ - راهبردهای نوشتن
- ۱۶۹ - راهبردهایی برای پیشرفت سازمان‌دهی مجله‌ها و پاراگراف‌ها
- ۱۷۱ - راهبردهای نوشتن پاراگراف
- ۱۷۳ - راهبردهای سازمان‌دهی پاراگراف
- ۱۷۳ - راهبردهای انشاء
- ۱۷۶ - بازنویسی کردن
- ۱۷۶ - مهارت‌های بازنویسی
- ۱۷۸ - غلط‌گیری
- ۱۸۳ - راهبرد هجی کردن

- ۱۸۵ - کنترل اشتباهات هجی
- ۱۸۶ - دست خط
- ۱۸۷ - راهبردهای دست خط

فصل هفتم: فنون و راهبردهای مدیریت رفتار

- ۱۹۱ - چشم اندازهای نظری و تاریخی
- ۱۹۲ - اصطلاح شناسی تغییر رفتار
- ۱۹۳ - شرطی شدن عاملی
- ۱۹۵ - افزایش رفتارهای مطلوب
- ۱۹۵ - تقویت مثبت
- ۱۹۷ - تقویت منفی
- ۱۹۸ - کاهش یا محو رفتارهای نامطلوب
- ۲۰۱ - عوامل محدود کننده اثربخشی رویکردهای رفتاری
- ۲۰۲ - نشانه دهی برای درک و فهم

فصل هشتم: راهبردهای تحول اجتماعی

- ۲۰۵ - مقدمه
- ۲۰۷ - ماهیت تحول اجتماعی
- ۲۰۷ - رفتارهای اجتماعی پیشرفته
- ۲۰۷ - تعیین کننده های تحول اجتماعی
- ۲۰۹ - چشم اندازهای نظری برای تبیین تحول اجتماعی
- ۲۱۰ - نظریه های یادگیری معاصر
- ۲۱۰ - نظریه های تحولی
- ۲۱۱ - نظریه روانی اجتماعی اریکسون - نظریه تحول اخلاقی پیازه
- ۲۱۲ - نظریه قضاوت اخلاقی کلبگ
- ۲۱۲ - رابطه بین همدلی و پذیرش دیدگاه و تحول اجتماعی
- ۲۱۳ - راهبردهای کلی
- ۲۱۴ - راهبردهای معلم
- ۲۱۶ - راهبردهای دانش آموز
- ۲۱۷ - تکنیک خودآموزی

۲۱۹	فصل نهم: معرفی حمایت‌ها و سرویس‌ها برای بزرگسالان کم‌توان ذهنی در ایالات متحده
۲۱۹	- نیازهای آموزشی در بزرگسالی
۲۲۰	- بزرگسالان با کم‌توانی ذهنی
۲۲۰	- مهارت‌های زندگی روزانه
۲۲۱	- بزرگسالان با ناتوانی ذهنی شدید و خفیف
۲۲۳	- اهداف کلی آموزش
۲۲۴	- آموزش مهارت‌های اجتماعی
۲۲۴	- برنامه‌های آموزش مهارت اجتماعی
۲۲۷	- گسترش دوستی با افراد سالم
۲۲۸	- دوستی بین افراد دارای اختلال
۲۲۸	- یادگیری رابطه متقابل در ازدواج
۲۳۰	- خدمات روزانه شغلی و اهمیت کار
۲۳۰	- توانایی شغلی در افراد کم‌توان ذهنی
۲۳۱	- فعالیت روزانه
۲۳۱	- فعالیت کاری
۲۳۱	- اشتغال مخصوص معلولین
۲۳۲	- اشتغال دایمی حرفه‌ای
۲۳۲	- اشتغال حمایت شده
۲۳۳	- استقرار شغل مزدی
۲۳۵	- خدمات رفاهی و تفریحی
۲۳۵	- سنجش معیارهای سبک زندگی
۲۳۶	- تأثیرات آموزش جنسی
۲۳۷	- آموزش تفریح و اهمیت کلی آن
۲۴۰	- خدمات غیرآموزشی
۲۴۰	- المپیک‌های خاص
۲۴۱	- خدمات حمایت خانواده
۲۴۲	- ماهیت طبقه‌بندی‌های خاص معلولیت‌ها و اختلالات
۲۴۳	- ابزارهای سنجش و روش‌های آن
۲۴۴	- کودکان چگونه یاد می‌گیرند؟
۲۴۴	- مسائل سیاسی و فلسفی
۲۴۵	- آموزش راهبرد یادگیری
۲۴۸	- فعالیت‌های تفریحی دلخواه

فصل دهم: خدمات سکونتی - جمعیت مؤسسه‌ای در ایالات متحده

- زندگی اجتماعی و کفایت رفتاری

- اختیار افراد برای انتخاب مسکن‌های نوعی جامعه محور

- خانه‌های گروهی

- خانه‌های مراقبتی

- بزرگسالان ساکن در جامعه

- سندرم داون

- سالخوردگان، نیازها

- خدمات حمایتی خانواده

- سالخوردگان دارای ناتوانی ذهنی

- سالخورده کم‌توان ذهنی چه کسی است؟

- سالخورده مبتلا به سندرم داون

- برنامه‌های بازنشستگی

- آموزش مرگ

- مراقبت سالخورده

فصل اول

تاریخچه کم‌توان ذهنی و طبقه‌بندی آن

مقدمه

تاریخ گذشته نشان می‌دهد که وظیفه آموزش و پرورش کودک کم‌توان ذهنی به‌عهده خانواده او و یا مؤسسات خصوصی بوده است، ولی امروزه به‌عنوان یک وظیفه مدرسه پذیرفته شده است. بعد از آن که قوانین آموزش اجباری در اواخر قرن نوزدهم (در امریکا) به تصویب رسید، مدارس شاهد حضور روزافزون کودکان کم‌توان ذهنی شدند. چون بسیاری از این کودکان به‌قدری ناتوانی داشتند که نمی‌توانستند از برنامه مدرسه عادی بهره لازم را ببرند، آموزگاران و مدیران و سایر افرادی که دست‌اندرکار آموزش و پرورش در مدارس دولتی بودند، متوجه شدند که نوعی تسهیلات ویژه لازم است تا بتوان با این مشکل مقابله کرد. در این رابطه بود که آموزش کودکانی که سرعت یادگیری‌شان به‌اندازه کودکان عادی نبود به‌عنوان بخشی از مسئولیت‌های جامعه و دولت شناخته شد. چون کودکان کم‌توان ذهنی نمی‌توانستند از تدریسی که در کلاس‌های عادی می‌شد بهره کافی ببرند، ارائه آن‌گونه تدریس که مناسب حال آنان باشد، ضروری به‌نظر رسید. در نتیجه، اولین کلاس‌های ویژه برای کودکان کم‌توان ذهنی در اوایل قرن حاضر تشکیل شد و به‌دنبال آن کلاس‌های ویژه مدارس دولتی به‌پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای دست یافتند.

تنها طی ۵۰ سال بعد، حدود یکصد هزار کودک کم‌توان ذهنی در کلاس درس سرگرم تحصیل شدند و در حال حاضر دلیلی در دست نیست که تصور کنیم این

پیشرفت متوقف شده باشد. آموزش و پرورش کودکان کم‌توان ذهنی با استفاده از روش‌های مناسب هم برای فرد و هم جامعه ارزشمند بوده است. کودکان کم‌توان ذهنی در سایه یک برنامه آموزشی که مطابق نیازها و استعدادهای آن‌ها تعدیل شده باشد، می‌توانند، ۱- زندگی کامل‌تر و از نظر شخصی رضایت بخش‌تری را بگذرانند، ۲- شناخت بهتری از مسایل خود به‌دست آورده و سازگاری بیشتری نسبت به آن‌ها از خود نشان دهند، ۳- از نظر اجتماعی پیشرفت کنند، ۴- و از نظر اقتصادی استقلال بیشتری کسب نمایند. آموزش دادن کودکان کم‌توان ذهنی هم از نظر دولت و هم از نظر جامعه کاری است مقرون به‌صرفه. هزینه‌هایی که دولت برای تهیه برنامه‌های آموزشی ویژه این کودکان متحمل می‌شود تا بتوانند در آینده به‌طور کامل یا به‌طور نسبی از خود مراقبت نمایند، کم‌تر از مبالغی است که برای نگهداری آن‌ها در مؤسسات یا انجمن‌های دولتی ویژه کودکان کم‌توان ذهنی یا بزهکاران اختصاص داده می‌شود.

از یک قرن و نیم پیش کوشش‌هایی برای آموزش و پرورش کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است. باوجود این، تحقیقات مدون بسیار اندکی در این زمینه وجود دارد. مطالب موجود درباره کودکان کم‌توان ذهنی از منابع علمی گوناگونی تهیه شده و به‌طور وسیعی در بسیاری از مجله‌ها پراکنده است. زیرا این کودکان مورد علاقه پزشکان، متخصصان آموزش و پرورش، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و سایر کسانی می‌باشند که در زمینه مربوطه کار می‌کنند (گره‌رت^۱، ۱۹۹۴).

تاریخچه: مؤلفان کتاب‌های خارجی اغلب پیشگامان شناخت و آموزش کودکان استثنایی را پزشکان اروپایی معرفی می‌کنند. برخی از مذاهب آسیایی و نیز دین زرتشت در ایران و پس از آن دین مبین اسلام از قرن‌ها قبل مردم را به داشتن رفتاری انسانی با کودکان کم‌توان ذهنی و کمک و رسیدگی به آنان تشویق و سفارش کرده‌اند. تا اوایل قرن نوزدهم کتاب یا فعالیت‌های پژوهشی قابل قبول و مدونی در زمینه عقب‌ماندگی‌های ذهنی یا اختلالات رفتاری به تحریر در نیامده و این دو مقوله از یکدیگر تفکیک نشده است. تا قبل از سال ۱۷۰۰ میلادی اگر خدماتی برای افراد استثنایی یا افرادی با نیازهای ویژه فراهم می‌شد، بیشتر از نوع حمایتی، مانند فراهم آوردن خانه و غذا و معمولاً نگهداری آنان در دیرها بود.

در قرن هیجدهم میلادی به سبب تغییرات انقلابی در اروپا و امریکا و نیز پیشرفت علم روان‌شناسی و به‌ویژه تفکر دوران رنسانس درباره فلسفه انسان‌گرایان، تغییر عمده‌ای در نگرش اجتماعی انسان‌ها درباره حقوق برابر تمام افراد به وجود آمد (اسمیت^۱، ۱۹۹۴) در اواخر قرن هیجدهم پزشک معروف فرانسوی به نام فیلیپ پنیل^۲، بنیان‌گذار روان‌پزشکی جدید، با برداشتن قُل و زنجیر از دست و پا و گردن بیماران روانی اولین قدم را در داشتن رفتار انسانی با آنان برداشت. او برخلاف تنبیه و شکنجه رایج آن زمان در درمان بیماران روانی و عقب‌ماندگان ذهنی به دلجویی و مهربانی با آنان پرداخت و برنامه‌های متنوع تفریحی برای آنان تدارک دید. روش فیلیپ پنیل بعدها به درمان اخلاقی مشهور شد. او در واقع زندان را به بیمارستان تبدیل کرد و بیماری‌های روانی را از کم‌توانی‌های ذهنی جدا ساخت.

هم‌زمان با پنیل پزشک دیگر فرانسوی به نام ژان ایتارد^۳ (۱۷۷۵-۱۸۳۵)، متخصص بیماری‌های گوش و مسئول آموزش دانش‌آموزان ناشنوا، کوشش داشت به پسر نوجوان دوازده ساله‌ای که در جنگل‌های آویرون فرانسه سرگردان بود، آموزش دهد. اگرچه ایتارد احساس می‌کرد تلاش‌هایش در آموزش «پژوهشی آویرون» که بعدها نامش را ویکتور نهادند، با شکست مواجه شده است، بعدها یکی از دانشجویان او به نام ادوارد سگن (۱۸۱۲-۱۸۸۰) یافته‌های وی را بیش از پیش افزایش داد تا آنجا که ایتارد به عنوان پیشرو کمک به کودکان و بزرگسالان با کم‌توانی ذهنی شناخته شد. سگن در سال ۱۸۴۸ به دلیل اغتشاشات سیاسی از اروپا به امریکا مهاجرت کرد. کوشش‌های او برای فراهم کردن وسایل تربیت کودکان کم‌توان ذهنی باعث رشد و توسعه این زمینه شد (کرک، گالاگر و آناستازو، ۱۹۹۶).

دانشمند دیگری که در فراهم ساختن خدمات برای افراد کم‌توان ذهنی به‌ویژه ایجاد تسهیلات پناهگاهی برای درمان فراگیر آنان نقش به‌سزایی داشته است، جان گاگن بول^۴ (۱۸۱۶-۱۸۶۳) است.

فرانسیس گالتن (۱۸۶۹) عقاید داروین را درباره تکامل انسان گسترش داد و به

1. Smith
2. Philippe Pienl
3. Jean Itard
4. Guggenbull, J

این نتیجه رسید که ویژگی‌های انسان از طریق ژن^۱ به ارث می‌رسد. پس از آن آلفرد بینه (۱۹۰۵) با ساختن آزمون هوش^۲، امکان تشخیص شکل‌های خفیف‌تر کم‌توانی ذهنی را فراهم کرد (اسمیت، ۱۹۹۴).

در دهه ۱۹۳۰ برای رسیدگی به امور افراد کم‌توان ذهنی دو گرایش به وجود آمد: الف) حمایت از آنان به دلیل اهمیت سلامت عمومی جامعه.

ب) احساس مسئولیت انسان‌های سالم نسبت به افراد کم‌توان ذهنی. در همین ایام فولینگ^۳ (۱۹۳۴) فیزیک‌دان نروژی، عملکرد بیوشیمیایی اختلالات متابولیسم، مانند کتونوریا را شرح داد. در سال ۱۹۳۵ دال^۴ با ساختن «آزمون بلوغ اجتماعی واینلند»^۵ برای پژوهش‌گران امکان استفاده از اطلاعات تکمیلی رفتار و سطح عملکرد فرد در زندگی واقعی را فراهم آورد (اسمیت، ۱۹۹۴).

در سال‌های ۱۹۶۰-۱۹۷۰ پژوهش‌های متعددی درباره علل کم‌توانی ذهنی، روش‌های نگهداری افراد کم‌توان ذهنی و توان‌بخشی و آموزش آنان اجرا شد. تأسیس کلینیک‌های ویژه، ارائه خدمات اجتماعی و روش‌ها و تسهیلات نگهداری کودکان کم‌توان ذهنی توسعه یافت و اصل عادی‌سازی^۶ یا ادغام این کودکان و کودکان عادی به کار گرفته شد (اسمیت، ۱۹۹۴).

در ایران از سال ۱۳۴۸ با تأسیس دفتر برنامه‌ریزی آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تعلیم و تربیت این گروه زیر نظر وزارت آموزش و پرورش به‌طور رسمی آغاز شد، اما تا سال ۱۳۶۱ تقریباً هیچ‌گونه تغییر اساسی در آموزش افراد کم‌توان ذهنی انجام نشد. بعد از این تاریخ برای پاسخ‌گویی به نیاز مبرم آموزش خاص این گروه با استفاده از تجارب معلمان، تغییرات محسوسی در کتاب‌های درسی داده شد، چنان‌که برخی از کتاب‌ها با مطالب ویژه برای این گروه تدوین و چاپ گردید. در سال ۱۳۷۰ دفتر برنامه‌ریزی آموزش و پرورش کودکان استثنایی به سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی با اختیارات بیشتر تبدیل شد. (نادری، سیف نراقی، ۱۳۷۹).

1. Gene
2. Intelligence test
3. Folling
4. Doll, E
5. Vineland social maturity scale
6. Main storying

- اهمیت موضوع کم‌توان ذهنی از نظر اقتصادی و بهداشت روانی

همان‌طوری که می‌دانید بسیاری از ناراحتی‌های عصبی و روانی یا حتی عضوی اگر زودتر معالجه شوند با مخارج کم می‌شود از پیشرفت آن‌ها جلوگیری کرد و این امر درمورد کم‌توانی ذهنی نهایت اهمیت را دارد و به‌طوری که خواهید دید بخشی از کم‌توانی‌های ذهنی قابل‌پیشگیری هستند. درحال حاضر متأسفانه برای کم‌توانی‌های ذهنی مخصوصاً انواع عمیق و شدید معالجه‌ای وجود ندارد. این افراد به اصطلاح پناهگاهی، یا مصرف‌کننده که بازده اقتصادی ندارند موجب اتلاف سرمایه‌های بزرگ اقتصادی می‌شوند و بار بسیار سنگین به‌عهده اجتماع می‌گذارند.

بررسی خسارات مالی وارده از طرف کودکان کم‌توان ذهنی نشان می‌دهد که در کالیفرنیا این افراد سالیانه میلیون‌ها دلار به جامعه کالیفرنیا خسارت وارد می‌سازند. اگرچه اخیراً به‌کار گرفتن نیرو و توانایی این افراد در کارهای حرفه‌ای و کشاورزی عامل مؤثری برای ازدیاد سرمایه ملی درحد مفید و ثمربخش شده است ولی احتیاج مبرم به بیمارستان‌ها، پزشک، پرستار، مراکز درمانی و نگهداری و مدارس مخصوص و آموزش ویژه همگی یک مسئله اقتصادی است و به‌نظر می‌رسد بهترین راه جلوگیری از اتلاف سرمایه‌های اقتصادی و تباهی نیروی انسانی، جلوگیری از بروز کم‌توانی‌های ذهنی است. طبق گزارش دفتر همکاری ناتوانی ذهنی آمریکا در سال ۱۹۳۷ بخش بهداشت، آموزش و بهزیستی بودجه‌ای به مبلغ ۸۷۸/۹۵۱/۰۰۰ دلار در جهت برنامه‌های افراد کم‌توان ذهنی اختصاص داده است. به‌همین دلیل همه روزه راه جدیدی در توسعه بهداشت روانی کودکان کم‌توان ذهنی پیدا می‌شود.

- ملاک‌های مختلف طبقه‌بندی کودکان کم‌توان ذهنی

الف) طبقه‌بندی طبق درجه کم‌هوشی

کودکان کم‌هوش در درجه کم‌هوشی باهم تفاوت دارند. درنتیجه، یکی از طبقه‌بندی‌های معمول این کودکان، براساس درجه نقص آن‌ها درنظر گرفته شده است. تأکید این طبقه‌بندی روی تفاوت‌های کمی است نه کیفی، به این معنی که کودکان را براساس درجه کم‌هوشی آن‌ها از هم متمایز می‌کند و نه نوع آن‌ها. بدین‌منظور تقسیمات فرعی زیر به‌کار برده شده است:

- **کودکان کانا^۱ یا نقص ذهنی عمیق:** طبقه‌ای که بیش‌ترین میزان نقص ذهنی را از خود نشان می‌دهند به کانا مرسوم است. کودک کانا آن‌قدر از نظر عقلانی ضعیف است که صحبت کردن را نمی‌آموزد و برای برآوردن نیازهای بدنی خود معمولاً چیزی یاد نمی‌گیرند. این کودکان احتیاج به محافظت و سرپرستی کامل دارند، زیرا حتی نمی‌توان آن‌ها را برای انجام امور عادی و ساده زندگی روزانه خود تربیت کرد. این کودکان قدرت یادگیری آن را ندارند که بیاموزند بدون پشتیبانی دیگران درمقابل مخاطرات از جان خود محافظت کنند. کاناها معمولاً از افرادی طبقه‌بندی می‌شوند که طبق آزمون‌های روان‌شناسی هوش‌بهری از صفر تا ۲۰ یا ۲۵ دارند.

- **کودکان کالیو^۲ یا نقص ذهنی متوسط:** کالیو از نظر میزان هوش‌بهر بعد از کانا قرار دارند. یک فرد کالیو احتمالاً قدری توانایی زبان‌آموزی از خود بروز خواهد داد و برای برآوردن نیازهای بدنی خود تربیت‌پذیر خواهد بود و قدرت تربیت‌پذیری برای انجام عادات و امور روزانه را خواهد داشت، باوجود این، در سرتاسر زندگی، خواه در خانه و یا در مؤسسات و انجمن‌های حمایت کودکان، محتاج به نظارت و مراقبت خواهد داشت. شخص کالیو طبق آزمون‌های هوشی، هوش‌بهری بین ۲۰ یا ۲۵ و ۴۰ یا ۵۰ دارد.

معیارهایی که بنابر آن شخص به‌عنوان کالیو طبقه‌بندی می‌شود شامل این نیز هست که آیا وی در زمینه‌های شغلی و اجتماعی آموزش‌پذیر هست یا خیر. فرد کالیو در هنگام بزرگسالی نیز به‌علت نقص ذهنی قابل توجهی که دارد نیازمند به سرپرستی تمام عمر خود، متکی به پشتیبانی و سرپرستی دیگران باشد.

- **کودکان کودن^۳ یا نقص ذهنی خفیف:** اصطلاح Moron، به‌وسیله گادارد^۴ به‌کار برده شد. این اصطلاح در مورد کودک کم‌هوشی به‌کار برده می‌شود که هوشش از سطح هوش کالیو بالاتر است، مقداری آموزش‌پذیری نسبت به خواندن و نوشتن و ریاضیات دارد، در عادات روزانه به‌طور قابل ملاحظه‌ای تربیت‌پذیر است و در صلاحیت‌های اجتماعی و شغلی تا اندازه‌ای آموزش‌پذیری دارد.

تعداد زیادی از این کودکان در کلاس‌های ویژه کودکان کم‌توان ذهنی به تحصیل

1. Idiot
2. Imbecile
3. Moron
4. Goddard

مشغول‌اند و در بعضی مناطق آن‌ها را، حتی اگر آموزش‌پذیریشان در مقایسه با کودکان عادی پایین‌تر باشد، در کلاس‌های عادی می‌پذیرند. کودکان با نقص ذهنی خفیف به وسیله آزمون‌های هوش متداول مانند آزمون هوش بنیه آزمایش شده‌اند و دامنه تغییر هوش آنان بین ۵۰ و ۷۰ بوده است. این کودکان معمولاً می‌توانند بیاموزند که خود را با محیط اجتماعی خارج از مؤسسه تطبیق دهند و می‌توانند تاحدودی یا به‌طور کامل به‌خود متکی باشند، مشروط بر این‌که آموزش مناسبی در این باره دیده باشند و تاحدی تحت مراقبت قرار گیرند.

- **کودکان مرزی^۱:** طبقه بعدی در این طبقه‌بندی، شامل کودک مرزی یا کودکی می‌باشد که به دشواری می‌توان او را در طبقه عادی‌ها جای داد. بعضی از این کودکان را در کلاس‌های ویژه مدارس جای می‌دهند، حال آن‌که بقیه در کلاس‌های عادی به تحصیل می‌پردازند. این کودکان معمولاً از نظر یادگیری تا آن درجه ناتوانی عقب‌ماندگی دارند که در وفق دادن خود با مدرسه مشکلاتی ایجاد می‌کنند. طبق طبقه‌بندی اولیه ترمَن^۲، کودکان مرزی هوش‌به‌ری بین ۷۰ تا ۸۰ یا ۸۵ دارند.^۳

- **کودکان عادی - ضعیف^۴:** اصطلاح عادی ضعیف درباره کودکی به کار رفته که در پایین‌ترین حد دامنه تغییر کودکان عادی قرار گرفته است. چنین کودکی استعداد آن را دارد که در بیشتر فعالیت‌های مدرسه به‌جز مواد درسی دشوار و دقیق با اکثر کودکان رقابت بورزد. وی در این مواد درسی کمی از سطح عادی پایین‌تر است و به‌طور کلی وقتی در دوره ابتدایی با کودکان همسال خود مقایسه شود یک یا دو سال عقب‌تر است. این کودک گاهی دوره دبیرستان را با مشکلاتی می‌گذراند، ولی در بسیاری موارد پیش از آن‌که تحصیل خود را به اتمام رساند دبیرستان را ترک می‌کند.

باوجودی که طبقه‌بندی فوق‌الذکر تا حد نسبتاً زیادی گویای مطلب است، کودکان بسیاری وجود دارند که به سادگی نمی‌توان آن‌ها را در یک طبقه مشخص جای داد. از آنجا که هر کودک خصوصیات فردی خود را دارد، این طبقه‌بندی‌ها مشکل فوق‌العاده‌ای به‌وجود می‌آورد. بین هر گروه کودکانی هستند که در مرز قرار دارند.

1. Border line children

2. Terman

۳- در بعضی نوشته‌ها از ۷۵ تا ۹۰ و برخی ۸۰ تا ۹۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان آن‌ها را از ۷۵ تا ۹۵ محسوب نمود، م.

4. Dull - normal children

وقتی از طبقه‌بندی کمی^۱ استفاده می‌کنیم هر طبقه در طبقه دیگر قرار می‌گیرد. از آنجا که طبقات فوق گاهی با یک کودک خاص تطبیق نمی‌کند، کسانی که در زمینه نقص ذهنی کار می‌کنند به‌طور کلی از طبقه‌بندی این کودکان براساس درجه هوش راضی نیستند.

ب) طبقه‌بندی براساس علت کم‌توان ذهنی (سبب‌شناسی)

به دلایل متعدد از جمله به علت نارسایی طبقه‌بندی براساس درجه کم‌هوشی، کوششی به‌عمل آمد تا این کودکان را در طبقه‌بندی دیگری بر مبنای علت کم‌توانی ذهنی، گروه‌بندی کنند. بدین ترتیب طبقه‌بندی‌هایی مانند نقص ذهنی به دلیل توارث، نقص ذهنی به علت اختلالات جسمانی، نقص ذهنی به علت آسیب مغزی به‌وجود آمد، یا طبقه‌بندی‌هایی براساس نقص ذهنی برون‌زا (که علت نقص ذهنی را آسیب مغزی دانسته) و یا براساس نقص ذهنی درون‌زا (که نقص ذهنی را در نتیجه عوامل خانوادگی^۲ و گاهی مادرزادی دانسته است) پدیدار شد.

این موضوع در فصل بعد به‌طور مشروح‌تر مورد بحث قرار خواهد گرفت. در اینجا کافی است گفته شود که این طبقه‌بندی، اگرچه برای مقاصد بسیاری دارای ارزشی عظیم است، ولی در سازمان‌بندی آموزشی، کمک قابل‌توجهی به این کودکان نمی‌کند. هرچند ممکن است کودکی به علت آسیب‌دیدگی مغزی دارای نقص ذهنی شده باشد، ولی این نقص ممکن است شدید، متوسط یا سطحی باشد. کودکی که دارای آسیب‌دیدگی مغزی است و از نظر عقلی دارای نقص ذهنی متوسط می‌باشد، با کودکی که آسیب‌دیده مغزی است ولی صرفاً دارای نقص ذهنی خفیف یا تنها عادی ضعیف است، تفاوت زیادی دارد. گاهی اوقات برای امور آموزشی و تدریس مهم است که علت یا سبب نقص ذهنی را بدانیم. بنابراین طبقه‌بندی این کودکان براساس علت، به تنهایی برای سازمان دادن و تهیه کردن برنامه آموزشی کافی نیست.

ج) طبقه‌بندی براساس انواع بالینی (مشخصات بالینی)

اصطلاح «انواع بالینی» به آن دسته افراد دارای نقص ذهنی اطلاق می‌شود که «... علایم

تشریحی^۱، سیمایی^۲، یا مرضی^۳ مشخصی دارند که به‌خوبی معلوم است و می‌توان آن‌ها را در طبقات خاص جای داد^۴. حرفه پزشکی طبقه‌بندی را که بر مبنای تشخیص بالینی تهیه شده مورد تأکید قرار داده است و بسیاری از کتاب‌های پزشکی بخش عمده‌ای از مندرجات خود را به شرح انواع بالینی اختصاص داده‌اند. این موارد بالینی عبارت‌اند از: کرتین‌ها^۵ (افرادی دارای قدی کوتاه، سری بزرگ، پاهایی کلفت و بینی پهن)، مونگل‌ها^۶ (مغولی‌ها)، میکروسفال‌ها^۷ (افرادی دارای سری کوچک)، هیدروسفال‌ها^۸ (افرادی که سر بزرگ دارند)، افراد دارای فلج مغزی^۹ و مانند این‌ها. تشخیص این انواع بالینی براساس انحرافات جسمانی و نشانگان^{۱۰} (مجموعه‌ای از نشانه‌های بیماری) که در کودکان مشاهده شده انجام گردیده است.

طبقه‌بندی بر مبنای انواع بالینی از نقطه‌نظر تشخیص و پیش‌آگهی آموزشی بسیار مهم است، ولی از نظر فعالیت‌های آموزشی اهمیت کم‌تری دارد، زیرا انواع بالینی معدودی در مدرسه دیده می‌شوند و نیز به این دلیل که میزان آموزش‌پذیری کودکان در درجه اول اهمیت قرار دارد.

د) طبقه‌بندی آموزشی

مدارس دولتی، سازمان‌های رفاهی و به‌طور کلی جامعه، مسئول تهیه تدارکاتی برای کودکان کم‌هوش هستند. تهیه تدارکات برای این کودکان نیاز به نوعی برنامه‌ریزی دارد. نیاز به اقدامات اداری و همچنین فنون آموزشی دارد. به این علت لازم است که کودکان را نه تنها از نظر پزشکی و روان‌شناسی و اجتماعی، بلکه از نظر آموزشی نیز طبقه‌بندی کنند، این طبقه‌بندی تا اندازه‌ای بر طبق درجه کم‌توانی ذهنی تهیه شده است، نه علت آن.

طبقه‌بندی آموزشی تحت سه عنوان مطرح خواهد شد:

-
1. Anatomical
 2. Physiognomical
 3. Pathological
 4. Tredgold, A.F., A Textbook of Mental Deficiency, 6th Ed. Baltimore, William Wood and Co., 1937, p. 207.
 5. Cretins
 6. Mongoloids (Mongols)
 7. Microcephalics
 8. Hydrocephalics
 9. Cerebral palsied
 10. Syndrom