

چگونه به کودک خود خواندن بیاموزیم

نویسندگان

گلن درمن جاننت دومن

مترجم

فاطمه سادات حسینی



سرشناسه: دومن، گلن ج. J. Doman, Glenn
عنوان و نام پدیدآور: چگونه به کودک خود خواندن بیاموزیم/نویسنده گلن دومن، جانت دومن؛ مترجم فاطمه سادات حسینی؛ به سفارش موسسه رویش طلایی کوچولوها.
مشخصات نشر: تهران: رویش طلایی، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری: ۱۸۲ ص.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۳۱۳-۵-۳

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: عنوان اصلی: How to teach your baby to read: the gentle revolution.
یادداشت: کتاب حاضر با عنوان "به کودکان خود خواندن بیاموزید" در سال ۱۳۵۳ توسط انتشارات امیرکبیر به چاپ رسیده است.

عنوان دیگر: به کودکان خود خواندن بیاموزید.
موضوع: خواندن (ابتدایی) (Reading (Elementary)

موضوع: آموزش و پرورش دوران اولیه کودکی Early childhood education

شناسه افزوده: دومن، جانت، ۱۹۴۸ - M. Doman, Janet

شناسه افزوده: حسینی، فاطمه سادات، ۱۳۶۰ - مترجم

شناسه افزوده: موسسه رویش طلایی کوچولوها

رده بندی کنگره: LB۵۱۳/۱۱۳۰۹۹/خ

رده بندی دیویی: ۳۷۲/۴

شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۷۱۹۰۲

انتشارات رویش طلایی: ۲۶۷۰۳۶/۱

چگونه به کودک خود خواندن بیاموزیم

نویسندگان: گلن دومن، جانت دومن

مترجم: فاطمه سادات حسینی

به سفارش: موسسه رویش طلایی کوچولوها

صفحه آرا و طراح جلد: زهرا کرمی کغانی

نوبت چاپ: اول/ ۱۳۹۶

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۳۱۳-۵-۳

رایانامه: info@gfok.ir

سایت: www.gfok.ir

قیمت: ۱۰۰۰۰۰ ریال

فهرست

۹	پیشگفتار.....
۱۹	یادداشت تولد برای والدین.....
۲۱	فصل ۱: حقایق و تاملی.....
۳۱	فصل ۲: کودکان می خواهند خواندن بیاموزند.....
۴۳	فصل ۳: کودکان می توانند خواندن بیاموزند.....
۴۶	از تولد تا یک سالگی.....
۴۷	از یک تا پنج سالگی.....
۴۹	از پنج تا شش سالگی.....
۶۵	فصل ۴: کودکان خواندن می آموزند.....
۷۵	فصل ۵: کودکان باید خواندن بیاموزند.....
۸۵	فصل ۶: چه کسی مشکل دارد، کسانی که می خوانند یا کسانی که نمی خوانند؟.....
۹۹	فصل ۷: چگونه به کودکان خواندن بیاموزید.....
۱۰۰	اساس آموزش.....

از چه سنی شروع کنیم؟	۱۰۰
دیدگاه و روند کار والدین	۱۰۱
بهترین زمان برای آموزش	۱۰۲
بهترین مدت برای آموزش	۱۰۳
نحوه‌ی آموزش	۱۰۳
مطالب جدید	۱۰۴
برمانده‌ی و ثبات	۱۰۶
آماده‌ساری مطالب	۱۰۷
خلاصه: اصول آموزش خوب	۱۱۰
مسیر خواندن	۱۱۱
گام اول (کلمات مجزا)	۱۱۱
گام دوم (دوکلمه‌ای‌ها)	۱۲۴
گام سوم (عبارات)	۱۲۸
گام چهارم (جملات)	۱۳۲
گام پنجم (کتاب‌ها)	۱۳۶
خلاصه	۱۴۱
فصل ۸: سن مناسب برای شروع کار	۱۴۳
نوزاد	۱۴۴
شروع کار با یک کودک سه تا شش ماهه	۱۵۰
شروع کار با یک کودک هفت تا دوازده ماهه	۱۵۳
شروع کار با یک کودک دوازده تا هجده ماهه	۱۵۴
شروع کار با یک کودک هجده تا سی ماهه	۱۵۶
شروع کار با یک کودک سی ماهه تا چهل و هشت ماهه	۱۵۹

۱۶۱	 شروع کار با یک کودک چهل و هشت ماهه تا هفتاد و دو ماهه
۱۶۴	 آزمودن
۱۶۵	 امتحان چیست؟
۱۶۶	 فرصت‌های حل مسئله
۱۶۹	 خلاصه
۱۶۹	 راه حل‌ها
۱۷۱	 فصل ۹: در باب شادمانی

پیشگفتار

شروع یک تحقیق علمی یکی مانند سوار شدن به قطاری با مقصد نامعلوم است. این سفری پر از عجایب و بسیار پرجان انگیز است اما نمی‌دانیم که آیا کوپه‌ای اختصاصی خواهیم داشت یا در قسمت درجه سه سفر می‌کنیم. آیا قطار غذاخوری دارد یا نه. هزینه‌های سفر چقدر است و اینکه در آخر راه به مقصد مورد نظر می‌رسیم یا به جایی می‌رویم که هرگز تصور دیدنش را هرگز نمی‌کردیم. زمانی که اعضای گروه ما در ایستگاه‌های مختلف سوار این قطار شدند امیدوار بودیم مقصدمان درمان کودکان آسیب دیده مغزی باشد. هیچ کدام از ما فکر نمی‌کردیم اگر به این هدف برسیم در قطار باقی می‌مانیم تا به پایانی رسیدیم که کودکان آسیب دیده مغزی حتی از کودکان سالم هم بهتر شوند. سفر ما تا امروز نیم قرن طول کشیده است. خدمات در حد درجه سه ارائه شد و غذاخوری آن فقط ساندویچ سرو می‌کرد آن هم اغلب در حدود ساعت سه بعد از نیمه شب. همه‌ی هستی‌مان را صرف این سفر کردیم و برخی از افراد گروه ما در میانه سفر جان سپردند. هیچ کدام از ما نمی‌خواستیم این سفر را با چیز دیگری در دنیا

عوض کنیم. این سفر بسیار شگفت انگیز بود.

فهرست اصلی مسافران عبارت بود از یک جراح مغز و اعصاب، یک تن درمانگر، یک گفتاردرمانگر، یک روانشناس، یک مربی و یک پرستار. حالا ما بیش از صد نفر هستیم که تخصص‌های دیگری داریم.

گروه کوچک اولیه اساساً به این دلیل تشکیل شد که هر کدام از ما به طور منفرد مسئول بخشی از درمان کودکان آسیب دیده مغزی بودیم - و کار انفرادی ما به شکست منتهی می‌شد.

اگر قصد دارید زمینه مبتکرانه‌ای را برای فعالیت انتخاب کنید یافتن زمینه‌ای که در آن پیشرفت کنید بسیار سخت است.

بیش از پنجاه سال پس از زمانی که ما کار گروهی‌مان را شروع کردیم هرگز ندیده و نشنیده بودیم که کودک آسیب دیده مغزی خوب شده باشد.

گروهی که پس از شکست تیم انفرادی ما تشکیل شده بود امروزه گروه توانبخشی نامیده می‌شود. در آن روزها چنین اصطلاحاتی رایج نبود و ما خود را چیزی بیش از اعضای آن گروه نمی‌دیدیم. شاید در روزها ما خود را گروهی می‌دانستیم که به این امید تشکیل شده بود تا همچون گروه محافظان نسبت به حالت انفرادی قدرت بیشتری داشته باشیم.

مشکل اصلی افرادی که پنجاه سال پیش با کودکان آسیب دیده ذهنی سر و کار داشتند موضوع اصلی فعالیت ما بود و ما کار را از آنجا شروع کردیم. این مشکل هویت آنها بود. سه گروه از کودکان هستند که مشکلاتشان به قدری به هم شباهت دارد که به نظر می‌رسد در وضعیت یکسانی هستند در حالی که کاملاً با هم متفاوتند. حقیقت این است که این مشکلات حتی شباهت کمی هم به یکدیگر ندارند. متأسفانه صرفاً به این دلیل که این بچه‌ها شبیه هم بوده و گاهی اوقات مانند هم عمل

می‌کنند در گروه‌های مشابه دسته‌بندی می‌شوند. سه دسته از کودکانی که همیشه در یک دسته جای می‌گرفتند عبارتند از کودکان عقب‌مانده‌ای که مغزشان از نظر کمیت و کیفیت ناقص است، کودکان روان پریشی که مغزشان از لحاظ فیزیکی سالم و کامل است اما عملکرد ذهن‌شان ناقص است و کودکانی که مغزشان واقعا آسیب دیده یعنی مغزشان کاملاً سالم بوده اما دچار آسیب دیدگی شده است.

ما تنها به گروه آخر می‌پردازیم که مغزشان هنگام لقاح کاملاً سالم بوده اما بعدها دچار صدمه شده است. ما دریافتیم که اگرچه تعداد کودکان عقب‌مانده و روان پریش اندک است اما صدها هزار کودک عقب‌مانده یا روان پریش تلقی می‌شوند در حالی که آنها در واقع دچار صدمه مغزی شده‌اند و مغزشان در ابتدا کاملاً سالم بوده است. به طور کلی این سه بخش‌های اشتباه به این دلیل پیش آمدند که بسیاری از کودکان پیش از تولد دچار آسیب مغزی شده‌اند و هیچ کس از سالم بودن مغز هنگام لقاح خبر ندارد.

زمانی که پس از سال‌ها تحقیق آزمایش‌ها و بالینی کودکان آسیب دیده مغزی را شناسایی کردیم توانستیم با این مشکل (مغز آسیب دیده) مواجه شویم.

ما متوجه شدیم که مهم نیست کودک به طور مادرزادی آسیب دیده باشد یا در بدو تولد یا پس از آن. این مطلب مثل آن است که بگوییم کرده‌ای که با ماشینی تصادف کرده قبل از ظهر، ظهر یا بعداز ظهر صدمه دیده است. مسئله مهم این است که کدام بخش از مغز او و چه مقدار از آن بخش آسیب دیده است و اینکه چقدر کاری می‌توان برای درمان آن کرد.

ما کشف کردیم که فرقی نمی‌کند علت صدمه مغزی کودک Rh ناهماهنگ والدینش، یا بیماری عفونی (سرخک یا سرخچه) مادرش در سه ماه اول بارداری یا نرسیدن اکسیژن کافی به مغز او در دوران جنینی و یا نارس به دنیا آمدنش باشد. مغز

ممکن است در نتیجه‌ی زایمان طولانی، افتادن چیزی روی سر که موجب لخته شدن خون در مغز می‌شود، تب ناشی از التهاب مغز در سه سالگی، تصادف یا اتومبیل یا صدها عامل دیگر آسیب ببیند.

باز هم اگرچه این مسئله از زاویه تحقیقاتی مهم است اما مثل این است که نگران این باشید که آیا کودک به‌وسیله‌ی ماشین مجروح شده یا چکش. مسئله مهم در اینجا این است که کدام بخش مغز و چه مقدار از آن آسیب دیده و چه کار می‌توانیم بکنیم. در آن روزها دنیایی که با کودکان آسیب دیده مغزی سر و کار داشت معتقد بود می‌توان درمان علائمی که در گوش، چشم، بینی، دهان، سینه، شانه، پهلوی، مچ دست، انگشتان دست، ران‌ها، زانوها، مچ پاها و انگشتان پا ظاهر شده‌اند مشکلات این کودکان را حل کرد. خوشبختی از کثیری از مردم دنیا هنوز هم بر این باورند.

چنین رویکردی نتایجی را به ما و موثر نخواهد بود.

ما به دلیل عدم موفقیت در ریکرد نتیجه گرفتیم که اگر بخواهیم علائم پیچیده‌ی کودکان آسیب دیده مغزی را حل کنیم باید به منشأ مشکلات که همان مغز انسان است بپردازیم.

در ابتدا این کار غیرممکن و یا بسیار دشوار بود اما بعد سال بعد ما و دیگران روش‌های جراحی و غیرجراحی برای حل مشکلات مغز را کشف کردیم.

متوجه شدیم که این اعتقاد ساده که ابتدا باید علائم مغزی یا آسیب را درمان کنیم تا انتظار داشته باشیم بیماری بهبود یابد از نظر پزشکی، علمی و منطقی مردود است و اگر تمام این دلایل برای کنار گذاشتن این باور کافی نیست حداقل می‌توانید این حقیقت را ببینید که درمان کودکان آسیب‌دیده‌ی ذهنی به این طریق هیچ توفیقی حاصل نکرده است.

برعکس ما احساس کردیم که اگر بتوانیم بر خود مشکل غلبه کنیم علائم به خودی

خود و متناسب با میزان موفقیت مان در درمان جراحی خود مغز ناپدید خواهد شد. ابتدا ما مشکل را از زاویه‌ای غیر جراحی بررسی کردیم. چند سال پس از آن متقاعد شدیم که اگر به موفقیت سلول‌های مرده‌ی مغز امید نباشد باید راهی برای بازسازی الگوی رشد عصب شناختی کودک طبیعی پیدا کنیم. این مطلب یعنی درک چگونگی شروع فعالیت مغز، رشد و بلوغ آن در یک کودک طبیعی. بدین منظور ما صدها نوزاد خردسال و کودک طبیعی را مورد مطالعه قرار دادیم و به دقت در مورد آنها مطالعه کردیم.

زمانی که نحوه‌ی رشد طبیعی مغز را شناختیم متوجه شدیم که فعالیت‌های اصلی و ساده کودکان طبیعی از قبیل خزیدن و چهار دست و پا رفتن برای مغز اهمیت حیاتی دارد. دریافتیم که اگر کودکان طبیعی را به دلایل فرهنگی، محیطی یا اجتماعی از انجام چنین فعالیت‌هایی منع کنیم استعدادهای این کودکان نیز به شدت محدود می‌شود. استعدادهای کودکان آسیب‌دیده مغزی حتی محدودتر از این است. همانطور که درباره‌ی روش‌های بازیابی این الگوی حیاتی و طبیعی رشد بیشتر آموختیم متوجه شدیم که کودکان آسیب‌دیده مغزی خیلی کم و بتدریج پیشرفت کردند.

حدوداً در همین زمان بود که اعضای جراحان مغز گروهی از طریق انجام اعمال جراحی موفق اثبات کردند که مشکل اصلی در خود مغز است. انواع خاصی از کودکان آسیب‌دیده‌ی مغزی بودند که مشکلاتشان بیش‌تر می‌کرد و این بچه‌ها خیلی زود می‌مردند. گروه اصلی کودکان مبتلا به سندرم سفالی (تجمع آب در مغز) بودند. این کودکان به دلیل فشار مایع مغزی- نخاعی که به دلیل جراحات‌شان به طور عادی بازجذب نشده‌اند سر بزرگی دارند. با این وجود این مایع همانطور که در افراد عادی تولید می‌شود در این کودکان نیز تولید می‌شود.

هیچ‌کس آنقدر نادان نیست که سعی کند با ماساژ یا فشار علائم این بیماری را از

بین ببرد. این کودکان با افزایش فشار بر مغزشان همیشه می‌میرند. جراحان مغز ما که با یک مهندس همکاری می‌کردند لوله‌ای ساختند که بخش عمده‌ی مایع مغزی- نخاعی را از محل‌هایی به نام بطن به سمت سیاهرگ گردن و جریان خون حمل می‌کرد و در آنجا به شکل طبیعی بازجذب می‌شد. این لوله دریچه‌ای داشت که در عین حال که خروج مایع مغزی- نخاعی را به بیرون ممکن می‌ساخت از جریان یافتن خون به سمت مغز هم پیشگیری می‌کرد. این وسیله‌ی تقریباً جادویی که از طریق جراحی در مغز جای می‌گرفت V-J shunt نام گرفت. جان بیش از بیست و پنج هزار کودک با این وسیله‌ی ساده نجات یافت. بسیاری از این کودکان توانستند زندگی کاملاً عادی داشته باشند و با همسالانشان به مدرسه بروند.

این مطلب گواهی بر بی‌مردگی کامل تلاش برای درمان آسیب مغزی و نیز منطق و ضرورت غیرقابل انکار درمان کودکان مغز بود.

روش شگفت‌انگیز دیگری را از انواع مختلف جراحی موفقیت‌آمیز مغز است که امروزه برای حل مشکل کودکان آسیب‌دیده‌ی مغزی مورد استفاده هستند.

مغز انسان در واقع دو نیمکره دارد: نیمکره راست و نیمکره چپ. این دو نیمکره به واسطه بخشی از هم جدا می‌شوند. در انسان‌های سالم نیمکره راست مغز مسئول

کنترل سمت چپ بدن و نیمکره چپ مغز مسئول کنترل سمت راست بدن است.

اگر به هر دلیلی یکی از نیمکره‌های مغز صدمه زیادی ببیند نتیجه فاجعه‌بار

خواهد بود و سمت مخالف بدن فلج می‌شود و تمام عملکردهای کودک محدود خواهد

شد. در آن روزها بعضی از کودکان حملات تشنجی دائمی و حاد داشتند که به هیچ

نوع درمانی پاسخ نمی‌دادند.

نیاز به گفتن نیست که چنین کودکانی زنده نمی‌ماندند.

در گذشته اعتقاد بر این بود که هیچ کاری نمی‌توان برای کودکی که سلول‌های

مغزی‌اش مرده‌اند انجام داد پس نباید تلاش بیهوده نمود. اما در سال ۱۹۵۵ اعضای گروه ما که جراحان مغز و اعصاب بودند یک جراحی باورنکردنی بر روی این نوع کودکان انجام دادند. جراحی آنها همیسفروکتومی بود.

همیسفروکتومی دقیقا همان کاری است که از نامش پیداست، برداشتن نیمی از مغز انسان از طریق جراحی.

حالا ما کودکانی را می‌دیدیم که نیمی از مغزشان در جمجمه و نیمی دیگر که حاوی میلیاردها سلول مغزی بود در ظرفی در بیمارستان، اما کودکان زنده بودند. ما کودکانی را می‌دیدیم که با وجود داشتن نیمی از مغز یک انسان سالم مانند کودکان دیگر راه می‌رفتند، حرف می‌زدند و به مدرسه می‌رفتند. چندین نفر از این کودکان بالاتر از سن کودکان متوسط بودند و حداقل یکی از آنها هوشی برابر با یک نابغه داشت.

مدت‌ها پیش از این برخلاف اعتقاد متداول فرض می‌کردیم که کودک ممکن است ده سلول مغزی مرده داشته باشد و ما از آن اطلاع نداشته باشیم. شاید هم می‌گفتیم که او ممکن است صد سلول مغزی مرده داشته باشد و ما از آن بی‌خبر باشیم و شاید هم می‌گفتیم تعداد آنها هزار تا است.

حتی در خیالات‌مان نیز جرات نمی‌کردیم که باور کنیم می‌تواند میلیاردها سلول مغزی مرده داشته باشد و تقریبا به خوبی کودکان سالم و حتی گاهی بهتر از آنها عمل کند.

حالا خواننده باید در حدس زدن به ما ملحق شود. وقتی که می‌بینیم جانی که نیمی از مغزش برداشته شده مثل بیلی که مغزش کاملا سالم است عمل می‌کند به این فکر می‌کنیم که شاید بیلی مشکلی دارد. چرا بیلی که دو برابر جانی مغز دارد دو برابر او یا حداقل بهتر از او عمل نمی‌کند؟