

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 02 لونيبي علي



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة : علوم التربية

مطبوعة

محاضرات في مقياس سيكولوجية
ذوي الاحتياجات الخاصة

موجهة لطلبة السنة الثالثة تربية خاصة وتعليم مكيف

إعداد الأستاذة :

■ د. ضيف الله حبيبة

السنة الجامعية: 2022/2021

سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة

الفهرس

03	مقدمة
04	المحاضرة الاولى : مدخل إلى التربية الخاصة
11	المحاضرة الثانية : سيكولوجية الأطفال المعاقين عقليا
40	المحاضرة الثالثة : سيكولوجية المعاقين بصريا
60	المحاضرة الرابعة : سيكولوجية المعاقين سمعيا
73	المحاضرة الخامسة : الإعاقة الحركية والبدنية
91	المحاضرة السادسة : سيكولوجية ذوي صعوبات التعلم
105	المحاضرة السابعة : سيكولوجية أطفال التوحد
121	المحاضرة الثامنة : سيكولوجية الأطفال الموهوبين والمبدعين
131	المراجع

مقدمة

تعتبر الإعاقة ظاهرة بشرية ظهرت منذ أقدم العصور وما زالت موجودة في شتى أرجاء العالم، وستظل مستمرة ما بقيت الإنسانية، فهي ليست مرضا يقضى عليه بالأدوية أو عن طريق التطعيم بالمصل الواقي، وإنما هي حالات قد تفرض وجودها بصورة مفاجئة ودون سابق إنذار، لهذا اختلفت النظرة والاهتمام بهم من مجتمع إلى مجتمع ومن عصر إلى عصر.

فقدر عددهم في العالم بحوالي 650 شخص معاق عام 1993 م، حسب تقدير منظمة الصحة العالمية (أي حوالي 10% من تعداد سكانه)، وتزيد هذه النسبة في الدول النامية نظرا لارتفاع معدلات الأمية والفقر وتدني مستوى الصحة العامة والتغذية، وتشير إحصاءات اليونسكو إلى أن نسبة استيعاب المعوقين في المؤسسات الخاصة في معظم بلدان العالم (فيما عدا أمريكا وبعض دول أوروبا) لا تتجاوز 5% من العدد الإجمالي للمعوقين في تلك البلدان.

وذوي الاحتياجات الخاصة هم أولئك الناس المصابين بعجز في احد أعضاء الجسم أو المصابون بقصور في النمو العقلي أو ممن يعانون من ضعف في بعض الحواس مثل: البصر، السمع، الحركة وهم يحتاجون إلى معاملة خاصة من أفراد المجتمع. حتى يستطيعوا العيش مع المجتمع بشكل شبه طبيعي.

الخطوة

تمهيد

- 1- مفهوم التربية الخاصة
- 2- أهداف التربية الخاصة
- 3- مصطلحات في التربية الخاصة
- 4- مبادئ التربية الخاصة
- 5- مراحل تطور برامج التربية الخاصة

المحاضرة الأولى

مدخل إلى التربية الخاصة

تمهيد :

تؤكد التربية الخاصة على ضرورة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، وتكييف المناهج، وطرق التدريس الخاصة بهم، بما يتواءم واحتياجاتهم، وبما يسمح بدمجهم مع ذويهم من التلاميذ العاديين في فصول التعليم العام، مع تقديم الدعم العلمي المكثف لمعلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام، بما يساعدهم على تنفيذ استراتيجيات التعليم سواء للطلاب الموهوبين أو ذوي الإعاقات المختلفة.

وقد شهد العقد الحالي تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالإعاقة. ونشطت الدول المختلفة في تطوير برامجها في مجال الإعاقة لأن الاستجابة الفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية، بحيث لا تهتم ببعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وتغفل جوانب أخرى، وبشكل يكون فيه لبرامج الوقاية من الإعاقة أهمية متميزة نظراً لأنها تمثل إجراءً مبكراً يقلل إلى حد كبير من وقوع الإعاقة ويختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل.

1- مفهوم التربية الخاصة:

تعرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية.

وعليه، فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلباً على قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة.

ويشتمل ذلك على الطلاب في الفئات الرئيسة التالية:

- الموهبة والتفوق Talent and Giftedness
- الإعاقة العقلية Mental Retardation
- الإعاقة السمعية Hearing Impairment
- الإعاقة البصرية Visual Impairment
- الإعاقة الحركية Physical Disability
- الإعاقة الإنفعالية Emotional impairment
- التوحد Autism
- صعوبات التعلم Learning Disabilities
- اضطرابات النطق أو اللغة Speech and Language Disorders

2- أهداف التربية الخاصة:

- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية.
- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية.
- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.
- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها واثاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم.

- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة.

3- مصطلحات في التربية الخاصة:

❖ الضعف Impairment :

وهو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعزى للعجز والحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري.

❖ ضعف القدرة Disability :

وهو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف. وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية.

❖ الإعاقة Handicap :

يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي

❖ الحالات الخاصة Exceptionalities :

وهذا المصطلح أوسع من المصطلحات السابقة حيث أنه لا يقتصر على الذين ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين (المعوقين) وإنما يشمل على الذين يكون أداؤهم أحسن من أداء الآخرين (الموهوبين والمتفوقين).

4- مبادئ التربية الخاصة:

يجب تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية. إن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية وتتضمن البرامج التربوية الفردية:

- تحديد مستوى الأداء الحالي.
- تحديد الأهداف طويلة المدى.
- تحديد الأهداف قصيرة المدى.

- تحديد معايير الأداء الناجح.
- تحديد المواد والأدوات اللازمة.
- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.
- إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.
- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة.
- والأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل.

5- مراحل تطور برامج التربية الخاصة:

❖ مراكز الإقامة الكاملة : Residential school

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة التي كانت ومازالت تقدم الخدمات الايوائية والصحية والاجتماعية والتربوية للأفراد المعاقين، وكان يسمح للأهالي بزيارة أبنائهم في هذه المراكز.

لكن وجهت لهذه المراكز مجموعة من الانتقادات تنتهم فيها بعزل هؤلاء الأطفال عن المجتمع الخارجي وما يحتويه من حياة طبيعية، كما وصف أفراد هذه الفئات بأنهم منبوذون عن المجتمع.

❖ مراكز التربية الخاصة النهارية: Special Day care school

ظهرت هذه المراكز كرد فعل على ما تقدم من انتقادات لمراكز الإقامة الكاملة، والكثير من هذه المراكز يكون عملها إلى منتصف النهار تقريباً، وفي هذه الفترة يتلقى الأفراد المعاقون خدمات تربوية واجتماعية.

وتعمل هذه المراكز على إيصال هؤلاء إلى منازلهم، وهي تحافظ على بقاء الفرد المعاق في أسرته وفي الجو الطبيعي له.

❖ الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية:

Special classes within Regular Schools

ظهرت هذه الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المراكز النهارية التي تعني بالتربية الخاصة، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد المعاقين في المدرسة العادية والتي لا يتجاوز عدد الطلبة فيها العشرة.

❖ الدمج الأكاديمي: Mainstreaming

ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين العاديين في الصف الدراسي.

ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه.

❖ الدمج الاجتماعي: Normalization

تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع.

ويتمثل هذا في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراداً منتجين في المجتمع.

الخطـة

● تمهيد

1. تعريف المتخلفين عقليا.
2. أسباب الإعاقة العقلية.
3. تشخيص الإعاقة العقلية.
4. مظاهر الإعاقة العقلية.
5. التكفل والعلاج بذوي الإعاقة العقلية.
6. سيكولوجية الإعاقة العقلية

المحاضرة الثانية

سيكولوجية الأطفال المعاقين عقليا

تمهيد:

الإعاقة العقلية تُعرف بالإعاقة العقلية أو إعاقة التعلم العامة بأنها الاضطراب الذي يصيب عقل الإنسان ويؤدي إلى ضعف في الأداء المعرفي، وفي الوظائف العقلية، والمهارات الوظيفية للأفراد في بيئاتهم، بالإضافة إلى عجز في سلوكين تكيفيين أو أكثر يظهر قبل سنّ البلوغ، كما استُخدم مصطلح التخلف العقلي قديماً للدلالة على الإعاقة العقلية للأشخاص الحاصلين على درجات ذكاء تقلّ عن حوالي 70.

يعاني الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من صعوبات في التعليم، كما أنّ الطاقم التعليمي يواجه صعوبةً في كيفية التعامل معهم، وإيصال المعلومة لهم بالطريقة الصحيحة، الأمر الذي يتطلب منهم عنايةً خاصةً لمثل هؤلاء الطلاب، كون إعاقاتهم لا تلغي حقهم في التعليم، لذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار أنّ هناك عدة طرق لتدريس اولائك الطلبة.

1- تعريف الإعاقة العقلية:

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994):

أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي التعريف التالي في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSMIV-1994 لتشخيص الحالة على أنها حالة تخلف عقلي يشترط استيفاء المحكات التالية:

1- أداء ذهني وظيفي دون المتوسط، بنسبة ذكاء حوالي 70 أو ادني على اختبار ذكاء يطبق بشكل فردي (وبالنسبة للأطفال تقدير اكلينيكي بوجود أداء ذهني وظيفي دون المتوسط).

2- عيوب أو جوانب قصور مصاحبة في الأداء التكيفي الراهن (أي كفاءة الشخص في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في عمره أو جماعته الثقافية) في اثنين على الأقل

من المجالات الآتية: الاتصال، استخدام إمكانيات المجتمع، التوجه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الفراغ، والصحة والسلامة.

3- يحدث قبل سن 18 سنة. (عبد الفتاح غزال، 2008، ص8)

تعريف أخرى للإعاقة العقلية:

التعريف الطبي :

ركز ايرلاند Ireland عام 1900 على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو بعد الولادة، ولقد ركز تريد جولد Tred Goled في عام 1908 على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

التعريف السيكومטري:

ظهر التعريف السيكومטري للإعاقة العقلية نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بنيه Binnet في عام 1905، وما بعدها بظهور مقياس ستانفورد بنيه للذكاء، والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر للذكاء في عام 1949 وغيرها من مقاييس للقدرة العقلية، وقد اعتمد التعريف السيكومטري على معامل الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة العقلية وقد اعتبر الأفراد الذين يقل معامل ذكائهم عن 75 معوقا عقليا.

التعريف الاجتماعي:

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، في قدرتهما على قياس القدرة العقلية للفرد فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية.

ويركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظائره من نفس المجموعة العمرية وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقا عقليا إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظائره من نفس المجموعة العمرية، وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي والذي تم قياسه بعدد من مقاييس السلوك التكيفي.

لهذا لا يمكن الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها كمقياس وحيد لتشخيص حالات الإعاقة العقلية وإنما يجب ان تشمل عملية التقييم على تحديد مدى قدرة الفرد على القيام بعمليات التوافق الاجتماعي والانفعالي والمهني مع ما يقابله من متطلبات البيئة.
(عبد الفتاح غزال، 2008، ص10)

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR):

يعتبر تعريف (AAMR) من أحدث التعريفات في ميدان التخلف العقلي والتي ظهرت نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى التعرف السيكومتري، والذي يعتمد على معيار القدرة العقلية وحدها.

ونتيجة إلى الانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي، والذي يعتمد إلى معيار الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف التخلف العقلي. فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين المعيار السيكومتري والمعيار الاجتماعي، الذي نراه واضحا من خلال تعريف (Herber,1959) ، والذي روجع عام 1962 وتبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والذي يشير إلى أن الإعاقة العقلية عبارة عن مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النهائية منذ الميلاد وحتى سن 16.

ويعتبر هذا التعريف الأخير ل (Grossman,1973) من أكثر التعريفات قبولا في أوساط التربية الخاصة، وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام 1973 إلى غاية عام 1992.

أما التعريف الإجرائي المقترح من قبل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي لسنة 2002 هو كما يلي: التخلف العقلي هو عجز يتسم بقصور دال في الوظائف العقلية والسلوك التكيفي والذي يظهر في المهارات المفاهيمية، الاجتماعية والعملية، هذا العجز يظهر قبل سن 18 سنة. (سامية شويل، 2013، ص 14، 12)

2- أسباب الإعاقة العقلية:

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة العقلية إلى ثلاث أقسام تتمثل في أسباب ما قبل الولادة وأسباب أثناء الولادة وأسباب ما بعد الولادة كما يلي:

2-1- أسباب ما قبل الولادة: وتتمثل في:

- اضطراب الكروموسومات أو ما يسمى بزملة داون (المنغولية)، وقد اتضح أن هناك ما بين عمر الأم واحتمال إصابة الطفل بهذه الاضطرابات إذا وجد في الأسرة طفل مصاب بزملة داون.
- اضطراب الجينات/ الصبغيات مما يؤدي إلى اضطراب الإنزيمات واضطراب التمثيل الغذائي، وأهم أنواعه وأكثرها شيوعاً عرض الفينيل كينتوريا.
- سوء تغذية الأم مما يؤدي إلى التأثير على حجم نمو أعضاء جسم الطفل خاصة المخ.
- تعاطي الأم بعض الأدوية خاصة خلال الأشهر الثلاثة من الحمل.
- إصابة الأم بالتسمم مهما كان مصدره.
- تعرض الأم للأشعة السينية (أشعة X) بقدر كبير لدرجة تؤثر على الجنين وخاصة خلال الأشهر الثلاثة من الحمل.
- اختلاف عامل الريزس في فصائل دم الأبوين.

2-2- أسباب أثناء الولادة:

- تعسر الولادة مما قد يؤدي إلى نقص الأكسجين والإضرار بالجهاز العصبي للطفل.

- انفصال المشيمة مبكرا مما يؤدي إلى سد عنق الرحم وإعاقة نزول الجنين ونقص الأكسجين لديه.
- المشاكل التي تنتج عن طول الحبل السري أو قصره مما يؤدي إلى التواءه وتمزقه وحدوث نزيف، وفي كلتا الحالتين لا يحصل الطفل على كمية الأكسجين اللازمة للمحافظة على حياة المخ.
- الصدمات الجسمية : قد يحدث أن يصاب الجنين بالصددمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة، واستخدام طريقة الولادة القيصرية مما قد يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.
- الالتهابات التي تصيب الطفل من جراء إصابته بأمراض قد تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي.

3-2- أسباب بعد الولادة:

- **الحوادث والصدمات:** تعتبر الحوادث والصدمات الجسمية والتي تؤثر بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سببا رئيسيا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية.
- **سوء التغذية:** حيث يتضح أهمية التغذية الجيدة للام الحامل أثناء فترة الحمل، واثار ذلك على نمو الجنين، وعلاقة ذلك بالإعاقة العقلية كما تبدو أهمية التغذية الجيدة أيضا بعد عملية الولادة، إذ يشكل سوء التغذية خاصة في المناطق الفقيرة سببا رئيسيا من أسباب الإعاقة العقلية.
- **الأمراض والالتهابات:** كثيرا ما يتعرض الطفل وخاصة في السنوات الأولى من عمره إلى عدد من الأمراض، وقد يكون من نتائجها ارتفاع درجة حرارة الطفل وخاصة في حالات السحايا، والحصبة، والتهابات الجهاز التنفسي.....الخ، وقد يؤدي ارتفاع درجة حرارة الطفل إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل وبالتالي إلى الإعاقة العقلية.
- حالات تسمم الأطفال وبخاصة من المواد التي تحتوي على الرصاص.

(عبد الفتاح غزال، 2008، ص24، 26)

3- تصنيفات الإعاقة العقلية:

تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة، فقد تصنف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب التي أدت إليها، أو بحسب درجة الذكاء، أو بحسب الشكل الخارجي أو بحسب القدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي:

3-1- تصنيف الإعاقة بحسب الأسباب: ومنها:

- الإعاقة العقلية الأولية والتي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة ويقصد بها الأسباب الوراثية.
- ب- الإعاقة العقلية الثانوية والتي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل، وأثناء فترة الولادة أو بعدها وغالبا ما يطلق على هذه العوامل بالأسباب البيئية.

3-2- تصنيف الإعاقة بحسب الشكل الخارجي:

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة منها، ومن هذه الفئات:

- 1- **المنغولية:** وتسمى هذه الحالة باسم عرض داون (Dwan's Syndrome)، حيث تشكل حالة المنغولية حوالي 10% من حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ويمكن التعرف على هذه الحالة قبل عملية الولادة وأثناءها، كما ترتبط هذه الحالة بعمر الأم إذ تزداد نسبة هذه الحالة مع زيادة عمر الأم وبخاصة بعد عمر 35 سنة.

- 2- **حالات اضطراب التمثيل الغذائي:** تكون بتغير لون بول الطفل عند إضافة حامض الفيريك، من اللون الأحمر إلى اللون البني إلى اللون الأخضر، وقد عزا فولنج حدوث الإعاقة العقلية لدى هؤلاء الأطفال إلى اضطرابات التمثيل الغذائي لحامض الفينلين.

وتفسير ذلك أن حالات ال (PKU) تعود إلى أسباب وراثية تبدو في نقص كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفينيلين، وبسبب سوء هضمه بالطريقة المناسبة، فيظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ، تماماً كالمواد السامة الأخرى، بحيث تؤدي إلى اضطرابات في الخلايا العصبية للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية.

3-القماءة: ويقصد بها قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها والمصحوبة عادة بالإعاقة العقلية وتعود أسباب هذه الحالة إلى نقص في إفراز هرمون الثيرونكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية.

4- صغر حجم الدماغ: وتبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة والتي تبدو واضحة منذ الميلاد، مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد، في صعوبة التأزر البصري الحركي وخاصة للمهارات الحركية الدقيقة، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ويعتقد إن سبب هذه الحالة يبدو في تناول الكحول والعقاقير أثناء فترة الحمل، وتعرض الأم الحامل للإشعاع.

5- كبر حجم الدماغ: وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، وتبدو مظاهر هذه الحالة واضحة منذ الولادة (كما هو الحال في حالات صغر حجم الدماغ)، ويعتقد أن أسباب هذه الحالة ترجع لعوامل وراثية.

6- حالة استسقاء الدماغ: وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، وتصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ، وتعتمد درجة الإعاقة العقلية في هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف فيه هذه الحالة وعلاجها، حيث تتضمن المعالجة سحب السائل الزائد بعملية جراحية وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية أو مرضية وخاصة مرض (Cytomegatic Inclusion Disease)، أو مرض (Toxoplasmosis) وقد يصاحب هذه الحالة مظاهر أخرى للإعاقة.

3-3- تصنيف الإعاقة حسب نسبة الذكاء: وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسب الذكاء المقاسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينيه، أو مقياس وكسلر للذكاء، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية:

أ- **الإعاقة العقلية البسيطة:** نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم، حيث يقع مستويين أو ثلاثة للانحراف تحت المعدل الطبيعي في اختبار الذكاء، وربما أن معظم النسب المشتركة لتعريف الإعاقة العقلية البسيطة تكون (55-75) وهم حالات الإعاقة البسيطة التي يطلق عليهم المافونين أو المورون ويمثلون حوالي (2,14%) من إجمالي عدد السكان، وهم يستطيعون مواصلة الدراسة وفقا للمعدلات والمناهج العادية، إلا أنهم يتعلمون ببطء شديد، لذا لا يمكنهم تعلم المواد الدراسية المقررة في سنة دراسية واحدة مثلما هو الحال بالنسبة للطفل العادي وعندما ينتهون من مراحل دراستهم الرسمية يكون تحصيلهم مقاربا لمستوى يتراوح بين الصف الثالث والخامس الابتدائي العادي.

ب- **الإعاقة العقلية المتوسطة:** تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 40-55 كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب، وهناك من يشير إلى أن معدلات ذكائهم بين (50-25) وتتميز هذه الفئة بان تحصيلها الأكاديمي منخفض جدا ولا يستطيع أفرادها العمل إلا في ورش محمية، وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي ولكن يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

كما أن هؤلاء عاجزين عن الاستفادة من عملية التعلم التي تتم في الفصول العادية أو فصول المعوقين عقليا القابلين للتعلم، وهم يعانون من صعوبات شديدة تعجزهم عن التعلم إلا من قدر ضئيل جدا من المهارات الأكاديمية الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب إلا أنهم قابلون للتدريب وفقا لبرامج خاصة.

ج- **الإعاقة العقلية الشديدة:** تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 40 فما دون، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة (Sever mental Handicapped)، كما يشير بعض العلماء ان هذه الفئة تقل نسبة ذكائهم عن (25) درجة ويطلق عليهم المعتوهون وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتهم من الأخطار لذا يعتمدون اعتمادا كليا على غيرهم طوال حياتهم داخل مؤسسات خاصة، ويحتاجون إلى عناية كلية، وإشراف طوال حياتهم، ويمكن تدريبهم على بعض مهارات العناية بالنفس، ويتميزون بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما تتميز هذه الفئة باضطراب في مظاهر النمو اللغوي.

3-4- تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وتشمل:

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب متغيري القدرة العقلية والسلوك التكيفي:

- أ- الإعاقة العقلية البسيطة.
- ب- الإعاقة العقلية المتوسطة.
- ج- الإعاقة العقلية الشديدة.
- د- الإعاقة العقلية الشديدة جدا.

4- تشخيص الإعاقة العقلية:

تعتبر عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية عملية معقدة تنطوي على التركيز على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية والتربوية وأخذها بعين الاعتبار. ويعتبر الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية من الاتجاهات المقبولة حديثا في أوساط التربية الخاصة، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية، ألا وهي التشخيص الطبي، والسيكومتري والاجتماعي والتحصيلي:

➤ **المجال التشخيص الطبي :** يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال، تقريراً عن عدد من الجوانب، منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتاتها، والفحوص المخبرية اللازمة.

➤ **التشخيص السيكومتري:** يتضمن التشخيص السيكومتري تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية مثل مقياس ستانفورد بنيه أو مقياس وكسلر.

➤ **التشخيص الاجتماعي:** يتضمن التشخيص الاجتماعي، والذي يقدم فيه تقريراً عن السلوك التكيفي للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس السلوك التكيفي، كمقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي.

➤ **التشخيص التربوي:** يتضمن التشخيص التربوي تقريراً عن المهارات الأكاديمية مثل مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ومقياس المعارف العددية للمعوقين عقلياً. (فاروق الروسان، 2001)

5- خصائص المعوقين عقلياً:

يتميز المعوقون عقلياً بالفروق الفردية الشاسعة فيما بينهم، وبعدم تجانسهم أو تطابقهم، من حيث ما يتمتعون به من قدرات واستعدادات ويتصفون به من صفات وخصائص ومن أهم هذه الخصائص:

- **الخصائص العقلية المعرفية :** يعد ضعف الذاكرة والنسيان من أهم الخصائص للمعوقين عقلياً، ولاسيما الذاكرة قريبة المدى التي تتعلق بالمقدرة على استرجاع الأحداث والمثيرات والأشكال وغيرها مما يعرض على الفرد قبل فترة زمنية وجيزة.

وقد يرجع ذلك إلى ضعف درجة الانتباه للمثيرات والمقدرة على تتبعها واستقبالها، ومن ثم تخزينها واستعادتها أو استرجاعها إضافة إلى محدودية مقدرة المعوق عقلياً على الملاحظة وعلى استخدام استراتيجيات تعلم ملائمة للتذكر: كالتنظيم والتجميع وفقاً لخصائص متشابهة وأيضاً يتميز الطفل المعوق عقلياً بـ:

- أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء.
- ضعف المقدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة.
- ضعف الذاكرة وقصور المقدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات.

- قصور في الفهم والاستيعاب وتدني المقدرة على التحصيل الدراسي.
- تأخر النمو اللغوي وقصور اللغة اللفظية.
- القصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع.

- الخصائص الجسمية:

يعاني المعوق عقليا صعوبات حركية كثيرة، وقصور في الوظائف الحركية، كالتوافق العضلي العصبي، والتآزر البصري الحركي والتحكم والتوجيه.
(عبد الفتاح غزال، 2008، ص32، 31)

- الخصائص السلوكية لدى المعوقين عقليا:

ظهرت الخصائص السلوكية لدى المعوقين عقليا من نتائج الدراسات المقارنة بين الأطفال العاديين والمعوقين عقليا المتمثلين في العمر الزمني، إلا انه يصعب تعميم هذه الخصائص على كل الأطفال المعاقين عقليا، إذ تنطبق هذه الخصائص على طفل ما بينما قد لا تنطبق على طفل آخر بالدرجة نفسها، ومن أهم تلك الخصائص:

➤ **التعلم:** من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المعاقين عقليا النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني.

➤ **الانتباه:** يواجه الأطفال المعوقين عقليا مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية إذ تتناسب تلك المشكلات طرديا كلما تقصت درجة الإعاقة.

➤ **التذكر:** ترتبط درجة التذكر بدرجة الإعاقة العقلية إذ تزداد درجة التذكر كلما زادت القدرة العقلية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى المعوقين عقليا سواء أكان ذلك متعلقا بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى.

6 - التكفل والرعاية لذوي الإعاقة العقلية:

6-1- التكفل النفسي بالمتخلفين عقليا:

بعد الحصول على تشخيص كامل وشامل عن الحالة العقلية والنفسية والاجتماعية للمصاب بالعاهة الذهنية، بفضل الفحوص والاختبارات المختلفة، فإن الجهود تتجه مباشرة نحو إعداد برامج الكفالة والتأهيل الملائمة لتلك الحالة، والتي تعمل على تلبية أهم الاحتياجات النفسية والاجتماعية للمعوق، من الحاجة إلى التعلم وتطوير الخبرات وتحسين السلوك التوافقي، مروراً بالمشاركة الوجدانية والتعاطف والتقدير، وصولاً إلى القدر الأكبر من الاستقلالية والتحكم والتسيير الأمثل للذات وقدراتها.

وتتمثل الرعاية لدى هؤلاء في مجموعة من الجوانب متمثلة في مجالات عدة كما يلي

التالية:

❖ التربية الحركية والرياضية:

تسهم التربية الحركية والرياضية في تحسين اللياقة البدنية والصحة العامة للمعاقين ذهنياً، وفي تنمية التوافقيات العضلية – العصبية والحس الحركي، مما يؤدي إلى تحسين الكفاءة الحركية لديهم، وتسهم في رفع مستوى تركيزهم وانتباههم ومقدرتهم على الإحساس والتصور والتذكر و التمييز الحركي والبصري، مما يطور استعداداتهم الإدراكية ويُؤمِّئها. كما أن اللعب له جاذبيته الخاصة للمعاقين ذهنياً لما يمنحه لهم من الشعور بالمشاركة والفاعلية والمنافسة والتشجيع والرضا والسعادة، ومن ثم يمكن أن يكون وسيطاً ممتازاً لتعليم الكثير من المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة، في جو ممتع ومحبب للنفس، مما يساهم في طرد أو الحد من حالات الاكتئاب والضيق والانطواء والكبت وفقدان الشعور بالثقة، بما أن اللعب والنشاطات الرياضية تفتح أمام المعاق ذهنياً مجالات واسعة للتنفيس عن رغباته المكبوتة وطاقاته الكامنة، وكذا تطوير مختلف مهاراته الحسية- الحركية، وما ينجم عنها من زيادة في الشعور بالذات والثقة في النفس وتوكيد " الأنا."

وفي نفس السياق، تؤكد "سيدرس" مثل "بينيه" ومن سبقوه على أهمية عمليات تدريب الحواس و الانتباه للأطفال المتأخرين عقلياً، ويقرر كثير من الباحثين أن مدى الاهتمام عند الأطفال المتخلفين عقلياً قصير جداً، وعلى ذلك فإنه لكي يتم تعليمهم ينبغي توجيه الانتباه خاصة للأمور الحسية. وقد أكدت الباحثة "سيدرس" على أهمية حاسة اللمس والحاسة العضلية لأنها تعتقد أن الأطفال الصغار يتعلمون عن طريق حاسة اللمس منه عن طريق

حاسة البصر، ولذلك فإن التدريب الحسي يكون أساسا هاما في برنامج تربية الطفل المتخلف عقليا، الذي يعاني نقصا في إدراكه الحسي وفي الانتباه.

وما يمكن ملاحظته أيضا حول أفكار الباحثة في هذا الموضوع، هو تشديدها على التربية البدنية، لأنها ترى - أي الباحثة سیدرس - أن الطفل المتخلف عقليا هو طفل يواجه صعوبات من الناحية البدنية، وبالضرورة هو شخص يواجه صعوبات نفسية، ومن هنا تتضح ضرورة مراعاة تنمية الجوانب البدنية المتصلة بالقدرات الإدراكية والحسية - الحركية، من أجل تحسين الصحة النفسية للمصاب، عن طريق الألعاب الرياضية وألعاب المهارات اليدوية بشكل خاص، التي تخدم مجموعة من الأهداف - وفق المنهج الذي وضعته الباحثة - والتي تلخصها في: التمرين على الانتباه، تنمية الميول، قوة الإرادة، الثقة بالنفس، القدرة على التصور البصري، القدرة على التعبير على الأفكار وتكملة عمل من الأعمال.

❖ الرعاية التربوية والتعليمية:

لا يمكن الحديث عن أي تكفل بالمعوقين ذهنيا دون الحديث عن الجانب التربوي، الذي يلعب دورا محوريا في تأهيل قدرات المصابين العقلية، وذلك من خلال برامج التربية الخاصة، التي يضعها المختصون والتي تتماشى مع مدى الضعف أو الضرر الذهني للمصاب، وهي تهدف إلى تحقيق النمو النفسي والاجتماعي للمعوق.

والحقيقة هي أن الجانب التربوي في التكفل يتداخل مع جوانب التربية البدنية والحركية، لأن هذه الأخيرة تكمل عمل المناهج التعليمية الخاصة بهذه الفئة، بل إنها تعد جزءا منها. وما يلاحظ على هذا الجانب هو أنه يتطلب إمكانات مادية هامة تتمثل أساسا في المدارس الخاصة بفئة المعوقين ذهنيا، بكل ما تستلزم من قاعات تدريس وتجهيزات خاصة وإطارات متخصصة و مناهج تربية خاصة أيضا.

إن أهم ما تهدف إليه مناهج التربية والتعليم الخاصة هو: **النمو والتوافق الشخصي (الذاتي)**: " ويعني ذلك كل ما يعزز شعور الطفل بقيمته الذاتية، واستقلاله ووجوده الشخصي، مما يكفل له التوجيه الذاتي والاعتماد على النفس بقدر المستطاع.

إلا أن وضع المناهج التربوية الخاصة ليس بالأمر الهين، وإنما يتطلب تحديد جانبيين هامين، وهما:

- متطلبات البرنامج التربوي للمتخلفين عقليا
- الاحتياجات التربوية اللازمة لتصميم هذا البرنامج.

أ)- متطلبات البرنامج التربوي للمتخلفين عقليا:

وهناك إجراءات مسبقة لوضع هذا البرنامج التربوي الخاص هي:

- 1- الفحص الطبي والنفسي والاجتماعي الشامل للطفل المتخلف، بحيث يكون لكل طفل سجل خاص يتضمن كل البيانات اللازمة لتشخيص حالته، وتشمل نتائج اختبارات الذكاء و النطق والكلام والتوافق الاجتماعي والشخصي للطفل دوريا.
 - 2- تنظيم الفصل الدراسي مع مراعاة تجانسه على قدر المستطاع، كأن يحتوي الفصل على مجموعة صغيرة من الأطفال – أو البالغين – المتخلفين عقليا (بين 8 إلى 10 تلميذ)، حتى يتمكن المختص من مراعاة الفروق الفردية وتوجيه الرعاية الفردية اللازمة لكل واحد منهم.
 - 3- ضرورة إعداد المعلم المتخصص في التربية الخاصة إعدادا تربويا ومهنيا مناسباً، لكي يستطيع العطاء والمساعدة لهذه الفئة الخاصة من الأطفال، على أن تتوفر لديه الخبرة بخصائص نمو الطفل المتخلف، ومشكلاته الانفعالية وأساليب رعايته التربوية والنفسية.
 - 4- ضرورة تعاون كل المتخصصين في وضع البرنامج: أطباء، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي وتربوي، معلم، أخصائي أمراض عصبية و نفسية.
- بعد الانتهاء من ذلك يجب أن تتركز البرامج المُعدّة للمتخلفين عقليا حول:
- ملاحظة الأشياء المحسوسة.
 - لمس الأشياء المحسوسة.
 - التعرف على الصور وإدراكها.

- التعرف على بعض الرموز.
- استخدام الرموز في عمليات مركبة بسيطة.

(ب)- الاحتياجات التربوية اللازمة لتصميم برامج المتخلفين عقليا:

- 1- توفير الملاعب بمدارس المتخلفين عقليا، وتوفير اللعب الحر الفردي والجماعي، من أجل رفع روحهم المعنوية وإحساسهم بأنهم أفراد لهم أهميتهم، ومحاولة إصلاح الكثير من العيوب الجسمية واتزان الحركة – كما ذكرنا في التربية الحركية سابقا
 - 2- توفير المبنى المدرسي المناسب لنوع الإعاقة – الإعاقات الذهنية في هذا المستوى – مع الأدوات المناسبة للتكفل والتأهيل، كالأدوات اليدوية والزراعية التي تنمي الأنشطة الحركية....
 - 3- تهيئة الظروف الفيزيائية التي تتناسب والإعاقة الذهنية خاصة من جانب التحصيل، كتوفير الإضاءة الكافية، من أجل ملاحظة وجه المدرسين وإيماءاتهم وإشاراتهم....
- إن توفير كل هذه الإمكانيات المادية المصاحبة للبرامج التربوية والبيداغوجية التي تتناسب و قدرات المتخلفين عقليا وإيقاعهم الذهني، يؤدي دورا محوريا في عملية التكفل بهم على جميع الأصعدة، خاصة التربوية والعقلية، ويمكن تلخيص انعكاسات ذلك في النقاط التالية:

- تعلم وممارسة المهارات الاستقلالية الأساسية اللازمة للعناية بالذات.
- اكتساب مهارات التأزر الحس – حركي والرفع من قدرة الانتباه والتركيز ومن ثم التفكير.
- اكتساب وممارسة بعض مهارات الكلام والنمو اللغوي ومن ثم إدراك المفاهيم وتوسيع القدرات المعرفية إلى أقصى حد ممكن.
- تطوير عمل الحواس الأساسية (اللمس، البصر، السمع بشكل خاص).
- تعلم الأنماط السلوكية المناسبة والعادات الصحية.

- اكتساب الثقة بالنفس من خلال تقبل الذات وتطوير مهاراتها الشخصية الممكنة.

❖ التربية الفنية والموسيقية:

إن التربية الفنية والموسيقية تلعب دورا هاما في مجال الرعاية النفسية للمعوقين ذهنيا، لما توفره من متعة وتسلية وترفيه إلى جانب أبعادها التربوية والتي تخدم مباشرة الصحة النفسية للمعاق، وغالبا ما تكون هذه الأنشطة ضمن أو في صلب برامج التربية الخاصة، إذ أنها تكمل الجانبين المعرفي والحس – حركي الذي تحمله برامج التعليم والنشاط اليدوي، فإلى جانب تشجيع سعي المعاق نحو تحقيق ذاته والحصول على الثقة اللازمة في النفس، وكذا زيادة كفاءته العصبية والحركية، فإن النشاطات الفنية كالرسم مثلا تساهم في خدمة أبعاد أخرى يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- توفير الفرصة لممارسة نشاط يتناسب مع القدرات والاستعدادات ومن ثم الشعور بإشباع حاجة الإنجاز.
- عدم مقارنة أعمال الطفل المعاق ذهنيا بغيره من أعمال زملائه أو بمستوى محدد مسبقا من الكفاءة.
- النشاطات الفنية – وهذه أهم نقطة – تيسر للمعاقين ذهنيا منافذ التعبير والاتصال، وتساعدهم على ترجمة أفكارهم ومشاعرهم ومخاوفهم دون الحاجة للإفصاح عنها بالكلمات – خاصة وأنهم يفتقرون إلى الكفاءة اللغوية، وهذا يسهم في إسقاط ما يعانونه من ضغوط و توترات، ومن ثم تحقيق التوازن الانفعالي، وفي الوقت ذاته فإن ما يُنتجونه من أعمال فنية تُعدّ مفاتيح تشخيصية للصعوبات الانفعالية والمشكلات التي تصاحب الإعاقة من جانب آخر.

كما تدرج الموسيقى في نفس السياق السابق الذكر، فبرامج التربية الخاصة تركز على تدريس الموسيقى للمعاقين ذهنيا بنفس الطريقة التي تدرس بها للأسوياء، لكن الفرق يكمن في ببطء المدة الزمنية التي يستغرقها المعاقين في التعلم، لكن عموما فإن الفنون الموسيقية لها تأثير إيجابي على الحالة النفسية للمعاق ذهنيا كما أثبتته الكثير من الدراسات.

❖ الرعاية الصحية:

كأي إنسان، فإن المتخلفين ذهنيا بحاجة إلى الرعاية الصحية المنتظمة و الدورية لعدة أسباب، لعل أهمها هو عجزهم النسبي أو الكلي عن إدراك حالتهم الصحية والتقييم الذاتي في مجال الصحة والمرض، كما أنهم و بحكم اختلافهم عن الأشخاص الأسوياء فهم يعتبرون من الناحية الصحية أكثر عرضة للأمراض أو المضاعفات.

هذا وتوضح رابطة الطب النفسي أنه من خلال توفير الخدمات المناسبة على مدى زمني كاف يتحسن الأداء الشامل للمتخلف عقليا بصفة عامة. وهو محاولة علاج الحالات التي يمكن علاجها، خاصة تلك التي تكون فيها العوامل الوراثية هي المحددة للتخلف العقلي، وعندما يكون هذا التخلف مصحوبا بأمراض جسمية.

لذلك فإن الرعاية الصحية والطبية بالمعاقين ذهنيا، لا تفيد فقط في وقايتهم من الأمراض أو الاضطرابات العضوية المحيطة بهم، بل تفيد كذلك في التخفيف من إصابتهم العقلية ومن ثم تحسين مستوى كفاءتهم الذهنية، خاصة في حالة الإعاقات ذات المصدر الوراثي التي قد تنفع معها بعض التدخلات الطبية، للتخفيف من وطأتها على حياة المصاب، وذلك لا يأتي من عدم، بل يتقرر من خلال المتابعة الصحية الدائمة للمعوق والفحوص الطبية المنتظمة التي تجرى له.

لذلك يتوجب دوما توفر ملف طبي للمعوق على مستوى مدارس أو مراكز التربية الخاصة، لاستحالة الفصل بين الصحة النفسية والصحة العضوية للمُصاب، وإذا كانت الصحة النفسية للمعوق تُراقب دوما عن طريق اختبارات الذكاء والتوافق المنتظمة، لمراقبة سير حالته العقلية والانفعالية، فإن حالته العضوية تتطلب هي الأخرى مراقبة طبية دورية تضمن جانب الوقاية من الأمراض، أو المضاعفات العضوية التي قد تتخذ من إصابته العقلية منطلقا لها.

في نهاية هذا الفصل نرى الأهمية التي تلعبها التربية والرعاية البدنية – الرياضية، والتعليمية- الفنية والصحية، في مجال التكفل النفسي بالمعوقين عقليا، والانعكاسات التي يمكن أن تتركها هذه الرعاية على صحتهم و حياتهم النفسية و الاجتماعية، من خلال تطوير

كفاءتهم البدنية والعقلية والانفعالية والمعرفية، بشكل يسمح يفتح لهم آفاق أوسع لتحقيق نواتهم على المستوى الشخصي والاجتماعي.

7- التكفل الاجتماعي بالمتخلفين عقليا :

- الاتجاهات الأسرية العامة نحو المتخلف عقليا.
- الإرشاد و التوجيه.... تصحيح للاتجاهات و المفاهيم.
- الإعداد و التأهيل المهني للمتخلفين عقليا.

لا يمكن الحديث عن التكفل النفسي بالمعاقين ذهنيا، دون الحديث عن الجانب الاجتماعي لهذا التكفل، ذلك أنه لا يُمكن الفصل بين الجانبين ولا يُمكن أخذ العناية والكفالة بهذه الفئة من باب واحد، سوى أن الفرق الذي يُمكن تسجيله هنا، هو أنه ومن جانب التكفل الاجتماعي بفئة المتخلفين عقليا، يظهر دور الإرشاد والتوجيه واضحا من خلال علاقته الواضحة مع قطاعات المجتمع المختلفة، ومع فئة المعوقين ذهنيا من جهة ثانية، فإن كان الأخصائي النفسي والتربوي يلعب دوره في التكفل النفسي بالمعوق بحيث يكون لذلك انعكاس على الحياة الاجتماعية للمُصاب، فإن المرشد يلعب دورا موازيا في التكفل به من خلال سعيه لإحداث تغييرات تمس حياته الاجتماعية وتكون لها انعكاسات على حياته النفسية، لكن قبل ذلك لا بد من عرض للتصور العام للمجتمع – بخاصة المدرسة – والأسرة تجاه المتخلفين عقليا، كيف يتعاط هؤلاء مع هذا التصور.

الاتجاهات الأسرية العامة نحو المتخلف عقليا:

كثيرا ما يُضايق المتخلف عقليا موقف الأهل منه وموقف المجتمع وموقف المدرسة، ففي كل الأطراف غلبة لموقف من يعطف عليه لضعفه، أو من يريده، أو من ينكره، أو يستغله، ويؤدي ذلك لدى المتخلف عقليا نوع من تعلقه بالآخرين، ويغلب فيه أنه يميل إلى أحد الطرفين: التبعية أو الكره والعداونية.

إن تصنيف المتخلفين عقليا في فئة خاصة من الناس يعني بشكل منطقي وجود وضع مختلف في حياة هؤلاء عن وضع الناس العاديين، وهذا ما يدفع بالضرورة إلى وجود اتجاهات وتصورات مختلفة لوضع هذه الفئة وسط المجتمع بدءا بالأسرة.

وتعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية النشء، وتلقينهم الأخلاقيات والمعلومات المتنوعة التي تساعد على تكوينهم وتحديد معاملاتهم مع الآخرين.

ومن المعروف أن الطفل المتخلف عقليا لديه قصور جسمي و ثقافي وعقلي، لا يمكنه من تحديد علاقاته و قيمه دون الاعتماد الأكيد على أسرته، التي توجهه بصورة مباشرة وغير مباشرة، حتى يكتسب خلال فترة زمنية معينة الخبرة و القدرة العقلية التي تؤهله للاعتماد على نفسه والتعامل مع الآخرين بإيجابية.

وتتنوع اتجاهات الوالدين والأسرة نحو الطفل المعاق، إما بالإيجاب أو بالسلب، والتي ظهرت في العديد من الدراسات المختلفة، وقد أوضح " كيرك " و " جلانجر " إلى أن أي شخص من وضع نفسه كأب أو كأم لطفل معاق، فإنه سوف يُقَدَّر مدى الألم والضيق واليأس الذي يمثل جزءا لا يتجزأ من وجود طفل معاق في الأسرة، كما أنه سوف يتحقق من درجة الحاجة للسند الخارجي الواجب تقديمه لوالدي المعاق للاحتفاظ بتوازنهما في هذه الظروف المعيقة لحياة الأسرة، وأضاف أن معظم الآباء الذين لديهم طفل معاق يواجهون أزميتين أساسيتين :

الأزمة الأولى: و التي يسميها " كيرك ": نمطا من الموت الرمزي. حيث يُبدي الوالدين أو أحدهما شعورا بأن الطفل المعاق قد يكون عدمه أفضل من وجوده، و أن وجود طفل معاق ذهنيا مخيب لآمال الوالدين و محبط لهما في تحقيق هدفهما في العملية الوالدية، و ما يترتب عن ذلك من ظروف محبطة.

الأزمة الثانية: و تتعلق بمشكلة توفير الرعاية اليومية، حيث يندر أن تكون للأبوين خبرة في تنشئة الأطفال المعاقين ذهنيا، حيث أشار " عادل الأشول " (1993) أن أهم الاستجابات الوالدية و ردود أفعال الأمهات و الآباء الشائعة عندما يظهر عندهم طفل متخلف عقليا:

- القلق، الشعور بالذنب والإحباط واليأس والعجز عن مواجهة المواقف.
- التشكك في التشخيص
- الاعتراف بتخلف الطفل دون تبصر بإعادة الشكلة.

■ التبصر بمشكلة الطفل وقبول تخلفه والسعي إلى تعليمه وتأهيله.

وأوصى بأنه يجب على المرشد النفسي التعامل مع الميكانيزمات الدفاعية للوالدين، في عملية الإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين والتي من أهمها:

- مواقف الحيرة والتذبذب.
- اليأس.
- الإفراط في الحماية.
- الرفض والتبرير.
- الإهمال.

هذا وقد أوضح " كانر " وجود ثلاث أنماط من الاستجابة الوالدية نحو التخلف العقلي

و هي:

1- الاعتراف بالواقع الفعلي، بتقبل الأسرة لطفلها المتخلف عقليا، و توقلم أسلوب حياتها وفق ذلك الظرف الخاص.

2- إنكار الواقع، بحيث تستمر الأسرة في التهرب من حقيقة أن لديها طفلا متخلف، و ذلك باختلاق مبررات ضعيفة تفسر بها حالة طفلها.

3- عجز كامل عن مواجهة الواقع الفعلي، عن طريق الرفض و الإنكار التام عن وجود أية إعاقة ذهنية للطفل، عن طريق الكذب على الذات و على الآخرين.

مبادئ أساسية في إرشاد أسرة الطفل المعاق عقليا:

1- ان مشكلة الطفل المعاق عقليا هي مشكلة الأسرة كلها ،وعلى المرشد النفسي أن يتبنى إتجاهات واقعية نحو الأسرة ،وأن يتفهم مشكلاتها وهمومها ومشاكلها الأخرى.

2- التعرف على هموم أسرة الطفل المعاق من وجهة نظرها، لأن كثير من العلاقات المهنية بين الأخصائيين والأسرة تفشل مبكرا، لأن المرشد عجز عن التعرف الصحيح على مطالب الأسرة الحقيقية.

الإرشاد و التوجيه....تصحيح للاتجاهات و المفاهيم:

بما أن الطفل المعاق يُواجه مشاكل في الاندماج داخل بيئته الأسرية و الاجتماعية منذ سن مبكرة، فهذا يؤشر لعدة مشكلات مستقبلية على المستوى التوافقي، سواء مع الذات أو مع المحيط، لذلك جاء الإرشاد و التوجيه ليُعاوض علم النفس في حل تلك المشكلات، وهو يتخذ من مختلف قطاعات المجتمع مجالا لتكفله بالمعاق ذهنيا، ومحاولة حل أو التخفيف من مشكلاته التوافقية الاجتماعية و النفسية.

وإذا كان المختص النفسي ينطلق عادتاً من تشخيص المستوى العقلي و حالة المتخلف النفسية من أجل وضع برنامج الكفالة و التربية الخاصة المناسب، فإن المرشد ينطلق عادتاً من واقع أسرة المصاب، و يضع خطته للبدء في تغيير الأفكار والاتجاهات الوالدية والأسرية نحو حالة الابن المعاق، ثم مدرسته – سواء كانت عامة أم خاصة – و كذا المتخلف ذهنيا بنفسه في مراحل متقدمة.

(أ)- تكوين الاتجاهات الأسرية الإيجابية نحو المتخلف عقليا:

و لهذا بات الإرشاد والتوجيه يركز في السنوات الأخيرة على ما يُعرف " بالنموذج البيئي "، الذي يركز على التكفل بالمعاق ذهنيا في وسطه البيئي (الأسرة والمدرسة بشكل أساسي)، وكما أسلفنا الذكر، فإن الكثير من الآباء يواجهون صعوبة كبيرة في تقبل حالة ابنهم وعاهته العقلية، خاصة في السنوات الأولى بعد ولادته، فإما أن تتميز هذه الاتجاهات بالرفض ومن ثم ينتج عنها الإهمال، وإما أن تتسم بقبول حالة الابن لكنها تكون استجابات سلبية لأنها قد تسفر عن الرعاية المفرطة، التي يكون لها أضرارها على سير حياة المعاق، لذلك فإن التكفل الاجتماعي بالمعاق يبدأ من الأبوين...

ويرتكز دور المرشدين في هذه المرحلة على محاولة تصحيح نظرة الآباء للإعاقة الذهنية في حد ذاتها، و بأنها ليست بذلك الشبح المرعب الذي يهدد مستقبل الأسرة أو مستقبل العلاقة الزوجية، و بأنها موضوع شائع و يُمكن التعامل و التعايش معه بتعلم أساليب التربية الخاصة.

فالآباء الذين يكونون اتجاهات إيجابية نحو أبنائهم المتأخرين عقليا، متقبلين لهم، و مقبلين عليهم بصدر رحب و تعاطف في جو ملؤه الدفء و المحبة و الرعاية. فإن هذا من

شأنه أن يساهم في تنمية شعور المتأخر عقليا بتقديره لذاته و رضاه عن نفسه، و يجعل كذلك أفراد الأسرة الآخرين يكوّنون نفس الاتجاه الإيجابي نحو الطفل المتأخر عقليا، فيندمج معهم و يحاول تقليدهم و الإتيان بالسلوك السوي.

لذلك تظهر المهمة الأساسية للإرشاد في تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها المتخلف ذهنيا، عن طريق تصحيح نظرة الوالدين و أفراد الأسرة بشكل عام نحو التخلف العقلي، ونحو الفرد المصاب، ثم إرشادهم و تبصيرهم بخصائصه ومطالب نموه وتدريبهم على كيفية التعامل معه، بكل مسؤولية و وعي و تقبل، مما يساهم في إيجاد بيئة اجتماعية مستقرة من الأساس لهذا الفرد المتخلف، و هذا يعني بالضرورة تجنيبه الكثير من المشكلات الانفعالية المبكرة، التي قد تعقد من حالته خاصة عند وصوله إلى سن التمدرس.

(ب)- الإرشاد والتوجيه للمعلمين والمربين في المدرسة:

نظرا لأن الطفل المتخلف ذهنيا في حاجة لتعلم كيفية استخدام حواسه الجسمية، لما يتصف به من ضالة خبراته الحسية والإدراكية، إذن فهو بحاجة إلى غرس المبادئ والعادات الضرورية لتنشئته تنشئة اجتماعية سليمة، وبعد أن تتكفل الأسرة بتجهيزه بالأساسيات من تلك السلوكيات، يأتي دور المدرسة التي تكمل دور المحيط الأسري، سواء كانت مدارس عامة يقصدها ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة، أو خاصة لذوي الإعاقات الذهنية المعقدة.

ويرتكز عمل المرشدين في هذا الجانب على تشكيل اتجاهات المعلمين تجاه التلاميذ أو الطلاب المتخلفين عقليا – في المدارس العامة – وتلقينهم التقنيات والأساليب التربوية المناسبة التي يتعاملون بها مع هذه الفئة، أما في المدارس الخاصة أين تضم عددا من المختصين المدربين أساسا على التعامل مع هذه الفئة، فإن دور المرشدين في هذا الجانب يركز على تقييم و تصنيف قدرات المتخلفين العقلية، والتي على أساسها يقوم المختصون التربويون ببناء برامج التعليم و التأهيل بما يتوافق و تلك المعطيات التي يقدمها المرشدون

و قد ظهرت الكثير من الدراسات التي اهتمت باتجاهات المدرسة نحو المتخلفين عقليا، و قد جاءت بالكثير من النتائج و الاستنتاجات، منها ما قام به " رينتون " (1978) و " ماير " و " كار " (1975)، و " صالح هارون " (1981) و " صبيحة فرج "

و " جيلان قباني " (1991)....، و قد أجريت هذه الدراسات حول اتجاهات المعلمين نحو المتخلفين عقليا، وعن فاعلية تدريبهم و تأثير برامج الإرشاد التي استفادوا منها في تشكيل تلك الاتجاهات، وقد كانت بعض النتائج كالتالي:

- كانت هناك اتجاهات إيجابية أكثر نحو الأطفال المتخلفين عقليا بدرجة شديدة.
- كانت هناك اتجاهات إيجابية أكثر نحو إدماج تلاميذ مستويات التخلف العقلي الشديد في فصول عادية.
- هناك ضرورة لإعداد و تدريب و إرشاد مدرسي و مدرسات التلاميذ المتخلفين عقليا، و تعديل أو صقل اتجاهاتهم قبل و أثناء ممارستهم لمهنة التدريس مع أطفال هذه الفئة.
- أوضحت النتائج أن الإعداد التربوي يؤدي إلى زيادة إيجابية اتجاهات معلمي المتخلفين عقليا، وإلى زيادة معلوماتهم التربوية حول أفراد تلك الفئة.
- فاعلية نظام الورش التعليمية في تعديل اتجاهات معلمي المدارس العادية نحو المتخلفين، وزيادة تقبل هؤلاء المعلمين لأطفال تلك الفئة.

ج - الإرشاد و التوجيه للمتخلف عقليا:

إذا كان المعالج أو المختص يعالجان الاضطراب الذي يعاني منه المتخلف، فإن دور المرشد هنا هو علاج حالات سوء التوافق التي يعيشها هذا المتخلف، لأن أول خطوة يقوم بها المرشد في علاقته الإرشادية مع المصاب، هو تصحيح أفكاره و اتجاهاته – كما فعل من قبل مع الوسط الأسري و المدرسي – نحو إعاقته الذهنية، وتهيئته لتعلم وتلقي السلوكيات المختلفة، التي تمكنه من العثور على التوازن و التوافق الذاتي والبيئي اللذين يبحث عنهما لاحقا، من خلال ما سيكتسبه في المدرسة، و على هذا الأساس فإن التدخل الإرشادي المباشر مع المتخلف يأتي في مرحلتين أساسيتين:

➤ **المرحلة الأولى** هي في سن التمدرس، حيث يخضع الطفل المتخلف ذهنيا للقاءات مع المرشد، إذ يقوم هذا الأخير بتوجيه الطفل إلى الصف التعليمي المناسب له، على ضوء ما يسفر عنه تقييم قدراته الذهنية، إضافة إلى المساهمة في ضبط برامج الرعاية الخاصة رفقة فرق العمل المكلف بالعناية بالطفل المتخلف.

➤ أما المرحلة الثانية التي تستوجب تدخل المرشد، فهي مرحلة العمل، أين يتوجب دمج المتخلف ذهنيا في الحياة العملية، و ذلك ليس بالأمر الهين، إذ يستوجب دراسة متأنية لحالة الفرد المصاب، ودراسة سير تطوره في التعليم أو التربية الخاصة، وما هي أهم الخطوات الإيجابية التي حققها في طريق التغلب على الصعوبات التوافقية التي يعاني منها، و إلى أي نسبة وصل ذلك التحسن، وكل ذلك يندرج ضمن دراسة الاستعدادات والقدرات والميول، التي يوجّه على أساسها المتخلف إلى العمل الذي يُناسب وضعه.

الإعداد و التأهيل المهني للمتخلفين عقليا:

سيرا مع التكفل الاجتماعي بالمتخلفين عقليا، و بعد كل الذي سبق، لا يمكننا الحديث عن إيجاد مكانة اجتماعية لأفراد هذه الفئة، تحفظ لهم كرامتهم الإنسانية و تجنبهم التبعية المستمرة للآخرين، دون الحديث عن ميدان العمل و الشغل الذي يعد تعبيراً هاماً عن مفهوم " الاستقلالية و الاعتماد على النفس " الذي يبحث عنه كل إنسان.

إلا أنه في بعض الحالات أو المناهج الخاصة، فإن تجهيز المتخلفين عقليا للحياة المهنية يبدأ منذ سن مبكرة، أي من فترة المدرسة الخاصة، لكن عموماً يحتل الإعداد والتأهيل المهني حيزاً هاماً من برامج التربية الخاصة، و يمكن تلخيص بعض أهدافه في النقاط التالية:

- الشخص الذي لديه إعاقة – مهما كان نوعها – هو إنسان يجب دمجها في المجتمع عن طريق الحياة المهنية، التي تكفل له احترام الآخرين و احترام نفسه و توفر له دخلاً يمكنه من إعالة نفسه.
- يهدف التأهيل إلى إعداد المعوق للعمل في مهنة أو حرفة، تناسب قدراته دون أن يعتمد على الآخرين في تأديتها بأكبر قدر ممكن.
- إكسابه العادات السلوكية الممكنة التي تمكن له بأن يكون عنصراً فعالاً ومنتجاً ومتوافقاً مع محيطه المهني و الاجتماعي.

هذا وتشير بعض الأبحاث والدراسات إلى أن الدافعية للتحصيل والإنجاز لدى المراهقين من المعوقين ذهنياً ليست مرتبطة بالذكاء، والتنافس الذي يدل على الدافعية قد يوجد عند بعض الأشخاص ذوي الذكاء المنخفض، وتشير تلك الدراسات إلى أن الدافعية عند المراهقين

المعاقين ذهنيا لا تتأثر بسبب نسب الذكاء المنخفضة لديهم، بل تتأثر بسبب الظروف الاجتماعية التي يعيشونها وسط عدم تقدير الآخرين لهم...، لهذا السبب تركز برامج التربية الخاصة على الإعداد المهني للمتخلفين عقليا، وهو ما سنبينه في الفقرة التالية:

➤ إعداد الأطفال المعوقين ذهنيا إعدادا مهنيا:

في السنوات القليلة الماضية ظهر الاهتمام واضحا نحو العمل على إعداد ضعاف العقول للمهن التي تتفق و إمكاناتهم و قدراتهم، و يتضمن هذا الاتجاه العمل على إعداد برنامج أو برامج مختلفة، يمكن عن طريقها مواءمة هؤلاء الأطفال مع نوع العمل الذي يوافقهم، و مادام هؤلاء الأطفال غير متفوقين من النواحي الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب، فإن أحسن برنامج لهم هو فصول تعدم للنواحي العملية والمهنية، ولقد وضع المسح الذي قامت به إحدى الدراسات، أن الأطفال ضعاف العقول من سن البلوغ لم يكونوا مهرة بدرجة كافية في الأعمال التي التحقوا بها، و ذلك لافتقادهم إلى التدريب، ونصحت بأن يتعلموا عادات واتجاهات العمل الذي سوف يمارسونه في المستقبل. بل إن بعض المدارس الخاصة بهذه الفئة قد اهتمت بإعداد هذه الفئة من الأطفال بالطرق الملائمة لهم، لذلك أعدت قائمة بالأعمال التي تناسبهم ثم بنوا نشاطهم و مشروعاتهم على هذا الأساس، أي إتاحة الفرصة للمتخلف عقليا بدرجة تسمح له بإنماء قدراته حتى يستطيع الاعتماد على نفسه بدرجة كبيرة، فضلا عن أن التعليم يزوده بالمهارات المهنية و الاجتماعية و يُسيّر البرنامج الذي قام لإعداد الأطفال ضعاف العقول للمهن المختلفة في خمس خطوات:

- 1- التعريف بالعمل فيزود الأطفال بمعلومات عن المهن والتحليل المهني ومدى أهمية الفرد.
- 2- التوجيه والإرشاد – كما سبق و ذكرنا – وهو أن يوجه الطفل إلى بعض الأعمال التي تتفق مع استعداداته و قدراته.
- 3- التدريب المهني، فيدرب الطفل على المهارات اليدوية الخاصة بالعمل الذي يوجه له. (وتلك المهارات تلعب دورا آخر في تحسين المستوى العقلي والكفاءة العصبية و الإدراكية للطفل المتخلف أيضا).

4- مساعدة الطفل على إيجاد عمل له.

5- مساعدة الطفل على المواءمة بينه وبين العمل الذي يحصل عليه، و أن يصل إلى

درجة طيبة من تكيفه الشخصي و الاجتماعي.

عندما يصبح الفرد المعاق ذهنيا جاهزا للعمل، فإننا نكون على مشارف آخر خطوات التكفل الاجتماعي به، و هي عملية " تشغيله " في العمل الذي تم إعداده له، أي أننا نكون بصدد جعله يصنع مكانته الاجتماعية بنفسه، إلا أن ذلك يستوجب مراعاة بعض المبادئ والقواعد، التي يلتقي فيها الجانب الموضوعي مع الجانب الأخلاقي في تشغيل المعاق، والتي يمكن اختصارها كالتالي:

- أن يكون التشغيل مرتبطا بالتدريب الذي تلقاه المعاق.
- تجنب تخصيص وظائف لمجموعات محددة من المعاقين.
- أن لا يؤدي العمل الذي يقوم به المعاق إلى تعريض نفسه أو الآخرين للخطر.
- دراسة بيئة العمل وظروف الاستخدام.
- عدم التمييز والتفريق بين المعاقين والأسوياء في أماكن العمل وعدم معاملتهم معاملة خاصة.
- نصل إلى نتيجة أن التكفل الاجتماعي بالمتخلفين عقليا، يستمد جوهره من الدور الذي يلعبه جميع أفراد المجتمع، بدءا من أفراد الأسرة، والمعلمين والمدرسين في المدرسة، وكل المختصين والمرشدين، وانتهاء بأرباب الشغل والعمل وباقي الأفراد، في مساعدة هذه الفئة من أجل إثبات ذاتها و قدراتها و كذا تحقيق أكبر قدر من التحسن والتغلب على مشكلاتها التوافقية.

4- مفهوم أساليب التدريس **المُعاقين عقليا**: يُعتبر من الموضوعات الهامة في مجال تعليم

الأطفال المعاقين عقليا. ويتضمن هذا الموضوع الإجابة على السؤالين الرئيسيين التاليين:

ما الذي ندرسه للأطفال المعاقين عقليا؟ كيف نُدرّس الأطفال المعاقين عقليا؟ و يلخص

السؤال الأول محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقليا، أمّا السؤال الثاني يلخص أساليب

تدريس الأطفال المعاقين عقليا.

5- **أساليب تدريس المعاقين عقلياً:** تقدّم دروس التعليم الخاص خدمةً فريدةً للطلاب الذين يعانون من إعاقات جسدية أو إعاقات عقلية، إذ يوفر تعليمًا جيدًا للطلاب ذوي الإعاقة على اختلاف مهاراتهم العقلية، كما تضمّ هذه الفصول الدراسية الخاصة مجموعات واسعة من مستويات القدرات المختلفة التي تُغطّي شريحة كبيرة من الطلاب الذين يعانون من صعوبات في التعلّم، ومن أبرز الاستراتيجيات التي يمكن لمعلمي التعليم الخاص استخدامها لتحقيق الفائدة لجميع الطلاب:

6- **تشكيل المجموعات الصغيرة:** يمكن أن يساعد تشكيل المجموعات الصغيرة المكوّنة من طالبين أو ثلاثة طلاب على الأكثر داخل الفصل الدراسي المُصنّف وفقًا لمستوى القدرات على تخصيص التدريس مع عدم التضحية بإهدار وقت التدريس في الفصل.

7- **إنشاء مراكز في الفصول الدراسية:** تُعدّ طريقة إنشاء مراكز في الفصل الدراسي طريقةً فعالةً أخرى يمكن لجميع الطلاب بها، إذ يتخصّص كل مركز ضمن مستوى تعليمي واحد فقط، كما تقدّم المراكز قائمة موحّدة في التعليمات، وجميع مواد الدروس، وتقدّم المراكز أيضًا توجيهًا ذاتيًا للسماح للمدرّس بالتناوب بين المراكز المختلفة. كما يمكن للطلاب أيضًا تطبيق هذه المعرفة على المهام الفردية الخاصة بهم، كما يمكن للمدرّس دائمًا إضافة بعض المحتوى المختلف للطلاب الأكثر تقدمًا.

8- **التناوب في الدروس:** يمكن إتباع طريقة التناوب في إعطاء الدروس داخل المجموعات أو المراكز المختلفة في أي يوم خلال الفصل الدراسي عبر تقديم مواد جديدة إلى مجموعة واحدة مع التأكد من القيام بمزيد من الأنشطة المستقلة من الآخرين.

9- **التعليمات الموضوعية:** لعبت طريقة التدريس باستخدام التعليمات الموضوعية دورًا فعالًا في سياق التعليم الخاص، إذ تربط هذه الطريقة موضوعًا واحدًا بالعديد من الموضوعات الأخرى المختلفة بغرض جذب انتباه واهتمام الطلبة، بالإضافة إلى تواصل مشاركتهم الفعالة، كما تضمّ المواضيع المختلفة سياقات في مهارات القراءة والفهم، أو في مهارات الكتابة أيضًا.

10- توفير المستويات المختلفة من الكتب والمواد: يجمع فصل التدريس الخاص مجموعة متنوعة من مستويات القدرات بين الطلاب ذوي الإعاقة، إذ يجب التأكد من توفر مستويات مختلفة من الكتب المدرسية، والمواد التعليمية الأخرى لكل مادة لضمان تحقيق الكفاءة التعليمية.

11- طرق تدريس ذوي الإعاقة العقلية:

➤ **الحوار والنقاش:** يعدّ الحوار والنقاش أحد الأساليب الأساسية في التدريس، إذ إنها تركز على الجوانب اللغوية في التواصل بين الطالب والمعلم، علماً أنها تساهم في تنمية المهارات اللغوية للطفل المعاق عقلياً. كما تساهم هذه الطريقة في حل العديد من المشاكل اللغوية التي يعاني منها الطفل المعاق عقلياً، مثل التأتأة، واللججة، والتلعثم.

➤ **البحث اللفظي:** تعد هذه الطريقة ملائمة لذوي الإعاقة العقلية كونها تحفزهم على إظهار استجاباتهم للدرس، علماً أنها تعدّ إحدى أنواع المساعدة الآنية والمؤقتة التي تساعد الطفل على إكمال الأمر المطلوب منه، وذلك من خلال لفظ جزء من الكلمة، بحيث يفهم الطالب البقية، وينطق بالإجابة الصحيحة.

➤ **التمثيل:** يقوم الطالب في هذه الطريقة بعمل حلقة تمثيلية يتقمص فيها أدوار شخصيات مختلفة، مثل شخصية الأب، أو النجار، أو المعلم، أو الطبيب، وغيرهم، حيث من الممكن التركيز في هذه الطريقة على الجوانب الإيجابية لاتجاهات مختلفة، مثل: النظافة، والعمل الجماعي، وغيرها.

➤ **طريقة المحاكاة والنمذجة:** تعتمد هذه الطريقة على تعديل تصرفات الطلاب المعاقين عقلياً، خاصة الأطفال منهم، حيث يكون ذلك بملاحظة سلوك الأهل والمعلمين وغيرهم، ومحاولة تقليدهم، ولا بدّ من الإشارة إلى أنّ المحاكاة تعرض نموذجاً للعلاقات المعقدة بين البشر وغيرهم، حيث يقوم المعلم بمعالجة هذه النماذج عن طريق تقريبها إلى أذهان الأطفال، بمحاكاة مهارة معينة، ثم يطلب من الطفل تقليدها كما لاحظها وشاهدها.

➤ **الحث البدني:** يتدخل المعلم في هذه الطريقة بشكلٍ بدني، حيث يساعد الطالب، ويسمك يديه ليؤدي الوظيفة المطلوبة منه، مثل توجيهه للطريقة الصحيحة لمسك القلم.

➤ **التعلم باللعب:** تعتبر هذه الطريقة من الطرق الناجحة لتعليم ذوي الإعاقة العقلية، حيث يصبح الطالب عنصراً فعالاً، ونشطاً خلال العملية التدريسية، وذلك لوجود التفاعل بينه وبين المعلم نتيجة القيام ببعض الألعاب التعليمية التي تغري الطالب على التفاعل بما يخدم المادة التعليمية.

➤ **الخبرة المباشرة:** تعرف هذه الطريقة أيضاً باسم طريقة المشروع، وهي طريقة تحت الطلاب على التفكير في مشاريع جديدة ملائمة لاهتماماتهم الشخصية، ولأهداف المادة التعليمية في آنٍ واحد.

➤ **القصص:** يقوم هذا الأسلوب على العرض الحسي المعبر، بحيث يتمكن المعلم من جذب الطلاب للمادة بطريقة جذابة وشيقة، كما يكسبهم حقائق، وخبرات جديدة، وذلك بتعليمهم معلومات وحقائق عن مواقف، أو حوادث، أو شخصيات، أو ظواهر معينة.

كما أن الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية، وخصوصاً الأطفال منهم من الممكن أن يتم تدريسهم مجموعة من المعارف، التي تساعد على اكتساب مجموعة من المهارات المفيدة، ومن أهمها: تحليل المهمات وهو أسلوب التدريس الذي يتم من خلاله تكليف المتعلم بمجموعة من المهمات ليقوم بها، وعليه أن يحرص على تطبيقها بشكل صحيح، بالاعتماد على مجموعة من الخطوات التي يضعها المعلم له.

الخطـة

تمهيد

1. تعريف الإعاقة البصرية
2. تصنيف الإعاقة البصرية
3. مظاهر الإعاقة البصرية
4. أسباب الإعاقة البصرية
5. قياس وتشخيص الإعاقة البصرية
6. مستوى النمو الحركي والجسمي للطفل المعاق
7. سمات شخصية المعاق بصريا والعوامل المساهمة في ظهورها اوضموها:
8. رعاية وتأهيل المعاقين بصريا
9. الوقاية من الإعاقة البصرية

المحاضرة الثالثة

سيكولوجية المعاقين بصريا

تمهيد :

تعتبر وظيفة الإبصار من الوظائف الأساسية والمهمة للكائن الحي ويشعر الفرد بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على الرؤيا لسبب ما يتعلق بالعين أو بالعوامل الخارجية، فيتأثر الفرد بهذه الإعاقة البصرية وتنعكس على مختلف جوانب حياته.

تختلف درجة التأثير حسب عدة عوامل، خاصة ما يتعلق بالتقبل الأسري فيحتاج بذلك المعاق بصريا إلى رعاية نفسية واجتماعية مهمة تمكنه من التوافق في المجتمع.

1-تعريف الإعاقة البصرية:

ككل مصطلح حاول العلماء تعريفه وتفسيره، كان الأمر بالنسبة لمصطلح الإعاقة البصرية حيث إن هناك من يقول انه وراثي فيزيقي وهناك من يقول انه سببه بيئي أي مكتسب وبين هذين النقيضين وجد العلماء عدة تعاريف وسطية نذكر منها تعريف يشير إلى قصور أو عجز في حاسة البصر وان هذا القصور يجعله غير قادر على القيام بعمل ما.

ولقد حاول الكثير من العلماء تحديد مفهوم دقيق للإعاقة البصرية فكانت التعاريف متقاربة تارة ومتفاوتة تارة أخرى، وفيما يلي تعريفات الإعاقة البصرية حسب كل مجال:

أ- من المنظور اللغوي:

يستخدم عدة ألفاظ منها الأعمى أي عمى البصر وأيضا الأكمه أي العمى قبل الميلاد حيث يولد الطفل مطموس العينين وكذا الضرير بمعنى سوء الحال والضرير فاقد البصر ولفظ كفيف معنا ه المنع.

والعمى حسب القاموس النفسي Larousse هو إعاقة تستطيع أن تكون وراثية أو تحصل فجأة نتيجة حادث، أو تحدث تدريجيا حتى فقدان الكلي

(ب)- من المنظور الطبي:

ي تلك الحالة التي يفقد الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه الخلل وهو إما خلل طارئ كالإصابة بالحوادث أو خلل ولادي يولد مع الشخص. ويعرف الشخص الأعمى بأنه ذلك الشخص الذي تكون حدة أبصاره تساوي أو تقل عن 20/200 في أقوى العينين وذلك بعد محاولات التحسين أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة

(ج)- من المنظور التربوي:

يعرفها ميتلر (Mettler) «ذوي الإعاقة البصرية أولئك الفاقدين للبصر كلية وهم أولئك الذين يكون البصر لديهم شديد القصور والضعف حيث يتطلب تربية بمناهج لا تتضمن حاسة البصر وهم إما ضعاف البصر أو عميان وظيفيا أي لا يمكنهم القراءة ألا بالبرايل، وإما العميان كلياً لا يرون شيئاً».

2- تصنيف الإعاقة البصرية:

من خلال التعاريف السابقة قام العلماء بتقسيم الأشخاص المعاقين بصريا حسب بعض المتغيرات كشدة الإصابة والعمر عند الإصابة كذا السن المعاق بصريا وتتنقسم كالتالي:

2-1- التصنيف حسب شدة الإعاقة البصرية:

يقسم بعض العلماء الإعاقة البصرية حسب شدة الإعاقة إلى مجموعتين أساسيتين وهما:

أ- **ضعف البصر:** حيث يستطيع ضعيف البصر استخدام الإبصار لأغراض التعلم إلا أن إعاقته البصرية تتداخل مع القدرات الوظيفية اليومية، وهم من تتراوح حدة إبصارهم المركزية بين (6/20 متر) و(6/60 متر) في أقوى العينين.

ب- **كف البصر:** ويعني أن الشخص يستخدم اللمس والسمع للتعلم ولا يوجد لديه استعمال وظيفي للإبصار، ومن أكثر التعريفات شيوعا ما ينص على أن الشخص يعد اعمى إذا ما

كانت حدة إبصاره المركزية تساوي أو تقل عن (6/ 60متر) في أقوى العينين، وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة.

وهناك أصناف أخرى من المعاقين بصريا وهي كالتالي:

- الأشخاص الذين لا يرون شيئا، ولم يروا أبدا. (aveugle absolue)
- الأشخاص الذين لم يروا أبدا ثم أصبحوا يرون قليلا بعد عملية جراحية وهو ما يسمى
- الأشخاص الذين يستطيعون تمييز الألوان والأضواء
- الأشخاص الذين أبصروا جيدا ثم اصبي بالعمى.
- الأشخاص ضعيفي البصر وأصبحوا لا يرون شيئا.

2-2- التصنيف حسب العمر عند الإصابة:

يميز هذا التصنيف بين مجموعتين من الإعاقة البصرية وفق متغير العمر عند الإصابة وتتوزع على النحو التالي:

- أ- **الإعاقة البصرية الخلقية (الولادية):** وتظهر الإعاقة البصرية عند الولادة أو خلال الطفولة الأولى.
- ب- **الإعاقة البصرية المكتسبة:** وتظهر هنا الإعاقة البصرية بعد سن العامين.

2-3- التصنيف التربوي: المكفوفين بصريا هم فئتان:

المكفوفين:

إما الذين فقدوا حاسة البصر أو كان بصرهم من الضعف لدرجة يحتاجون معها إلى أساليب لا تعتمد على استخدام البصر ولا يستطيعون التعامل البصري من مسلتزمات الحياة اليومية بالقدر الذي يتيح لهم الأخذ والعطاء في يسر وكفاءة نسبية.

ضعاف البصر:

أي الذين لا يمكنهم بسبب نقص جزئي في قوة الإبصار متابعة الدراسة العادية ولكن يمكن تعليم بأساليب خاصة تساعدهم في استخدام البصر.

المكفوف في نظر التربية الخاصة:

المكفوف هو الشخص الذي يعجز في استخدام بصره في الحصول على المعرفة، ولكن يمكنه الحصول عليها عن طريق حواسه الأخرى وخاصة حاسة السمع. فالمكفوف يعجز عن استخدام بصره في عملية التعليم بما يستدعي تعديل الخدمات التربوية اللازمة لنموه وبأسلوب يتفق مع ذلك العجز.

3- مظاهر الإعاقة البصرية:

(1)- **طول النظر:** حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية.

(2)- **قصر النظر:** وهي عكس الحالة السابقة، حيث أن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة.

(3)- **اللابؤية:** وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما.

4- أسباب الإعاقة البصرية:

قبل الخوض في الأسباب ينبغي الإشارة إلى أن عوامل عديدة جدا قد تقود إلى أمراض وحالات تؤثر على العين، ويعتمد مدى تأثير هذه الأمراض على الوظائف البصرية على موقع الإصابة، أسبابه، شدته وعمر الإنسان.

تختلف أسباب الإعاقة البصرية ودرجتها وأشكالها وزمن حدوث هذه الإعاقة من فرد لآخر، فعندما يولد الطفل معاقا بصريا أو يصاب بالإعاقة البصرية قبل سن السادسة فإنه يطلق على إعاقته، الإعاقة البصرية الولادية أو الخلقية، أما إذا أصيب الفرد بالإعاقة البصرية بعد سن السادسة فإنه يطلق على إعاقته بالإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة، وفيما يلي نذكر مجموعة من الأسباب تتراوح بين الأسباب الولادية وأسباب مكتسبة كما يلي:

- (1)-**الحول:** هو اختلال في وضع العين أو إحداهما، مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية بالإضافة إلى إرهاق العين.
- (2)-**البهق:** يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة، مما يؤدي إلى امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية، وسبب البهق هو خلل في البناء.
- (3)-**المياه البيضاء:** وهي حالة تفقد فيها عدسة العين الطبيعية شفافيتها بسبب عتامة تنتج عن تصلب الألياف البروتينية المكونة لها مما يفقدها شفافيتها.
- (4)-**الحصبة الألمانية:** تؤدي الإصابة بالحصبة الألمانية في الشهور الثلاثة الأولى للحمل إلى الإصابة بالعديد من الإعاقات ومنها كف البصر.
- (5)-**مرض السكر:** وهو أحد مسببات الإعاقة البصرية حيث تسبب زيادة مستوى السكر في الدم وصعوبة امتصاصه في خلايا الجسم وخصوصا خلايا الشبكية مما يؤثر على أدائها لوظائفها.
- (6)- **المياه السوداء:** ويقصد بذلك تزايد الضغط على كرة العين، حيث تتجمع السوائل داخل العين مما يؤدي إلى زيادة الضغط على كرة العين.
- (7)- **أمراض الشبكية:** ويقصد بذلك تلك الاضطرابات التي تصيب الشبكية من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية.
- (8)- **أمراض العدسة:** ويقصد بذلك تلك الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب عدسة العين، أو الأجزاء الخلفية للعدسة.
- (9)- **التهابات العين:** ويقصد بذلك الالتهابات المزمنة التي تصيب القرنية أو القزحية أو الملتحمة، الأمر الذي يؤدي إلى شكل ما من أشكال الإعاقة البصرية.
- (10)- **الحوادث وأسباب أخرى:** ويقصد بذلك إصابة العين أو أجزاء منها بصورة مباشرة أو غير مباشرة بخلل ما نتيجة لحوادث منها الضرب على الرأس، أو إصابة العين بضربة مباشرة.

تأتي العوامل المؤثرة في مرحلة ما قبل الميلاد التي تشمل المشكلات الوراثية و الولادية في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية بين الأطفال حيث تمثل حوالي 65% من الحالات.

5- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

يمكن تشخيص الإعاقة البصرية من خلال بعض المؤشرات والأعراض التي تظهر وتدل على وجود مشاكل في الرؤية. مثل احمرار العينين وفركها بشكل مستمر وإدماع العينين بغزارة. تكرار رمش العين أو وجود مشاكل واضحة بالعين. والشعور بالتعب أثناء القراءة ومشاكل في التمييز بين الألوان وعدم الرؤية الواضحة في الإضاءة العادية.

يمكن ايضاً استخدام لوحة سنلن:

وهي عبارة عن ثمانية مجموعات من الحروف ويطلب من الشخص تحديد اتجاه فتحة الحرف من على مسافة ستة أمتار.

يوجد ايضاً مقياس فروستج للإدراك البصري:

وهو يختبر تآزر العين مع الحركة والشكل والأرضية واختبار ثبات الشكل والوضع في الفراغ. مثل تمييز الانعكاسات وتعاقب الأشكال واختبار العقلات المكانية. ويقاس القدرة على تحليل بعض الأشكال التي تحتوي على زوايا وأطوال مختلفة.

6- مستوى النمو الحركي والجسمي للطفل المعاق:

1-6 النمو الجسمي:

إن النمو الجسمي للمعاق بصريا يسير بشكل طبيعي وخاصة من حيث الطول والوزن فهو لا يختلف عن النمو الجسمي للأطفال المبصرين.

لكن المعاق بصريا يواجه صعوبات فائقة وقصورا في ممارسة أنشطة الحياة اليومية وفي تنقلاته من مكان لآخر وقد يتضح القصور في مهارات التناسق الحركي والتآزر العضلي وذلك نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد لكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية، وقد يكون

القصور نتيجة لعزوف الأفراد المعاقين بصريا عن الاشتراك في الأنشطة الحركية وتوقعا لفشلهم في الأداء هذه الأنشطة مقارنة بالعاديين، فنظرا لنقص المعرفة بمكونات البيئة ونقص المفاهيم والعلاقات المكانية التي قد يلاحظها ويستخدمها المبصرون، حيث إن كثير من المكفوفين يواجهون صعوبات في مجالات تتصل بواقع الأشياء وتحديد أماكنها ومعرفة اتجاهها فبعضهم يوجه صعوبات في استيعاب أبسط المفاهيم المتعلقة بالإدراك المكاني.

ومن الخصائص الجسمية والحركية للمعاقين بصريا ظهور السلوك النمطي اللازمات الحركية مثل فرك العينين واللعب بالأصابع، اهتزاز الجزء العلوي من الجسم إلى الأمام أو إلى الخلف أو رفع الحاجبين باستمرار وقد يرجع ذلك إلى محاولة التعويض لفقد البصر أو نتيجة الشعور بالحرمان الاجتماعي أو شعوره بالتوتر فقد يلجأ إلى استخدام هذه الحيل أي الحركات النمطية لإعادة توازنه وتكيفه.

6-2 النمو المعرفي:

حاسة اللمس والسمع هما أهم سبيل لاكتساب المعاق بصريا المعرفة، لهذا فإن معرفته يشوبها نوع من النقص.

وقد حدد لوفيلد "Lowenfeld" ثلاث محددات أساسية للنمو المعرفي للمعوقين بصريا:

أ- محددات ترتبط بتنوع الخبرات ومداها.

ب- محددات ترتبط بمجال الحركة والتنقل.

ج- محددات ترتبط بإمكانية ضبط البيئة والسيطرة عليها.

تبدأ مظاهر البطء في النمو المعرفي تظهر خاصة في الشهر الخامس ومن ثمة تظهر جليا في سن التمدرس حيث يجد المعاق بصريا صعوبة في عمليتي التمثيل والموائمة بسبب محدودية خبراته الحسية مثلا الوصول إلى الأشياء الكبيرة جدا أو الصغيرة جدا وبالتالي تكوينه للعلاقات المكانية والمفاهيم المجردة يكون مضطربا نوعا ما، وهنا نلاحظ انه لا ينجح كثيرا في ربط الكلمات بمعانيها.

7- سمات شخصية المعاق بصريا والعوامل المساهمة في ظهورها أو ضمورها:

إن التحدث عن سمات الشخص الكفيف لا يعني أبدا أننا وضعناه في خانة محددة لا يمكنه الخروج منها، أو أننا نحكم عليه أنه يجب أن تكون فيه هذه السمات.

القضية هي إن البحوث والدراسات تجدها في بعض الأحيان تتشابه في نتائجها، لهذا سنحاول رصد السمات المتفق عليها تجريبيا، ولكن قبل أن نسرد بعض السمات العامة التي نرى أنه من الواجب الإشارة إلى:

7-1 أهم العوامل التي تساهم في ظهور وضمور هذه السمات منها:

- **توقيت حدوث الإعاقة:** إن السن الذي تحدث فيه الإعاقة البصرية له تأثير كبير على شخصية المعاق بصريا وتوافقه، فهناك أطفال ولدوا فاقدن البصر وأطفال أصيبوا بكف البصر في سن الخامسة من العمر أو قبلها وهؤلاء يتساوون مع من ولدوا فاقدن البصر، نظرا لنزوع الصور والمعلومات البصرية التي اكتسبها إلى التلاشي التدريجي من مخيلته وذاكرته بمرور الأيام ومن ثم يعتمد بشكل كلي على الحواس الأخرى كالسمع واللمس في اكتساب المعلومات والمعارف والتنقل والحركة.

هناك فئة من الأطفال أصيبوا بفقد البصر بعد سن الخامسة من العمر وهؤلاء الأطفال تبقى لديهم صور ومعلومات وأفكار وخبرات بصرية مختزنة تميل إلى أن تبقى نشطة وفعالة في مجالاتهم الإدراكية، بحيث يمكنهم استرجاعها واستحضارها والإفادة منها كمادة خام في بناء انساق وتركيبات تخيلية عديدة وفي تكوين المفاهيم وفي تعليمهم وتدريبهم.

- **درجة الإعاقة البصرية:** تختلف استعدادات المعوقين بصريا وقدراتهم تبعا لاختلاف درجة فقدان البصري كلية أم جزئية وأي عيب في النظر يؤثر على شخصية الكفيف وعلى قدرته على التنقل أو العمل وعلى درجة اعتماده على نفسه وعلى انجازه المهام الخاصة به.

- **كيفية حدوث الإعاقة:** تحدث الإعاقة البصرية إما بشكل مفاجئ تدريجيا وببطء والإعاقة المفاجئة تحدث كصدمة لا يفقد فيها الشخص أغلى حاسة لديه فحسب، بل يحس أيضا نحو

الإعاقة حينئذ بنفس الشعور والاتجاه الموجود لدى الجمهور العادي اتجاه المصابين بالإعاقة وتنسجم لديه الأفكار بأنه أصبح عاجزاً، كما انه يشعر بالخوف من الظلام وربما ينتج عنها الانطواء والتبذل الانفعالي الشديد كما قد تنتابه أفكار تتجه نحو الانتحار.

أما في حالة الإعاقة التدريجية فيغلب الشعور بعدم الاستقرار ومن ثم لا يقتنع الشخص برأي واحد بل يتعلق بأي إشارة تؤدي إلى الأمل.

- **حالة العين ومنظرها:** إن إحساس الشخص بتغير حالة العين أو بخطر حدوث هذا التغير يسبب له القلق والاضطراب، وتشوه الوجه بسبب العين التي تستدعي أحيانا الاستئصال وتلقى اعتراض قوي من طرف المريض كونها تقضي على كل آماله في استعادة نظره.

- **الاتجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة البصرية:** إن اتجاهات الأفراد المحيطين بالطفل المعاق بصريا اثر بالغ في التأثير على شخصية وخصائصه والتي تتراوح بين اتجاهات إما يغلب عليها الإهمال والنبذ أو العطف المبالغ فيه وهذه الاتجاهات تسبب التوتر وعدم الثقة في النفس.

وإما اتجاهات يغلب عليها الاعتدالية والمرونة فتساعدهم على تنظيم شخصياتهم بما يحقق لهم النضج النفسي والاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي.

- **الحالة النفسية:** عجز المعاق بصريا يفرض عليه عالما محدودا فحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين. حتى ينالهما فهو محتاج إلى الاستقلالية والتحرر ولكنه حينما ينالهما يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يفعل المبصرون وقد يلجأ إلى أنواع من الحيل الدفاعية اللاشعورية التي قد تساعده على الهروب من هذه الحالة النفسية القلقة.

- **العلاقات الاجتماعية والمراهق المعاق بصريا:**

تتميز فترة المراهقة باتساع شبكة العلاقات الاجتماعية وأخذها بعدا أكثر حدة وتطورا عما كانت عليه في مرحلة الطفولة التي اقتصر نشاطها الاجتماعي على أفراد الأسرة والأقارب، لكي يشمل في هذه المرحلة علاوة على أفراد جنسه أفراد الجنس الآخر وتنسم المواقف

الاجتماعية للمراهق المعاق بصريا باضطراب العلاقات سواء تعلق الأمر مع أسرته أو في أدائه لدوره الاجتماعي مما ينجم عنه سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية.

وتلعب الاستعدادات الفطرية لدى المراهق المعاق بصريا وتوزيع الأدوار بين الجنسين دورا في تكيف الاجتماعي فقد أوضحت سومرز في دراسته لشخصية المعاق بصريا أن المعاقة بصريا تفوق المعاق بصريا في القدرة على التكيف.

أهم العلاقات الاجتماعية التي تربط المعاق بصريا بالمحيط:

✓ **العلاقة مع الأسرة:** إذا كان التوازن على مستوى الأمل للعلاقات الأسرية الايجابية التي تتميز بالتساند والتكامل فإن إعاقة المراهق المعاق بصريا، افتقاده لأداء دوره تمثل مصدرا لاضطراب وعبئا على أداء الآخرين وبالتالي يمثل إعاقة لأسرته.

وتنمي المراهقة من حدة سلوك المعاق بصريا المسرف بالغضب والقلق والحساسية وتنعكس آثار هذا السلوك المضطرب على الأسرة فتقابه هي كذلك بسلوك مفرط في الشعور بالذنب وبالحيرة أو بالحماية الزائدة الأمر الذي ينعكس على توازن الأسرة وتماسكها ويؤثر على وظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقي أعضائها.

وقد انتهت دراسة بومان في دراستها التي تناولت تكيف المعاق بصريا في الأسرة إلى نتيجة مؤداها أن تقبل الأسرة لابنها المعاق بصريا وتوفير الظروف والمناخ التربوي السليم الذي يتحاشى كلا من الحماية الزائدة التي تحد من نشاطه وحرية أو إهمال واللامبالاة فإنها تسهم ايجابيا في توافقه النفسي.

✓ **العلاقة مع المجتمع:** تحد الإعاقة البصرية من تطور المراهق المعاق بصريا وتنعكس بقوة نامية على نشاطه فان كانت العين هي الحاسة التي تتغلب على المسافة وتعطي في نفس الوقت تفاصيل الشيء وهي التي تسمح الاتصال بالمجتمع ومراقبته أكثر مما تسمح به الحواس الأخرى فان المراهق المعاق بصريا يعاني انقطاع عن العالم الخارجي وعن العالم الاجتماعي الأمر الذي يحد من تعلقه بالمجتمع ويؤثر على قدرته في مسايرة وتيرته وبالتالي فانه يجد صعوبة كبيرة ومعاناة في امتصاص قيم ومعايير المجتمع والانضباط لأوامره ونواهيه مما يؤثر سلبا على فرص الحصول على مبادئ السيرة

المرتكزة على المحاكاة والافتداء النظري التي تلعب دورا مهما في نموه خصوصا فيما يتعلق بحديثه وسلوكه ... الخ.

إن كف البصر مسؤول عن ابتعاد المراهق المعاق بصريا عن مجتمعه مهما كانت مقدرته على التحكم في اللغة المنطوقة، باعتبارها من أهم مرتكزات التواصل الإنساني، ذلك أن العملية التواصلية الإنسانية عملية تتكامل فيها مجموعة من المكونات المرتبطة بالبصر وإتقان اللغة والإشارات.

غير انه على عكس ما قد يخلفه الانطباع الأولي والتحليل السطحي والذي يركز على الإعاقة باعتبارها مصدرا وحيدا وقطباً موردا لسوء التوافق حيث إن أغلب الدراسات والأبحاث التي أجريت على المراهق المعاق بصريا تؤكد أن سوء توافقه واضطراباته الانفعالية ترتبط أساسا بعوامل اجتماعية ممثلة في اتجاهات الآخرين نحوه وخاصة اتجاهات الآباء والأمهات أكثر من ارتباطها بالإعاقة البصرية بشكل مباشر ويرى كتسفورت«إن العمى وحده لا يمكن أن تفسر العجز_الجسمي والاجتماعي والاقتصادي الذي يوجد لدى المعاق بصريا بل إن العجز والقصور ناشئان من صلة المعاق بصريا بالمجتمع ومواقفه منه».

✓ **العلاقة مع الجماعة:** تتميز فترة المراهقة بتبلور الوعي الاجتماعي والمتمثل في الزيادة الواضحة المتصلة بالحاجة الملحة للانتماء إلى الجماعة باعتبارها بديلا عن المجتمع الأسري الذي لا يلبي مطالب المراهق ولا يعترف برجولته، وباعتبارها مجالا مناسباً لإشباع حاجات النمو الاجتماعي القائم على تبادل الأدوار وتحقيق الذات. غير إن المراهق المعاق بصريا لا يقوى على مجاراة نمط ونظام جماعة المبصرين فيشعر بعدم المساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفاءته لهم، مما ينمي لديه الاتجاهات السلبية ويؤدي به إلى الانسحاب من الجماعة والتفوق على نفسه.

2-7 خصائص وسمات المعاقين بصريا:

يعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية لهم خصائص يتميزون بها عن الآخرين من ذوي الإعاقات المختلفة ومن أهمها:

- **خصائص ذهنية وعقلية:** وهذه تكون من خلال التطور الذهني والعقلي لهم وأنه يتأثر بشكل كبير. فقد لا يمكن للشخص ذو الإعاقة البصرية الكشف عن المحيط الخارجي له بنفسه بمعنى أن الطفل الذي يحمل إعاقة بصرية. لا يتمكن من اكتشاف العالم الذي يتعايش فيه ويتفاعل معه مثل الطفل الطبيعي، لذا فإن التطور الذهني هو أهم ما يميز المعاقين بصرياً في الكشف عن محيطهم الخارجي.
- **خصائص لغوية:** وهي التي يستطيع أن يتأثر المصاب بها خلال سنوات حياته الأولى. وقد تتحسن تلك الخاصية من خلال القدرة على التعبير الشفوي وهذا لأنه في الغالب. قد يركز في التعامل مع الآخرين بواسطة السمع والتعلم الشفوي، حتى يتمكن من التواصل الخارجي.
- **خصائص اجتماعية:** والتي غالباً ما تؤدي إلى عدم القدرة على التعامل بشكل طبيعي. وهنا دور الأسرة والمجتمع المحيط بالشخص في عمل إحاطة وتأهيل اجتماعي. من أجل جعل المصاب يستطيع الانخراط بشكل طبيعي وكأنه فرد عادي غير مصاب بمرض.
- **خصائص حركية:** يعاني بالطبع المعاقون بصرياً من مشاكل في الحركة بسبب عدم قدرتهم على الرؤية ومعرفة الوسط الذين يتحركون فيه.
- **خصائص تعليمية:** يعاني المعاق بصرياً من بعض المشاكل التعليمية. حيث يقرأ ببطيء وسواء كان ذلك للكلمات العادية أو بطريقة برايل. وكذلك انخفاض مستوى التحصيل الدراسي والأخطاء في القراءة بصوت مرتفع. والاجتماعي وتعمل على بث الثقة في نفسه وتتيح له فرص التعليم والتأهيل المهني.

8-رعاية وتأهيل المعاقين بصريا:

يحتاج المعاق بصريا إلى رعاية خاصة ممن يحيطون به، وهذه الرعاية ضرورية جدا في حياته وتتضمن هذه الرعاية شقين هامين الشق النفسي والشق الاجتماعي وهي كالتالي:

8-1 الرعاية النفسية للمعاقين بصريا: إن القاعدة الذهبية للتعامل مع المعوقين عموما والمعوقين بصريا على وجه الخصوص هي قبولهم على ما هم عليه وهذا ما له الأثر البالغ في إتاحة الفرصة لهم في اكتساب المعلومات والخبرات المعرفية والاجتماعية.

ويجمع الكثير على ان الإصرار على وصف المعاقين بصريا بالعمى أو تعبيرهم بهذا النقص يخلق عندهم إحساسا بالمهانة وهو ما يولد في نفوسهم إحساسا بالألم مما قد يؤدي بهم إلى الشعور بالعدوانية، ويرفض ما يقدم إليه ثم لا يستفيد من الخبرات والنصائح التي يقدمها له الآخرون، لذا وجب الاهتمام بالمعاقين بصريا وهذا بتنمية المهارات اللازمة، حيث أن تنمية الحواس المتبقية منها اللمس والسمع للتمكن من معالجة واقعه واستثمار مدركاته القادمة إليه من هذا الطريق أفضل استثمار وهذا ما يجعلهم يتقبلون إعاقاتهم ويعدلون طرق تفكيرهم، وهذا طبعا لن يتأتى إلا بالرعاية النفسية، من الوقاية والتشخيص والعلاج المستمر من طرف أطباء نفسانيين وبيداغوجيين ومعرفيين لوضع برامج متكاملة يعمل بها المربون والمعلمون في المدارس الخاصة.

8-2 الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصريا:

إن الأسرة من أهم الأماكن التي يمكن أن يلقي فيه المعاق بصريا الرعاية المبدئية والمستمرة طوال حياته تقريبا ثم يأتي بعدها المجتمع ككل من الأقارب، الجيران، المدرسة، حي..... الخ. والتي نعرضها كالآتي:

✓ **واجب الأسرة نحو المعاق بصريا:** تمر علاقة المعاق بصريا بأسرته بعدة مراحل ، فهم قد ينزعجون في البداية عندما يصاب طفلهم بالعجز، ويترجمون هذا الانزعاج في أشكال متعددة من السلوك، حيث يذهبون إلى الأطباء المختصين وأوالى مراكز الرعاية وإذ هناك أيضا من يهملون أبنائهم في حالات إصابتهم بأمراض في العين، فالواقع كما سبقت الإشارة، إن الأسرة بعد أن يتضح لها حجم الضرر الذي أصاب طفلها تبدأ تنزعج، وقد تنفق من الجهد والمال ما كان يمكن أن تنفق منه القليل من الاهتمام عند بدء الظهور أعراض العجز.

إن الجهد الذي ينبغي أن توجهه الأسرة نحو المعاق بصريا متعدد الجوانب ويمكن إجماله في الصور التالية:

متابعة العلاج إذا كانت توجد فرصة للعلاج أو متابعة الرعاية إن كان في ذلك ما يضمن عدم تدهور حالته.

بالنسبة لمن استقرت حياتهم على شكل معين من أشكال العجز ينبغي أن تعرف الأسرة حدود التوافق وأسباب سوء التوافق الذي يمكن أن يتعرض له المعاق بصريا، فالجانب الوجداني المحتاج لقدر كبير من الاهتمام وخاصة إذا كان المعاق قد وصل إلى مرحلة من العمر يدرك معها حدود عجزه و مدلوله، كما هو الحال في مرحلة المراهقة.

للاستعانة بأجهزة الرعاية الاجتماعية المتاحة مثل النوادي المهيأة لاستقبال المعاقين بصريا مما يشغل الوقت ويتيح لهم التعرف على صداقات من شأنها أن تنسيهم ألامهم ولو قليلا، لأن طاقاتهم تصرف في الرياضة والاتصال الاجتماعي بالآخرين.

✓ **واجب المجتمع نحو المعاق بصريا:** ويشمل دور المجتمع في الجهات التي تهتم برعاية المكفوفين وهو الأمر الذي سينتج عنه بالضرورة نوع ما من أنواع التأهيل التي يمكن أن تجعلهم طاقة منتجة، لا يعولون أنفسهم فحسب بل يقدمون إنتاجا له أهميته إلى غيرهم، هذا من جهة ومن جهة أخرى يحتاج المعاق بصريا إلى حق التعليم في المدارس الخاصة وتوفيرها للمعاقين بصريا باعتبار التعليم العادي لا يخدم هذه الفئة وكذا توفير الوسائل التعليمية السمعية لضمان تعويض حاسة البصر.

3-8 الرعاية التربوية: وتحدث الرعاية التربوية للمعاقين بصريا عن طريق البرامج التربوية، وطرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصريا، ويمكن أن يميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية، منها:

- مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصريا.
- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصريا.
- دمج المعوقين بصريا في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
- دمج المعوقين بصريا في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصريا، ومراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصريا من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصريا، ويميل الاتجاه التربوي الحديث إلى دمج المعاقين بصريا في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصريا، ومبرراته، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصريا، تعليم وتدريب المعوقين بصريا على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة، ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل، ومهارة القراءة بطريقة الاوبتكون، ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابي، ومهارة الاستماع، ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية وفيما يلي شرح موجز لكل من تلك المهارات:

✓ **مهارة فن الحركة:** تعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصريا، وخاصة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكفيف الكلي)، ولذا يعتبر إتقانه لمهارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين إذ يعتمد إتقانه لمهارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين إذ يعتمد الكفيف على حاسة اللمس اعتمادا أساسيا في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس، أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق، ونحو الغرب، كما قد يوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت، ويذكر هلهان وموفمان (Hallahan & Kauffman, 1981) الوسائل التي استخدمها الكفيف في تعلمه فن الحركة:

✓ الدليل المبصر.

✓ الكلاب المرشدة.

✓ العصا البيضاء، التي تعمل بأشعة الليزر، حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا الكفيف بالعوائق التي تصادفه وذلك بإصدار أصوات من مكبر الصوت مثبتة على العصا نفسها.

✓ النظارة الصوتية.

✓ الأجهزة الصوتية، مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه.

وهناك تكنولوجيا يستخدمها المعاقين بصريًا لتسهيل أمور حياتهم والأنشطة الذين يقومون بها وبدونها من الصعب القيام بتلك الأنشطة وتشمل تكنولوجيا بسيطة. مثل النظارات والتكنولوجيا الخارقة مثل البرمجيات والأجهزة مثل برمجيات تتميز بقراءة الشاشة، وهناك العديد من الأمثلة على التكنولوجيا التي تساعدكم مثل:

✓ **مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:** وتعتبر وسيلة برايل هي الوسيلة الأشهر التي يستخدمها المكفوفون من أجل القراءة. حيث تعتمد على اللمس وتعتمد على استخدام خلايا تتكون من ست نقاط. وتكتب المعلومات من اليمين إلى اليسار أما عند القراءة تقلب الصفحة. وتقرأ في الاتجاه المعاكس من اليسار إلى اليمين.

✓ **مهارة القراءة بطريقة الاوبتكون:** تقنية معقدة قليلاً حيث تعمل على تحويل الكلام المكتوب إلى ذبذبات لمسية. يتمكن الشخص المكفوف من لمسها بإصبع واحد. ولكن القراءة من خلالها بطيئة جدًا لذلك يتم تفضيل آلة برايل عنها.

✓ **الدائرة التلفزيونية المغلقة:** أصبحت تستخدم كثيرًا. حيث تعتمد تلك التقنية على عرض المادة المكتوبة على شاشة التلفزيون مما يسهل القراءة للشخص الضعيف بصريًا.

✓ **الكتب الناطقة:** عن طريق تنمية مهارة السمع لدى الكفيف، وكذلك تساعد الأشخاص الغير قادرين على القراءة.

✓ **آلة كورزويل:** آلة تعمل عن طريق الكمبيوتر. وهي تعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى مادة يمكن الاستماع إليها، ولها مفاتيح خاصة للتحكم بالصوت.

بالإضافة إلى أن الشخص المعاق بصريًا يحتاج إلى تعلم بعض المهارات التي من شأنها أن تسهل عليه عملية التعلم كمهارة فن الحركة، ومهارة تعلم الحساب بطريقة المعداد الحسابي.

✓ **مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الالبيكس:** يعتبر المعداد الحسابي من الآلات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية، فقد ظهرت هذه الآلة في دولة شرق آسيا والصين واليابان ومازالت مستعملة حتى الآن، وقد طورت هذه الآلة لتساعد المعاقين

بصريا على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي.

مهارة استعمال الحاسوب: ويقصد بذلك تنمية مهارة استخدام الحاسوب في الحصول على المعلومات من قبل المعاقين بصريا، وتعتبر فكرة اللغة الصناعية من الأفكار الجديدة في مجال علم الحاسوب، فهي نتاج تعاون عدد من الأخصائيين في اللغة وعلم الحاسوب والهندسة والتربية الخاصة، ومن الخدمات التي يقدمها الحاسوب للمكفوفين قراءة الرسائل والتقارير والمتطلبات المدرسية بطريقة لفظية مسموعة، وذلك من خلال تحويل المواد المطبوعة إلى مواد منطوقة ومن أجهزة الحاسوب التي تعمل وفق ذلك.

9- الوقاية من الإعاقة البصرية:

✓ محاولة توفير التغذية الجيدة والنظافة والشروط الصحية للأطفال وكذلك يجب على الأمهات الحوامل أن يأكلن ما يكفي من الأطعمة المغذية وأن يتجنبن الأدوية التي تؤثر في تكوين الجنين.

✓ تجنب كل الأشخاص المصابين بالحصبة الألمانية والأمراض المعدية الأخرى عندما تكون الأم حاملا وتجنب الأدوية غير الآمنة والحصول على الغذاء الكافي.

✓ الاهتمام بتطعيم الأطفال في الأوقات المناسبة.

✓ الاهتمام بعملية الرضاعة الطبيعية وكذا الأغذية الغنية بالفيتامينات.

✓ الاهتمام والمحافظة على عيني الطفل نظيفتين. وعند ظهور أي أعراض مرضية يجب عرضه على الطبيب.

✓ جعل الأدوات الحادة والرصاص والمواد المتفجرة والزيوت وغيرها من مواد التنظيف بعيدا عن متناول الأطفال وتحذيرهم من اللعب بها والابتعاد عنها، وكذلك تحذيرهم من رمي الحجارة على بعضهم البعض.

✓ تدريب الآباء والأمهات على طريقة فحص قوة إبصار أبنائهم لاتخاذ الإجراءات المناسبة في حالة اكتشاف ما قد يكون عند طفلهم من عيوب في الرؤية.

✓ توفير مراكز تشخيص الإعاقة المبكرة.

الخطوة

- تمهيد

1. تعريف الاعاقة السمعية.
2. اسباب الاعاقة السمعية.
3. تشخيص الإعاقة السمعية
4. خصائص المعاقين سمعيا
5. التصنيف التربوي للمعاقين سمعيا
6. دور الأنشطة في تعليم المعاقين سمعيا
7. - أساليب تدريس المعاقين سمعيا
8. الوقاية من الإعاقة السمعية

المحاضرة

سيكولوجية المعاقين سمعيا

تمهيد:

شهدت السنوات الأخيرة اهتماما كبيرا بتربية ورعاية الفئات المهمشة في المجتمعات الإنسانية بصفة عامة والمعوقين سمعيا بصفة خاصة، لذا ينبغي أن يتم تربية الأطفال الصم في نطاق السياق الاجتماعي والتعليمي والتقني، لهذا لابد من التأكيد على أهمية القضايا التربوية والاجتماعية والنفسية التي تؤثر على حياة الطفل المعاق سمعيا عامة والطفل الأصم خاصة.

1- تعريف الإعاقة السمعية:

يعرفها الخطيب الحديدي (2004) على أنها مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين الضعف السمعي البسيط والضعف السمعي الشديد. ويعرف القريوتي (2006) على أنها خلل في الجهاز السمعي عند الفرد مما يحد من قيامه بوظائفه أو يقلل من قدرته على سماع الأصوات مما يجعل الكلام المنطوق غير مفهوم لديه.

وتعرف الإعاقة السمعية في ميدان التربية على أنها مدى تأثير فقدان السمعي في إدراك اللغة المنطوقة، فالإعاقة السمعية هنا تعني انحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي واللفظي.

2- أسباب الإعاقة السمعية:

1-2- أسباب تبعا لطبيعة العوامل.

- أ- وراثية : ترجع إلى إصابة الأم أثناء الحمل بالحصبة الألمانية أو تناول العقاقير الطبية أو التلوث الكيميائي ببعض المركبات كالمعادن الثقيلة وعامل الريزيس Rh في الدم.
- ب- مكتسبة: هي تلك العوامل التي لا ترتبط بالوراثة قبل أو أثناء وبعد الولادة ومنها ما يلي:

- التشوهات الخلقية سواء كان ذلك في طبلة الأذن أو العظيّمات أو القوقعة أو صيوان الأذن.
- الولادة قبل الميعاد.
- المضاعفات الناتجة عن طريق الولادة المتعسرة والتعقيدات التي تحدث أثناء عملية الولادة.
- إصابة المولود باليرقان خاصة إذا كان في الساعات الأولى بعد الولادة.
- الأجسام الغريبة التي قد توضع في الأذن.
- زيادة الإفرازات الشمعية في الأذن (الصملاخ) لما يؤدي إلى إغلاق القناة السمعية.
- التعرض لفترات طويلة للضجة والضوضاء العالية.

2-2- الأسباب البيئية:

أ)-أسباب تحدث قبل الولادة:

هناك بعض العوامل التي تحدث قبل الميلاد تسبب للمولود الصمم منها الوراثية كعامل مشترك بين الأسباب الوراثية والبيئية وتشير الدراسات إلى أن حوالي 50 % من حالات الإعاقة السمعية تعزى إلى الأسباب الوراثية ويستخدم مصطلح الصمم الوراثي للإشارة إلى أنواع متعددة من الصمم وتتمثل هذه الأسباب أيضا في إصابة الأم الحامل بالفيروسات الحصبة الألمانية خاصة في شهور الحمل الأولى فتصيب الجنين أثناء تكوينه داخل الرحم وتسبب عدم اكتمال نمو الأجهزة والأعضاء المختلفة من الجهاز السمعي كذلك من الأسباب أو العوامل التي تحدث قبل الميلاد (زواج الأقارب) فلقد أثبتت التجارب العلمية أن نسبة احتمال تعرض الجنين للإعاقة أو الجينات عند الأم والأب وذلك نتيجة عملية توارث الصفات.

ب)-أسباب تحدث أثناء الولادة:

- ولادة متعسرة أو طويلة: هي التي تطول فيها مدة الولادة أكثر من وقت معروف وبالتالي يتأثر الطفل بنقص الأكسجين.

- **ولادة قبل الميعاد:** تتمثل في ولادة الجنين قبل موعده مما يحتاج وضعه في حضانة.
- **تنافر الدم بين الأم والأب:** نتيجة لعدم توافق في فصائل الدم بين الأم والأب فإن الطفل الأول لا يتأثر بينما يصاب بالصمم.
- **الالتهاب السحائي:** عبارة عن بكتيريا أو عدوى فيروسية يأخذها الطفل أثناء الولادة تتلف الجهاز السمعي في الأذن الداخلية وأيضا تعرض الطفل للاختناق أو نقص الأكسجين بسبب تعسر الولادة أو مشاكل الحبل السري.

(ج)-أسباب تحدث بعد الولادة:

- إصابة الطفل بالالتهاب السحائي وهي الغشاء المغلف للمخ والحبل الشوكي.
- إصابة الطفل بالتهاب الغدة النخامية والحمى القرموزية أو الحصبة.
- إصابة الطفل بالحمى الشوكية التي تصيب العصب السمعي بالالتهاب والضمور.
- مرض ضمور العصب السمعي ويظهر في مرحلة الطفولة إلى سن 50 سنة وبعد ذلك.

2-3- أسباب خاصة بموضع الإصابة:

- (أ)-**أسباب خاصة بالأذن الخارجية:** يحدث أحيانا أن تفرز الغدة مادة شمعية قد تسد القناة السمعية بسبب تراكمها ويترتب على ذلك أن السمع يصبح ثقيلًا.
- (ب)-**أسباب خاصة بالأذن الوسطى:** هناك بعض الأمراض التي تصيب الأذن الوسطى مثل: الالتهاب السحائي الذي يقوم بتكوين صديد في الأذن الوسطى بسبب انسداد في هذه الأذن.
- (ج)-**أسباب خاصة بالأذن الداخلية:** هناك عدة أمراض فيروسية قد تسبب تلف في الأذن الداخلية مما ينتج عنه الإعاقة السمعية، ومن هذه الأمراض: البكتيريا واكتئاب الغدد النكفية والحصبة.

- عيوب خلقية بالقوقعة أو العصب السمعي أو المراكز السمعية.
- عدد كبير من الفيروسات مثل: الالتهاب السحائي وبعض أنواع البكتيريا وبعض الحميات التي تصيب العصب السمعي.

- سماع الأصوات المزعجة لفترات طويلة.
- وهناك عوامل الشدة الخارجية مثل: حوادث السيارات، الضرب على الرأس... الخ

3- تشخيص الإعاقة السمعية:

يتم تشخيص المعاقين سمعياً عن طريق إحالة الطفل إلى أخصائي القياس السمعي لفحصه وهذا بعد وجود مؤشرات عند الطفل قد تدل على وجود خلل في حاسة السمع ومن بين هذه المؤشرات: وجود الم على مستوى الأذن، نزول إفرازات صديدية من الأذن، لا يستجيب الطفل عندما يتحدث إليه شخص بصوت عادي، يضع الطفل يديه على أذنه محاولة منه لتجميع الأصوات.

ويتم قياس وتشخيص السمع بعدة طرق منها التقليدية كاختبار الهمس أو اختبار الساعة الدقاقة، وهناك طرق حديثة مثل: جهاز الاوديومتر حيث يقيس درجة الصوت النقية.

4- خصائص المعاقين سمعياً:

تختلف خصائص المعاقين سمعياً عن بعضهم البعض، ولكل فئة منهم خصائص معينة يتميزون بها، وذلك بسبب اختلاف حدة تأثير الإعاقة السمعية في المصاب، ويرتبط بمجموعة من الأسباب، مثل: نسبة فقدان السمع، والفئة العمرية عند الإصابة، وغيرها من الأسباب، وتوجد مجموعة من الخصائص العامة للمعاقين سمعياً وهي:

✓ **الخصائص اللغوية :** تعد من أكثر الخصائص التي تؤثر فيها الإعاقة السمعية، فيتأثر النمو اللغوي الخاص بالمريض تأثراً سلبياً واضحاً، ومن علامات هذا التأثير: عدم قدرة الطفل على التواصل مع البيئة المحيطة به؛ بسبب فقدانه للقدرة على سماع الأصوات الصادرة حوله. فقدان القدرة على اكتساب مفردات لغوية جديدة. صعوبة في تركيب الكلمات معاً للحصول على جُمْلٍ مفيدة. إن الطفل الذي يعاني من إعاقة سمعية يفقد القدرة على حفظ الكلمات، فيحفظ 200 كلمة مقارنةً بالطفل العادي الذي يكون قادراً على حفظ ما يزيد عن 2000 كلمة، وكلما كانت درجة الإعاقة السمعية مرتفعة فقد الطفل العديد من

الكلمات التي من المهم أن يحفظها، مما يؤدي إلى تراجع قدرته على التواصل مع الأفراد المحيطين به.

✓ **الخصائص المعرفية:** تشير الدراسات والاختبارات التي تم إعدادها لمتابعة الحالة المرضية للمعاقين سمعياً إلى أن قدراتهم المعرفية لا تختلف عن قدرات الأفراد العاديين، بمعنى أن الطفل الذين يعاني من فقدان السمع يمتلك مستوى من الذكاء يتناسب مع مرحلته العمرية، فيكون عارفاً للعديد من الأمور المحيطة به، مثل: أفراد عائلته، وطبيعة الأشياء الموجودة حوله، وأيضاً يتميز بقدرته على التعلم، وفهم بعض المهارات العملية، ولكنه يفقد القدرة على فهم أغلب المهارات اللغوية العادية.

✓ **الخصائص الاجتماعية:** يُقسّم المعاقون سمعياً بالاعتماد على تفاعلهم الاجتماعي إلى فئتين، وهما: القادرون على التفاعل الاجتماعي: هي الفئة التي تكون الإعاقة السمعية عندهم غير مؤثرة في حالتهم النفسية، والسلوكية فيكونون قادرين على التفاعل مع الأفراد المحيطين بهم، ويعتمد ذلك على دور العائلة في توفير البيئة المناسبة لهم، من خلال محاولة التعامل معهم على أنهم أطفال عاديون، ولا توجد عندهم أي اختلافات عن غيرهم من الأطفال الآخرين، مما يساعد على زيادة ثقتهم بأنفسهم. غير القادرين على التفاعل الاجتماعي: هي الفئة التي تكون الإعاقة السمعية عندهم في مستويات مرتفعة جداً، وتؤثر سلباً في حالتهم النفسية، وتجعلهم يميلون إلى العزلة الاجتماعية، والامتناع عن التفاعل مع البيئة المحيطة بهم بشكل شبه دائم.

✓ **الخصائص الأكاديمية:**

بالرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم العملي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين، فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلاب - وبخاصة الصم منهم - من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموماً. وبوجه خاص في التحصيل القرائي، والفارق التعليمي بين ذوي الضعف السمعي وذوي السمع العادي يتسع مع التقدم العلمي، وبذلك فإن تحصيل المعاقين سمعياً يأتي ضعيفاً، حيث يتناسب ضعف تحصيلهم الأكاديمي طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى

تعقيدها ويزداد الطين بله بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس حيث أشارت بعض الدراسات بأن (50%) من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءاتهم تقاس بمستوى قراءة طلاب الصف الرابع الأساسي، وأن (15%) كانوا بمستوى الصف الثامن من التعليم الأساسي.

ويمكن تلخيص الخصائص الأكاديمية فيما يلي:

- صعوبة التآزر والتنسيق الحركي التي تظهر في المشي والقفز والتقاط الأشياء وغيرها.
- انخفاض في التحصيل الأكاديمي مقارنة بالأفراد العاديين.
- بطء في تعلم القواعد اللغوية وتعلم القراءة.
- صعوبات في فهم معاني الكلمات.
- عدم القدرة على ضبط النفس على التدهور والاندفاعية.

✓ الخصائص الجسمية والحركية:

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، وعلى أية حال، فإن الإعاقة السمعية تؤثر على حركة الأطفال حيث يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها، لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل إن فقدان السمع ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركاته الجسمية، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما نموهم الحركي فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص العاديين، كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض، وترتبط هذه المشكلة بعدم قدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض. وتشير بعض الدراسات إلى أن الأشخاص المعاقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص السامعين، هذا بالإضافة إلى هذه الخصائص الخاصة بالمعوقين

سمعيًا فإن هناك خصائص عامة يشترك فيها المعاقين سمعيًا مع السامعين، وتكون أكثر بروزاً ووضوحاً في مرحلة المراهقة وتشمل التغيرات الجسمية والانفعالية والعاطفية، وينبغي أخذها بعين الاعتبار عند التعامل مع الطلبة المعاقين سمعيًا في المرحلة الثانوية كون هذه المرحلة تقابل مرحلة المراهقة.

5- التصنيف التربوي للمعاقين سمعيًا:

يُميز التربويون بين فئتين من ذوي الإعاقة السمعية هما الصم وثقيلو السمع:

- أ- **الصم:** هي تلك الفئة من الأفراد الذين يعانون نقصاً كاملاً في القدرة السمعية، ويتعذر على أفراد هذه الفئة بسبب عاهتهم الاشتراك في أنشطة اجتماعية.
- ب- **ضعاف السمع:** وهم الذين يعانون من نقص في حاسة السمع لدرجة تجعل من الضروري استخدامهم أجهزة وأدوات مساعدة على أن يتمكن من فهم الكلام المسموع.

6- دور الأنشطة في تعليم المعاقين سمعيًا:

تعد الأنشطة التعليمية الفنية التشكيلية والرياضية والموسيقية وغيرها مما يتم داخل حجرة الدراسة أو خارجها عنصراً أساسياً من عناصر المنهج التعليمي للصم، بل وتمثل المحور الأساسي فيه لما لها من قيمة تربوية قد تفوق ما لمواد الدراسة الأخرى.

■ الأنشطة الفنية التشكيلية:

الصم هم الفئة الوحيدة بين المعاقين التي تتطور حياتها دون أن تمارس الاتصال بالآخرين على أساس سمعي، وتظل محرومة من استخدام اللغة اللفظية كوسيلة للتفاهم وتبادل الخبرات. ومع أن اللغة اللفظية تعد أهم أشكال الاتصال والتفاهم شيوعاً بين الناس، إلا أن مفهوم اللغة لا يقتصر فقط على مجرد الكلمات أو اللغة اللفظية، وإنما يتسع هذا المفهوم ليشمل جميع وسائل التعبير التي يمكن أن تفصح عن معنى، سواء أكانت رسماً أو شكلاً أو حركة أو إيماء أو إشارة.

ويؤكد الباحثون أن الرسم يتضمن قيما خاصة بالنسبة للطفل الأصم حيث يكفل له الفرصة لتكوين المفاهيم، فالرموز الشكلية هي وسيلة لتمييز المدركات والدلالة عليها، فرسم رجل أو شجرة مقل كلمتي رجل أو شجرة من حيث هما تعميمات ورموز. كما أن الرسم والتصوير يمكن أن يخدم الطفل كوسائل للتعبير عن الأفكار والخبرات التي لا يمكن أن يعبر عنها لفظيا، وكوسائل لتنمية المقدرات والمعرفة والاهتمامات والاستعدادات والحاجات.

■ الأنشطة الحركية والرياضية :

يمكن للأطفال الصم أن يمارسوا ويتعلموا المهارات الحركية من خلال الأنشطة الرياضية الفردية والجماعية بنجاح، كما يمكنهم أن يشاركوا في بعض المنافسات الرياضية في كثير من الألعاب ككرة القدم والكرة الطائرة، وكرة السلة مع ملاحظة أن إدراكهم الحركي يتأثر بقصورهم السمعي في بعض الألعاب. فهم يفتقرون إلى وسائل الإنذار السمعي والتغذية الراجعة السمعية.

كما تعد الأنشطة الإيقاعية الحركية ذات فائدة كبيرة في تنظيم حركات الصم وضعاف السمع، وفي تحقيق المزيد من السيطرة على أعضاء جسمهم والتحكم فيه، وفي تنمية إحساسهم وتذوقهم الجمالي، مع مراعاة تحويل الإيقاعات السمعية إلى إيقاعات بصرية أو حاسركية كالتصفيق باليدين، والاعتماد على الوسائل الضوئية.

■ الأنشطة الموسيقية: تلعب الأنشطة الموسيقية دورا بالغ الأهمية بالنسبة لضعاف السمع

لما لها من تأثير ايجابي في نموهم الانفعالي والاجتماعي واللغوي. فالغناء يساعد الطفل ضعيف السمع على تنظيم عملية التنفس وتحسين النطق وعلاج بعض عيوبه كما يساعد على المزيد من التواصل البصري.

7- أساليب تدريس المعاقين سمعياً:

لقد تنوعت أساليب المعاقين سمعياً، فمنها ما يعتمد على حاسة البصر ومنها ما يعتمد على اليد أو الإشارة، وهذه الأساليب المختلفة لها دور بالغ الأهمية في تعلم الطفل الأصم وفي تسهيل عملية التعلم لديه، وتتجلى هذه الأساليب لديه:

أولاً: التواصل الشفهي

هو أسلوب رئيسي في تعلم المعاقين سمعياً ويجمع بين عدة طرق منها كطريقة قراءة الكلام والتدريب السمعي، ويقصد به أن يفهم المعاق سمعياً الكلام عن طريق حركة الشفاه أثناء الكلام، ويتم التركيز في هذه الطريقة على إيجاد بيئة مشابهة لبيئة التلاميذ العاديين في المدرسة العادية وإعطاء الفرد فرصة الكلام وفهمه من خلال اللغة المنطوقة، وينقسم التواصل الشفهي إلى:

✓ **قراءة الشفاه:** ويقصد بها أن يفهم المعاق سمعياً الكلام عن طريق حركة الشفاه أثناء الكلام، وذلك بالتركيز البصري على طريقة كلام الآخرين والاعتماد على حاسة البصر وتعبيرات الوجه وبعض الحركات والإيماءات التي قد تضيف معاني جديدة على ما هو مسموح بالنسبة إلى عادي السمع.

✓ **التدريب السمعي:** هو عملية تهدف إلى الاستفادة من بقايا السمع لدى المتعلم المعاق سمعياً، وهي من أقوى طرق تدريب المعاقين سمعياً على اكتساب مهارات الاتصال اللغوية، ومع التقدم التكنولوجي في صناعة المعينات السمعية ومحتويات الصوت فإن تدريبات السمع قد حققت نجاحاً كبيراً.

ثانياً: التواصل اليدوي

هو نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين، وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات، ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام لغة الإشارة والتهجئة بالأصابع، وتعد هذه الطريقة ملائمة للأطفال الصم وثقيلي السمع، وتهدف مباشرة إلى

إكسابهم المهارات التواصلية عن طريق الإبصار وذلك من خلال الإشارات والحركات اليدوية بالوصفية كبديل عن اللغة اللفظية، وينقسم التواصل اليدوي إلى:

✓ **لغة الإشارة:** تعتمد لغة الإشارة على شرح ووصف الأحداث والمفاهيم والكلمات التي يتفاعل معها الفرد في بيئته والتعبير عنها بحركات الجسم والإيماءات.

✓ **هجاء الأصابع:** هم توضيح الحروف المفردة للكلمة باستخدام الالفباء اليدوية، وتنشأ الالفباء من خلال تشكيل أصابع يد واحدة بدلا من تقديم الكلمة ككل مع إشارتها الخاصة.

ثالثا: التواصل الكلي

يتمثل التواصل الكلي في استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل في آن واحد حتى تتاح للأصم الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع، وتشمل هذه الأشكال الحركات التعبيرية التي يقوم بها الطفل مع نفسه ولغة الإشارة والكلام وقراءة الشفاه وهجاء الأصابع والقراءة الكتابية.

9- الوقاية من الإعاقة السمعية:

إن التشخيص المبكر والتدخل المبكر بمعرفة الأسباب المؤدية إلى الإعاقة السمعية والعلامات التحذيرية المبكرة لحدوثها تؤدي إلى أفضل النتائج، ولكن الأفضل من ذلك هو طرق الوقاية من الإعاقة السمعية التي تشكل منع حدوث الإعاقة ومنع تطور الإصابة إلى عجز ومنع تطور العجز إلى إعاقة.

وهذه بعض الأمثلة الوقائية التي تساعد في تجنب حدوث الإعاقة.

- الأسباب الوراثية.
- الارتشاح خلف طبلة الأذن.
- عدم تعرض الطفل للأصوات العالية.
- التهاب الأذن.

- التطعيم ضد الحصبة الألمانية للبنات في سن العاشرة وقبل الحمل والأمراض الأخرى التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم.
- رعاية الأم الحامل.
- عدم تناول الأم الحامل لأية أدوية خصوصاً في الشهور الثلاث الأولى دون استشارة الطبيب.
- منع الحوادث المنزلية التي يمكن أن تصيب أذن الطفل، عدم إدخال أي آلة قطعة خشبية في تنظيف الأذن.
- عدم إهمال الطفل المريض وتركه دون عناية الطبيب.
- تجنب العنف مع الطفل.
- قديم التطعيمات اللازمة للطفل ضد الأمراض الفيروسية والبكتيرية.

الخطّة

- تمهيد.

1. تعريف الإعاقة الحركية.
2. أسباب الإعاقة الحركية.
3. تصنيفات الإعاقة الحركية.
4. تشخيص الإعاقة الحركية.
5. خصائص المعوقين حركيا.
6. احتياجات المعوقين حركيا.
7. المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية.
8. الوقاية من الإعاقة الحركية.

المحاضرة الخامسة

الإعاقة الحركية والبدنية

تمهيد:

تعتبر فئة المعاقين حركيا فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي أصيب أفرادها بإعاقة قللت من قدراتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية على الوجه الأكمل نتيجة قلة أو صعوبة حركتهم مقارنة بالأشخاص العاديين، مما يترتب عليها العديد من المشكلات التي يتعرض لها الفرد نتيجة إعاقته.

لذا سنتناول الإعاقة الحركية انطلاقا من تعريفها ثم أسبابها، تصنيفاتها، تشخيصها، كيفية الوقاية منها ثم نتناول خصائص المعوقين حركيا، فاحتياجاتهم، فالمشكلات الناتجة عن الإعاقة.

1- تعريف الإعاقة الحركية:

تختلف وجهات النظر حول تحديد تعريف دقيق للإعاقة وذلك قد يرجع لعدة أشياء منها تعدد أسباب الإعاقة الحركية بين الوراثية والمكتسبة، وكذا تعدد تصنيفاتها على حسب مكان الإصابة لذا وجب إعطاء بعض التعاريف.

فتعرف الإعاقة الحركية من طرف الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1977م على أنها إصابة جسمية شديدة تؤثر على قدرة الفرد على استخدام عضلاته و تؤثر على أدائه الأكاديمي بشكل ملحوظ، فمنها ما هو خلقي و منها ما هو مكتسب. كما أن منظمة العمل الدولية للإعاقة عرفت الشخص المعوق بأنه كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصا فعليا، نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية.

ويعرفها (أحمد الزعبي، 2003) على أنها نوع من الإعاقات تصيب الجسم وتعرقل نموه بشكل طبيعي، سواء أدت هذه الإعاقة إلى تشوهات في الهيكل العظمي، أو شلل في أعصاب العضلات لدرجة لا تمكن الأفراد المصابين من أداء مهامهم بشكل طبيعي، كما تؤثر على نموهم العقلي، والانفعالي، والاجتماعي لدرجة تحتاج إلى تربية خاصة.

ويحدث هذا النوع من الإعاقة نتيجة لأسباب وراثية أو بيئية تحدث في فترات الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها، وفي سن ما قبل المدرسة بصفة خاصة.

كما يعرف المصاب بالإعاقة الحركية، هو ذلك الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كليتهما معا في الأطراف السفلى والعليا أحيانا أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، و يحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

ويعرف الفرد المعوق حركيا أيضا « بأنه فرد تحول ظروفه الإعاقية (نقص في الجسم) من إصابات ولد بها أو لحقت به بعد ولادته، دون استمرار النمو النفسي أو ممارسة السلوك أو ظهور النشاط بشكل طبيعي في مواقف الحياة العادية».

والأشخاص الذين يطلق عليهم مصطلح المعوقين حركيا إلى أربعة أنواع وهي:

✓ المعاقون بسبب الحروب وإصابات العمل أو الكوارث الطبيعية أو عدوى الأمراض.

✓ المعاقون نتيجة إصابتهم باضطرابات في النمو.

✓ المعاقون نتيجة إصابتهم بالشلل الدماغي وهو مرض ناتج عن إصابة في بعض مناطق المخ.

✓ المعاقون نتيجة إصابتهم بمرض شلل الأطفال.

نلاحظ من خلال ما سبق تعريف الحكومة الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية ركز على نقص القدرة الجسمية للفرد الناتجة عن الإعاقة الحركية كما اقتصر هذا التعريف على تأثير الإعاقة الحركية على الأداء الأكاديمي للشخص المصاب بها وعلى وجود نوعين من الإعاقة فقد تكون خلقية وراثية وقد تكون مكتسبة في حين ينفرد هذا الأخير في ربط الإصابة بزمان حدوثها سواء أثناء فترات الحمل المختلفة أو أثناء الولادة أو بعدها.

أما تعريف منظمة العمل الدولية فاقصر على محدودية قدرة الشخص المعاق حركيا في حصوله على عمل والاستقرار فيه في حين أن ركز البعض على التشوه الجسمي الذي تحدثه الإعاقة الحركية على مستوى العظام أو العضلات مما تحد من ممارسة الأشخاص لمهامهم بشكل عادي الأمر الذي يستدعي إلى تربية خاصة.

ويتفق آخرون على إعطاء تعريف اعم واشمل من التعارف الأخرى فاحتوى على مختلف التصنيفات للإعاقة الحركية الناتجة عن أسباب مختلفة منها حوادث العمل والحروب والكوارث الطبيعية وعدوى الأمراض وكلها تحدث خلل على مستوى الأطراف مما يستدعي تدخل مختلف التخصصات وتسطير أنواع البرامج الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية.

ومنه يمكن أن نستخلص تعريف للإعاقة الحركية على أنها إعاقة تؤدي إلى عجز في الجهاز الحركي، وقد يرجع ذلك إلى الإصابة في أحد أجهزة الجسم، كالجهاز العضلي أو العظمي، أو المفصلي، كما أنها قد تحدث نتيجة لعوامل وراثية كالخلل الكروموزومي، أو عوامل بيئية ناتجة عن الحوادث.

والفرد المعوق حركيا هو فرد عاجز أو غير قادر على الحركة بسهولة، ويحتاج إلى مساعدة سواء من طرف الآخرين، أو عن طريق الاستعانة بأجهزة ومعينات طبية، كما في حالات البتر والشلل.

2- أسباب الإعاقة الحركية:

على حسب التعاريف السابقة يمكن تقسيم أسباب الإعاقة الحركية إلى قسمين رئيسيين يتمثلان في الأسباب الوراثية والأسباب المكتسبة البيئية.

فهناك من يذكر الأسباب بشكل إجمالي دون تصنيفها، إلا أن هناك من يصنفها على حسب فترات الحمل إلى أسباب ما قبل الحمل، وأسباب بعد الحمل وحسب فترة الولادة إلى أسباب أثناء الولادة وأسباب بعد الولادة ويمكن تصنيف أسباب الإعاقة الحركية إلى أسباب وراثية وأسباب بيئية كما يلي:

2-1- الأسباب الوراثية: وتتمثل في:

- ضعف الحيوان المنوي عند الذكر وهرم البويضة الملقحة عند المرأة، الأمر الذي ينتج عنه تشوهات جسمية.
- تحمل الكروموزومات عددا كبيرا من المورثات، و حدوث أي خطأ في المورثات المتنقلة قد يحدث إعاقة حركية.
- اختلاف عامل الريزس (Rh^+) بين دم الأم والجنين وهذا العامل له خطورة في تراس أو انحلال دم الجنين عند ولادته.
- اضطرابات الغدد الصماء سواء بالتضخم أو بالضمور وحسب. (Michel. lacombe 2000) أن هذه الغدد هي المسؤولة عن إفراز هرمونات هي بدورها تقوم بوظائف الجسم.
- إصابة أحد الوالدين الأم أو الأب بالأمراض المزمنة كالداء السكري، المرض الكلوي المزمن.

2-2- الأسباب البيئية:

- تعرض الأم الحامل للإصابة بأمراض معدية كالحصبة الألمانية، ومرض الزهري فتنتقله إلى الجنين ويسبب له اضطرابات حسية – حركية، وتشوهات على مستوى الهيكل العظمي.
- إصابة الأم بأمراض تسمم الحمل كارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة البروتين في البول .
- تعرض الأم الحامل لعوامل عدة منها سوء التغذية، تعاطي الكحول والتدخين، والأشعة السينية (Rx) خاصة عندما يكون الجنين في فترة التكوين أي ما بين الأسبوع الثاني والسادس في فترة الحمل.
- تناول الأم للأدوية أثناء فترة الحمل، والتي بدورها تسبب تشوهات خلقية جسمية.
- سن الأم الحامل لديه علاقة باحتمالية حدوث الإعاقة خاصة سن ما فوق الأربعين.
- غياب المتابعة الطبية أثناء فترة الحمل مما يفسح المجال لولادات مشوهة.

- الولادة العسرة و التي تتجم عنها مشكلات كإصابة الطفل المولود برضوض على مستوى الدماغ نتيجة سحبه بالملاقط من رحم الأم.
- وجود تلف على مستوى المراكز العصبية الخاصة بالحركة نتيجة نقص الـ O_2 (الأكسجين) من دماغ الطفل أو ما يسمى بالانوكسيا (Anoxie) وذلك قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.
- الإصابات المختلفة الناتجة عن السقوط والحوادث البيئية المختلفة.
- تعرض الأطفال أنفسهم لأمراض مثل التهاب السحايا حيث أن مضاعفات هذا المرض تؤدي إلى الشلل على مستوى الأطراف.

3- تصنيفات الإعاقة الحركية:

إن فئة المعاقون حركيا هي فئة غير متجانسة، فمنهم من تحدث له إعاقة حركية من جراء إصابة جهازه المفصلي، وآخر من جراء إصابة جهازه العصبي، وفئة أخرى من جراء إصابة جهازهم العضلي، لهذا وجدت لها تصنيفات عديدة ومتنوعة، على حسب مكان الإصابة كما يلي:

3-1- إصابات الجهاز العصبي المركزي وتشمل:

- الشلل الدماغي (IMC :Infirmité Motrice Cérébrale)
- الصلب المشقوق (SpinaBifida)
- إصابات الحبل الشوكي (Les accidents de la moelle épiniere)
- استسقاء الدماغ (Hydrocéphalie)
- شلل الأطفال (Poliomyélite)
- تصلب الأنسجة المتعددة (وهناك ما يسميه التصلب المتعدد (Sclérose Multiple)

3-2- إصابات الجهاز العظمي (أو الهيكل العظمي) وتشمل:

- ميلان و انحراف العمود الفقري (الجنف) (Scoliose)

- التحذب الظهرى (القتب) (Cyphose)
- التقعر الظهرى (القعر) (Hyper Lordose)
- القدم المفطحة (Pied plat)
- القدم الحفاء (الاعوجاج الخلقي للقدم) (Pied bot(Pied creux ou pied équin)
- لين العظام "الكساح" (Rachitisme)
- تشوه وبتر الأطراف (ولادي أو مكتسب) (Déformation et Amputation congénitale ou acquis)
- كسور العمود الفقري (Fracture de la colonne vertébrale)

3-3- إصابات الجهاز المفصلي وتشمل:

- التهاب المفاصل. (Arthrite)
- التهاب المفاصل الرثيائي (Poly arthrite rhumatoïde)
- التهاب العظام المفصلي (Arthrose)
- هشاشة (ترقق) العظام (Ostéoporose)

3-4- إصابات الجهاز العضلي وتشمل:

- ضمور العضلات (Dystrophie musculaire)
- انحلال وضمور العضلات الشوكية (Amyotrophie Spinal)

4- تشخيص الإعاقة الحركية:

يقصد بالتشخيص هو تحديد طبيعة المشكلة، أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته التدخل المبكر، وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة.

ويتفق مجموعة من العلماء والباحثين على أن تشخيص الإعاقة الحركية يكون عن طريق إجراء الفحوصات الطبية اللازمة، و بعدها يتم التعرف على الأطفال المعاقين حركيا، ويتم تصنيف وتشخيص الأفراد المصابين بالإعاقة الحركية من قبل فريق من الأطباء

المختصين، كطبيب الأعصاب، و طبيب الأطفال، وطبيب العظام، والعلاج الطبيعي، حيث تكون مهمة هذا الفريق قياس و تشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من خلال الفحوصات الطبية المتخصصة، ثم تقديم العلاج المناسب.

إلا أن المعجم الطبي يسرد تشخيص الإعاقة الحركية عبر مراحل مختلفة:

■ بداية بالتشخيص الأولي أو ما يسمى بالتشخيص الإيجابي وذلك عن طريق البحث في تاريخ المرض لدى المريض، وكذا البحث في الأمراض الوراثية فتعتبر هذه الخطوة أيضا كوقاية أولية، كما يتم التعرف على المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه هذا المريض ومدى نظافته، وبعدها يتم القيام بالفحوصات بشكل كلي للمريض ومن خلالها يتم تحديد ضرورة إبقاء المصاب في المستشفى أم لا.

■ ثم تأتي المرحلة الثانية من التشخيص وهي البحث في الأسباب الحقيقية المؤدية للمرض ليتم التدخل بالعلاج لتخفيف من حدة الإصابة ومن مضاعفاتها.

■ ويضيف (عصام الصفدي، 2007) على أن التشخيص ليس مجرد إعطاء تسمية، ولا يقتصر على تأكيد أو نفي وجود انحراف في النمو ولكنه يشمل تحديد طبيعة الحالة التي يعاني منها الطفل بتطبيق الاختبارات وإجراء الفحوصات اللازمة وتحديد الإجراءات الوقائية والعلاجية التي ينبغي تنفيذها.

■ أما (زينب شقير، 2005) تضيف مجالات أخرى لتشخيص الأفراد المعاقين حركيا منها:

أ- **المجال التصنيفي:** ويتم من خلاله تحديد خدمات المعاق و ذلك تبعا لنتائج التقييم التي توصي بإلحاقه بالمدرسة العادية أو مؤسسات التربية الخاصة.

ب- **مجال التشخيص الاجتماعي:** وفيه تحدد مدى الصلاحية الاجتماعية للطفل المعاق حركيا، ومدى استعداداته وقدراته للتوافق والتكيف الاجتماعي في مجال المدرسة والمنزل والمجتمع والعمل على التخلص من مشكلاته الاجتماعية، وما هي الوسائل العلاجية الاجتماعية التي من الممكن أن يستفيد منها.

ج- مجال التشخيص النفسي: ويتمثل في معرفة الاضطرابات الانفعالية والنفسية لدى المعاق حركيا كالسلوك الإنسحابي أو العدوانى وذلك لتحديد المؤسسات النفسية التي تقدم رعاية متخصصة في هذا المجال.

د- مجال التشخيص التربوي: وفيه يحدد الصعوبات التربوية والتعليمية الموجودة لدى الطفل المعاق حركيا و مساعدته عن طريق اختيار المؤسسات التي تعنى بتقديم خدمات تربوية خاصة بنوع إعاقته.

نستخلص من خلال ما سبق أن تشخيص الإعاقة الحركية هو عبارة عن تشخيص طبي بحث خاصة قبل وقوع الإعاقة، لأنه يتم بفضل مجموعة من الأطباء المتخصصين والذين بفضلهم يتم الكشف عن نوعية الإعاقة وتصنيف المعاق حركيا إلى فئة خاصة من فئات الإعاقة الحركية أما عند وقوع الخلل وتصبح الإعاقة حقيقية تنجم عنها عدة مشكلات نفسية واجتماعية، وهنا يأتي دور تخصصات أخرى بالإضافة إلى التدخل الطبي كالتخصص النفسي والاجتماعي لتدعيم المعاق وتحقيق التكيف الاجتماعي والتوافق النفسي.

5- خصائص المعوقين حركيا:

هناك مجموعة من الخصائص يتصف بها المعوقين حركيا على غرار الإعاقات الأخرى، والتي أدرجها (سعيد عبد العزيز، 2008) فيما يلي:

5-1- الخصائص الجسمية:

يتصف المعاقين حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري والصعوبات التي تتصف بعدم التوازن والجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن أمراض الروماتيزم والكسور وهشاشة العظام والتوائها ومشاكل في حجم وشكل العظام ومشاكل في عضلات الجسم كالوهن العضلي وعدم وجود توتر مناسب في العضلات وارتخائها الأمر الذي يترتب عليه عدم قدرتهم على حمل الأجسام الثقيلة كالأسياء وكذلك ينتج عنها التأزر في الحركات واستعمال القلم عند الكتابة، لهذا هم بحاجة إلى أطراف اصطناعية وعكايز وغيرها ليستطيعوا القيام بما هو مطلوب منهم.

2-5- الخصائص النفسية:

يتصف هؤلاء بالانسحاب والخجل والانطواء والعزلة والاكتئاب والحزن وعدم الرضا عن الذات وعن الآخرين والشعور بالذنب والعجز والقصور وبالاختلاف عن الآخرين، وكذا الخوف والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية العصبية وبعدم توكيد الذات ومشاكل في الاتصال مع الآخرين والشعور بالحرمان ومشاعر تدني مفهوم الذات.

3-5- الخصائص التربوية والاجتماعية:

من خصائص هؤلاء انه لديهم مشاكل التبول وضبط المثانة والانطواء الاجتماعي وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب والأفكار الهادمة للذات ويعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمي وإحساسهم بالدونية وعدم اللياقة والشعور بالحرمان الاجتماعي المتمثل في عدم مشاركتهم الفاعلة في النشاطات الاجتماعية ومن المشكلات لديهم أيضا الاعتمادية على الآخرين ،وهؤلاء لديهم أيضا صعوبات في مجال التعلم ومشاكل مع الرفاق و الأقران والانسحاب من المدرسة.

4-5- الخصائص العصبية:

لدى هؤلاء مشاكل تتعلق بتلف في الدماغ أو خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية ولديهم مشاكل خاصة بالحبـل أـلشوكـي وقد تكون الإصابات العصبية نتيجة لبعض الأمراض كالتهاب السحايا والسل والحصبة الألمانية والزهري وغيرها المسؤولة عن إحداث خلل في جهازهم العصبي، كما أنهم يعانون من الشلل بجميع أشكاله، وقد تنتج المشاكل العصبية لديهم من سوء التغذية والحرمان وتعرضهم لإصابات الرأس والرضوض والكسور في الجسم.

5-5- الخصائص التعليمية:

تعتمد خصائصهم التعليمية على خصائصهم الجسمية والنفسية والعصبية حيث أن لديهم نقص في تآزر حركات الجسم كما أن لديهم صعوبات في مجال التعلم فهم لا يتعلمون بسهولة وبحاجة إلى مناهج واستراتيجيات تربوية خاصة تراعي إعاقاتهم.

5-6- الخصائص المهنية:

هؤلاء لا يستطيعون الالتحاق بأي عمل بسبب العجز والقصور الجسمي لديهم بعكس الأسوياء فهم غير قادرين على القيام بالأعمال المهنية الشاقة مثل العمل في البناء أو سيطرة الشاحنة على سبيل المثال كما تلعب إعاقاتهم في الحد من استعداداتهم وقدراتهم وميولهم المهنية التي يرغبون فيها وهذه المشكلات تدفع بهم بالإحجام عن العمل وعدم الرغبة في تأهيلهم أو تشغيلهم بسبب تدني انجازاتهم ،لهذا وجب تحسين بيئة العمل وتقديم الفرص المهنية المناسبة لاستيعابهم.

5-7- الخصائص التدريبية:

بسبب وجود العجز الجسمي لدى هؤلاء فهم بحاجة إلى التدريب على ممارسة الألعاب الرياضية الخفيفة بهدف إكسابهم المرونة الكافية للقيام بأعمالهم الاعتيادية والتي تحتاج إلى تمكينهم من استخدام ما تبقى من قدراتهم العضلية والدفع بها إلى أقصى حد ممكن ولذلك فهم بحاجة إلى أخصائي في مجال تقويم العظام و العلاج الطبيعي و المساج وأخصائي في مجال التربية البدنية والرياضية.

من خلال خصائص المعوقين حركيا يتبين أن هناك مجموعة من الخصائص يتصف بها المعاقين حركيا من خصائص جسمية ونفسية وتربوية واجتماعية وعصبية وتعليمية ومهنية وتدريبية يختلفون في جميع هذه الخصائص عن أقرانهم العاديين رغم أنهم لا يعانون من أي قصور في السمع أو البصر أو الحواس الأخرى عدا القصور الجسماني الحركي وهذا ما يدل على أن الجسد والروح شيئا واحدا.

6- احتياجات المعوقين حركيا:

تعرف الحاجة في قاموس علم الاجتماع بأنها حالة من التوتر، أو عدم الإشباع يشعر بها الفرد وتدفعه إلى التصرف متجها نحو الهدف الذي يعتقد أنه سوف يحقق له الإشباع.

فئة المعوقين حركيا تشترك مع أقرانها العاديين، فيما يسمى بالاحتياجات العامة وتتمثل في الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى مكانة الذات، الحاجة إلى التقدير الاجتماعي

والانتماء، الحاجة إلى احترام الذات بينما تنفرد هذه الفئة باحتياجات خاصة، كما أكد ذلك مجموعة من الباحثين والتي يمكن حصرها فيما يلي:

6-1-1- احتياجات صحية وتوجيهية تتمثل في:

6-1-1-1 - احتياجات بدنية:

وتشمل الأنشطة وكل الخدمات التي تحسن الحالة الصحية للمعوق وكذا استعادة اللياقة البدنية، وتتضمن العلاج والأجهزة التعويضية، تقويم الأعضاء أي مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على استعادة واكتساب استقلالته البدنية .

ومنه نخلص أن الاحتياجات البدنية لها دور كبير في إعادة الاتزان النفسي، نظرا لمساهمتها في استعادة اللياقة البدنية إلى أقصى حد ممكن للفرد المعاق.

6-1-2- احتياجات إرشادية:

مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف والتنمية الشخصية، ويتحقق ذلك من خلال الاستشارات الشخصية والعلاج النفسي والإرشادي، والتشجيع، والتدعيم الاجتماعي.

وحسب (سعيد عبد العزيز، 2008) أن هذا النوع من الرعاية يساهم في المساعدة على تكيف المعاق حركيا مع نفسه وأقرانه وإخوانه وأن يتقبل ذاته وأن يتقبل الآخرين وتخليصه من الشعور بالنقص والمشاعر السلبية عن الذات.

6-1-3 - احتياجات تعليمية:

ويتمثل هذا النوع من الاحتياجات في إفراح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم، مع الاهتمام بتعليم الكبار فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك الاحتياجات، ولخلق وتدعيم القيم العلمية.

4-1-6 - احتياجات تدريبية:

مثل فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات وبقصد الإعداد المهني للعمل المناسب.

ويضيف (محمد غباري، 2003) بأنه تدرج تحت الخدمات التدريبية الخدمات التأهيلية والتشغيلية لمساعدة المعوقين للعودة كأعضاء عاملين ومنتجين.

وبالإضافة إلى هذه الاحتياجات احتياجات أخرى وهي لا تقل أهمية عن سابقتها وتتمثل في :

5-1-6 - احتياجات ترفيهية:

وذلك لشغل أوقات فراغ المعوقين عن طريق برامج ترفيهية يعدها ويصممها الأخصائي الاجتماعي لتناسب ظروفهم وإستعداداتهم وقدراتهم.

2-6 - احتياجات اجتماعية وتتمثل في:

- دعم وتوثيق العلاقات مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

- تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية والإعفاءات الضريبية والجمركية.

- ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.

ويؤكد (سعيد عبد العزيز، 2008) على أن الرعاية الاجتماعية تهدف لمساعدة المعاق على حل مشكلاته الاجتماعية وتمكينه من القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب والتكيف مع بيئته الاجتماعية.

3-6 - احتياجات مهنية وتتمثل في:

- التوجيه المهني المبكر، والاستمرار في عمليات التوجيه لأغراض تأهيلية.

- تشريعية مثل إصدار التشريعات والقوانين، سواء في مجال التعليم أو التشغيل أو غيرها.

- تدعيمية مثل تقديم الدعم المادي والمعنوي وتقديم التسهيلات لإنشاء مصانع أو أماكن حرفية يعمل بها المعوق وبالتالي يعتمد على نفسه.
- اندماجية مثل توفير الجو المناسب للاندماج مع المجتمع وبدوره يستطيع أن يتعامل بكافة الوسائل الاجتماعية المتكافئة مع بقية الأفراد المحيطين به.
- من خلال ما سبق نستخلص أن الفرد المعوق حركيا لا يختلف عن الفرد العادي فهو يشترك معه في احتياجات عامة إلا أنه يختص في بعض الاحتياجات كالاحتياجات الصحية، والاجتماعية والمهنية وكلها تتكامل فيما بينها محاولة إحداث التوافق للفرد المعاق وسط المجتمع الذي يعيش فيه، لكن إذا لم تلبي هذه الاحتياجات فإنها قد تنجم عنها عدة مشكلات.

7- المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية:

إن الإعاقة الحركية تنتج عنها مشكلات عديدة ومتنوعة تتمثل فيما يلي:

7-1- المشكلات النفسية: إن أول المشاكل التي تدرج عن الإعاقة الحركية هي المشاكل النفسية فلخصها (حابس العواملة، 2003) كما يلي:

- الشعور المتزايد بالنقص بالنسبة للفرد المعاق مما يعيق تكيفه الاجتماعي.
- الإحساس الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة.
- عدم الشعور بالأمن مما يولد لديه الخوف والقلق من المجهول.
- الشعور بعدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه حالات الوهم والخيال والانسحاب.
- تظهر لديه مظاهر سلوكية دفاعية مثل التعويض، الإسقاط، التبرير كمكينزمات دفاع أولية.

7-2 - المشكلات الاجتماعية: تنوعت هذه المشكلات في ظل تواجد المعاق في الحياة الاجتماعية إلى:

- قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، فضلا عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته.

- تحتل جماعة الرفاق والأصدقاء أهمية قصوى في حياة المعوق، وشعوره بعدم الندية مع الآخرين مما يؤدي إلى الانعزال والانطواء وقد يلجأ بعض المعوقين إلى إغراء الآخرين من أجل تبادل الصداقة معهم.

- تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت فراغه، مثل النشاط الترويحي وعدم شغل وقت الفراغ بطريقة مناسبة ربما يقرب الشخص من التخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة.

تبلورت المشكلات الاجتماعية في مشكلات تخص العمل وكذا مشكلات تواجه الفرد مع أصدقائه أو بمعنى مشكلات الصداقة ومشكلات ترويحيه.

7-3- المشكلات الاقتصادية: تنجر عن الإعاقة الحركية عدة مشاكل اقتصادية كما يلي:

- تحمل الكثير من نفقات العلاج.
 - انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة.
 - قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج.
- إن المشاكل الاقتصادية قد تكون سبب في مقاومة العلاج عند الفرد المعاق حركيا مما يؤدي إلى انتكاس المرض لديه، لهذا أوجب من المجتمع توفير دخل يستند إليه المعاق لتغطية حاجاته ومستلزماته اليومية.

7-4 - المشكلات التعليمية:

يترتب على الإعاقة الحركية مشاكل تعليمية لدى المعوقين إذا كانوا صغارا، ومشاكل تأهيلية إذا كانوا كبارا وابرز هذه المشكلات التي تواجه العملية التعليمية هي:

- عدم توافر مدارس خاصة تتوفر فيها الإمكانيات الخاصة للمعوقين حركيا.
- الآثار النفسية السلبية التي تلحق بالمعوقين حركيا في حالة التحاقهم بالمدارس العادية.
- الاتجاهات السلبية والشعور بالاستغراب والاستهجان لدى التلاميذ في حالة رؤية المعوق حركيا بينهم، وهذا ينعكس سلبا على قدرة المعوق في التكيف الاجتماعي معهم.

- بعض الإعاقات الحركية الحسية تؤثر سلباً في قدرة المعوق على استيعاب الدروس.
- بعض حالات الإعاقة الحركية تتطلب اعتبارات خاصة لضمان سلامتهم خلال تواجدهم في المدرسة.

5-7 - المشكلات الطبية وتتمثل فيما يلي:

- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.
- طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وارتفاع تكاليف العلاج.
- عدم انتشار مراكز كافية لعلاج المعوقين، وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي.

6-7 - المشكلات المتعلقة بالتأهيل:

وهي مشكلات يتعرض لها المعوق وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة بما هو خارج الفرد فبالنسبة لما هو مرتبط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى إتكالية المعوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه، أما العوامل التي تكون خارج نطاق الفرد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقاً لطبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي للقائمين بالعملية التأهيلية. ويضيف (سعيد عبد العزيز، 2008) مشاكل أخرى تعترض الفرد المعاق حركياً كمعوقات التشغيل والمعوقات المكانية وهي كما يلي:

- نظرة المجتمع السلبية نحو المعاق بأنه عاجز وقاصر وغير منتج .
- الوضع الاقتصادي ومستواه فإذا كان الوضع الاقتصادي جيداً فإن المعاق سوف يجد فرصة العمل وتتمثل هذه بتفضيل أصحاب العمل تشغيل الأسوياء ومعاملتهم بازدياد ورفضهم دفع بدل إصابات العمل وعدم معرفتهم بإمكانات المعاق وقدراته.
- عدم صلاحية المكان للعمل.
- عدم توفير وسائل معينة للعمل.
- عدم تجهيز الأمكنة بوسائل الراحة والاستجمام.
- صعوبة المواصلات.

من خلال ما سبق نجد أن الشخص الذي تعرض لإعاقة حركية سببت تعطيل أو بتر عضو من أعضائه من جراء حادث أو مرض لا يصاب في جسمه فحسب بل في نفسيته أيضا لأن تلك الإعاقة تغير في مظهره وصورة جسمه وتفقد وظيفة ضرورية هي القدرة على الحركة.

8- الوقاية من الإعاقة الحركية:

إن الوقاية هي عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من آثارها إذا وقعت.

وتعرف الوقاية على أنها مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث القصور المؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، وكذا الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعه وقد تكون تلك الإجراءات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

ولكي تكون برامج الوقاية فعالة وجب تصميمها وفق معايير علمية حديثة وواضحة فهناك من الباحثين من اتفق على أن الوقاية من الإعاقات الحركية تبدأ بالوقاية الأولية و تشمل طرق هذه الوقاية لمنع حدوث الإعاقة الفعلية (الحقيقية) وهي كما يلي:

8-1- الوقاية الأولية:

- تحديد نوع الإعاقة من حيث الأسباب هل هي وراثية أم بيئية عن طريق تقديم معلومات كافية حول الأسر التي أنجبت معوقين في الماضي.
- اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد إجراء فحوصات عديدة تتعلق بأمراض الدم والعامل الريزسي (Rh^+) تفاديا لحدوث تشوهات خلقية في نسلهما لها علاقة بالإعاقة الحركية.
- تقديم الإرشاد المستمر للأم الحامل من دور الحضانة و الرعاية الأسرية لأخذ المطاعيم الخاصة بأمراض الدفتيريا والحصبة وغيرها.

- مراجعة الأم الحامل للطبيب أثناء فترة الحمل و عدم تناولها للأدوية التي تحدث تشوهات خلقية لدى الجنين خاصة في مراحل الحمل الأولى.
- الاهتمام بصحة الأم الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء التغذية والأشعة السينية (Rx) وعدم تعاطيها للكحول والتدخين.
- وجوب حدوث الولادة في مستشفى خاص و تحت إشراف طبيب مختص.
- لتجنب ضغط الدم على الأم أن تفحصه خاصة في بداية الحمل و الأشهر الأخيرة من الحمل.
- الوقاية من الحوادث والمحافظة على سلامة الأطفال سواء في المنازل أو في المراكز التي تعنى بهم مثل رياض الأطفال.
- إلا أن هناك من العلماء والباحثين في مجال الإعاقة من أضاف طرقا أخرى للوقاية إضافة إلى الوقاية الأولية السابقة وتمثلت في الوقاية الثانوية والثلاثية.

8-2- الوقاية الثانوية: وتأتي هذه المرحلة بعد حدوث المرض وقبل حدوث العجز والإعاقة وذلك للحد من شدة المرض و تقصير مدته ما أمكن و تسعى الوقاية الثانوية إلى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحية و تتمثل فيما يلي:

- الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسمي.
- التدخل العلاجي والجراحي المبكر.
- إثراء بيئة الطفل لمنعه من التخلف .
- توفير الرعاية الطبية المتواصلة للطفل لمنع حالته من التفاقم.
- استعمال الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية للأطفال للتخفيف من شدة الإعاقة الجسمية لديهم.

8-3 - الوقاية الثلاثية أو (الثالثة): وتأتي هذه المرحلة بعد حدوث العجز وتهدف إلى الحد من تدهور حالة الطفل والحد من التأثيرات المرافقة والمصاحبة والناجمة عن العجز الحركي والسيطرة على المضاعفات ما أمكن ذلك وتشمل ما يلي:

- توفير خدمات الإرشاد الجيني للأسرة.

- توفير خدمات الإرشاد الأسري.
 - استعمال الأطراف الصناعية.
 - مساعدة الطفل على الاستفادة من خدمات التأهيل التي تقدمها مراكز التربية الخاصة.
 - تقديم العلاج النفسي للمصاب و أسرته.
 - تعديل اتجاهات المجتمع وتحسين نظرتة نحو هذه الإعاقة.
 - مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته.
 - إشراك المصاب في برامج ترويحية كالاستماع للموسيقى مثلاً.
- إن عملية الوقاية هي عملية شاملة وانتقالية أي تبدأ بالتدريج من حالة غياب العجز إلى وجوده بشكل كامل، فنتم قبل حدوث الإعاقة لمنع حدوثها فعلاً، ثم تنتقل إلى مرحلة منع حدوث العجز إذا حدث المرض، لنتنقل في الأخير إلى التأقلم مع العجز ومنع حدوث مضاعفات تؤدي إلى تفاقمه ومحاولة التكيف في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الشخص المصاب.

الخطّة

- تمهيد.

1. تعريف ذوي صعوبات التعلم.
2. صعوبات التعلم وأهم المصطلحات المرتبطة بها.
3. محكات تشخيص ذوي صعوبات التعلم.
4. طرق تشخيص ذوي صعوبات التعلم.
5. أسباب صعوبات التعلم.
6. أنماط صعوبات التعلم.
7. خصائص ذوي صعوبات التعلم ومشكلاتهم.

المحاضرة السادسة

سيكولوجية ذوي صعوبات التعلم

تمهيد:

يعتبر التعلم عملية اكتساب المعرفة والمهارات والمبادئ للأفراد، وهو الركيزة الأساسية لتقدم المجتمعات ونهوضها فكما يقول الشاعر: العلم يبني بيوتا لا عماد لها، والجهل يهدم بيت العز والشرف. وهناك في الوسط المدرسي مجموعة من المشكلات التعليمية التي تعترض خاصة المتعلم وعلى رأسها صعوبات التعلم، فيا ترى ما مفهوم هذه الصعوبات، وأسبابها وطرق تشخيصها وكيف يتم التكفل بها تعليميا.

1- تعريف ذوي صعوبات التعلم:

إن أدبيات التربية الخاصة قدمت حوالي أربعين مصطلحا مختلفا للإشارة إلى الصعوبات التعليمية واقرحت ثمانية وثلاثين تعريفا مختلفا لها.

وعلى أي حال، فالتعريف الأكثر قبولا واستخداما لصعوبات التعلم هو ذلك الذي قدمته اللجنة الأمريكية الوطنية الاستشارية للمعوقين عام 1968. و ينص هذا التعريف على أن الصعوبات التعليمية هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة واستخدامها سواء كانت شفوية أو كتابية. وهذا الاضطراب يظهر على شكل عجز عن الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب. ويبين التعريف أن الصعوبات التعليمية لا تشمل المشكلات التعليمية التي تعود أساسا إلى الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو السلوكية أو الحركية أو الحرمان البيئي أو الاقتصادي أو الثقافي.

وتصف أدبيات التربية الخاصة صعوبات التعلم (Learning Disabilities) كجانب من جوانب التعلم بأنها إعاقة خفية محيرة، لان الأطفال الذين يعانون هذه الصعوبات يمتلكون قدرات تخفي جوانب الضعف في أدائهم، فهم قد يسردون قصصا رائعة رغم أنهم لا

يستطيعون الكتابة، وقد ينجحون في الدية مهارات معقدة جدا رغم إخفاقهم في إتباع التعليمات البسيطة، وهم يبدون عاديين تماما وأذكاء، وليس في مظهرهم شيء يوحي بأنهم أطفال يختلفون عن الآخرين.

وقدم المجلس الأمريكي الوطني المشترك لذوي صعوبات التعلم (National Joint Council for Learning Disabilities) في سنة(1994) تعريفا ينص على ما يلي: صعوبات التعلم هو مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير المتجانسة من الاضطرابات تعبر عن نفسها من خلال صعوبة دالة في اكتساب قدرات الاستماع أو الحديث أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو القدرات الرياضية واستخدامها. وهذه الاضطرابات ذاتية/ داخلية المنشأ. ويفترض أن تكون راجعة إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أن تحدث خلال حياة الفرد، كما يمكن أن تكون متلازمة مع مشكلات الضبط الذاتي، ومشكلات الإدراك والتفاعل الاجتماعي، لكن هذه المشكلات لا تكون ولا تنشئ بذاتها صعوبات تعلم، ومع أن صعوبات التعلم يمكن أن تحدث متزامنة مع بعض ظروف الإعاقة الأخرى، (مثل: قصور حسي، أو تأخر عقلي، أو اضطراب انفعالي جوهري) أو مع مؤثرات خارجية) مثل: فروق ثقافية أو تدريس/ تعليم غير كافي، أو غير ملائم) إلا أنها أي - صعوبات التعلم- ليست نتيجة لهذه الظروف أو المؤثرات.

وتعرف صعوبات التعلم بأنها "مجموعة من الاضطرابات النمائية المختلفة وغير المتجانسة الموجودة لدى بعض الأفراد. ترجع هذه الاضطرابات الذاتية (الموجودة داخل الأفراد) إلى قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، يؤثر سلبا على قدرتهم في استقبال المعلومات والتعامل معها والتعبير عنها، مما يسبب لهم صعوبات في القدرة على: الكلام والإصغاء والقراءة، والكتابة، والفهم، والتهجئة، والاستدلال والحساب، كما تؤثر تلك الصعوبات سلبا على جوانب أخرى مثل: الانتباه، والذاكرة، والتفكير، والمهارات الاجتماعية، والنمو الانفعالي".

➤ التعريف التربوي لصعوبات التعلم:

يعرف ويبمان وآخرون (Wepman et al, 1975) ذوو صعوبات التعلم بأنهم يعانون من صعوبات تعلم نوعية في أي عمر ومن، ويتميزون بتأخر أساسي في احد مظاهر التحصيل الدراسي، ويكون ذلك ناتجا عن الإعاقة الإدراكية-الحركية، دون اعتبار للأسباب الأخرى التي تسهم في حدوث هذا التأخر، وفي هذا التعريف يقصد بمصطلح إدراكي ما يرتبط بالعمليات العقلية أو العصبية التي يكتسب الطفل عن طريقها حروف الهجاء الأساسية من حيث طرق النطق والأشكال.

أي أن التعريف التربوي ينص على:

أ- صعوبات التعلم ترجع إلى عجز دال في واحدة أو أكثر من عمليات التعلم الأساسية مثل القدرة على الفهم، والإدراك والتعبير اللفظي وغير اللفظي والتي تحتاج إلى وسائل تربوية خاصة للعلاج.

ب- التلاميذ ذو صعوبات التعلم يظهرون تعارضا بين التحصيل الفعلي والقدرة العقلية في واحد أو أكثر من مجالات اللغة والحساب.

ج- صعوبات العلم ليست ناتجة عن أي نوع من أنواع الإعاقات الحسية والحركية والاضطرابات الانفعالية أو نقص الفرص المناسبة للتعلم.

ويمكن تعريف ذو صعوبات التعلم على أنهم هؤلاء التلاميذ الذين يظهرون تباعدا بين أدائهم الفعلي في المجالات الأكاديمية (كما يقاس بالاختبارات التحصيلية) وأدائهم المتوقع (كما يقاس باختبارات الذكاء أو القدرات العقلية) ويكون ذلك في شكل قصور في أدائهم للمهام المرتبطة بالمجال الأكاديمي بالمقارنة بأقرانهم في نفس العمر الزمني والمستوى العقلي والصف الدراسي، ويستبعد من هؤلاء ذو الإعاقات المختلفة.

ويذكر كرسيني (Corsini, 1994) أن مفهوم صعوبات التعلم هو عد قدرة الفرد على الاستفادة من البرنامج التربوي العادي مع امتلاك قدرات عقلية عادية ولا يظهر عليه أي مظهر من مظاهر الاختلال الفسيولوجي العصبي ولديه صعوبة في الاتصال بالآخرين من

الناحية التعبيرية أو اللغوية، ولم يستطيع القراءة، أو عمل الحساب في إطار المنهج الموضوع وقد يكون ذلك في أي عمر أو مستوى اقتصادي أو اجتماعي.

ويشير صالح هارون(2004) إلى أن صعوبات التعلم يقصد بها الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة واستخدامها، والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجي والحساب والتي تعود إلى أسباب لا تتعلق بالإعاقة العقلية، أو السمعية، وقدمت (فردوس الكنزي،2007) تعريفا لصعوبات التعلم ينص على أن صعوبات التعلم هو مصطلح يطلق على أولئك الذين يعانون من وجود صعوبة أو أكثر من العمليات العقلية، وفي التحصيل لا يستطيعون الاستفادة من الأنشطة التعليمية داخل الفصل العادي، ولا يشمل هذا المصطلح الإصابات المخية والإعاقات العقلية والسمعية، والبصرية والحركية.

2- صعوبات التعلم واهم المصطلحات المرتبطة بها:

المشكلات التربوية مترابطة كترابط مصطلحاتها، فقد بدأت بمصطلح التأخر أو التخلف الدراسي وبعدها مصطلح "المشكلات الدراسية" أو مشكلات التعلم"، ثم ظهر مصطلح "اضطرابات التعلم"، واتي بعد ذلك مصطلح "بطء التعلم"، وأخيرا "صعوبات التعلم".

1.2. صعوبات التعلم والتأخر الدراسي:

يستخدم مفهوم صعوبات التعلم لوصف فئة من المتعلمين الذين لديهم صعوبة في فهم المعلومات التي تقدم لهم رغم أنهم يتمتعون بذكاء متوسط أو اعلي من المتوسط. ولا ترجع الصعوبات التي لديهم إلى اضطرابات حسية أو إعاقات معينة.

كما يطلق هذا المفهوم على إصابة الطالب بمجموعة غير متجانسة من الاضطرابات النفسية الخاصة باكتساب معارات الحديث. أو القراءة أو الكتابة أو الاستماع، أو القدرات الرياضية الجسمية، وبشكل عام فان هذه الاضطرابات تكون داخلية وسببها يعود إلى وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي، كما أنها قد تحدث عندما يعاني الإنسان من مشاكل في

قدرته على الضبط الذاتي أو الإدراك أو التفاعل مع الفئات الاجتماعية المختلفة، مع العلم أن هذه المشكلات ليست السبب الأساسي لصعوبات التعلم.

التأخر الدراسي هو عبارة عن نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي لدى الطالب بسبب خضوعه لعوامل عدة، أهمها: العوامل العقلية أو الجسمية أو الاجتماعية أو الانفعالية، مما يؤدي إلى انخفاض في مستوى التحصيل العلمي والأكاديمي عن المستوى العادي المطلوب. حيث يوجد أربعة أنواع من أشكال التأخر الدراسي هي: التأخر الدراسي العام، والخاص، والدائم، والموقفي.

2.2. صعوبات التعلم ومشكلات التعلم:

يستخدم مفهوم مشكلات التعلم للإشارة إلى أنواع اضطرابات التعلم التي يعاني منها المتعلم، سواء كانت عامة أو نوعية، وسواء كانت راجعة إلى عوامل داخل الفرد كإعاقات المختلفة ونقص القدرة على التعلم، أو المشكلات السلوكية والانفعالية، أو لعوامل بيئية كالظروف الأسرية أو المدرسية أو الثقافية.

3.2. صعوبات التعلم والتخلف العقلي:

يشير مصطلح التخلف العقلي إلى فئة من المتعلمين لديهم قصور في السلوك التوافقي، وانخفاض القدرة العقلية العامة بدرجة دالة عن المتوسط، فينظر إليهم على أنهم مختلفون عقليا قابلون للتعلم، أما ذوي صعوبات التعلم فهم يعانون من صعوبات في مهارة أو أكثر من المهارات الأكاديمية، رغم أن قدراتهم العقلية تقع ضمن المتوسط أو أعلى.

4.2. صعوبات التعلم واضطرابات التعلم:

يشير مصطلح اضطرابات التعلم إلى إعاقة أو تلف في الجهاز العصبي، ترجع التباين إلى اختلاف في الجينات الوراثية أو إصابة مخية، أو تلف في المخ أثناء الولادة. أو إلى الحرمان الحسي أو لعيوب التغذية أو لتأثيرات أخرى، بينما تدل صعوبات التعلم على عدم القدرة الفعلية على انجاز مهمة معينة في أن الفرد يمتلك قدرة عقلية كافية لانجازها.

ويجمع الباحثون على أن المضطربين تعليمياً يعانون من اعتلال صحي، أو إعاقة بدنية تتدخل بالتأثير في عملية تعلمهم وسلوكهم، كما أنهم يعانون من انخفاض في نسبة ذكائهم، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تعلم المواد الدراسية.

5.2. صعوبات التعلم وبطء التعلم:

حسب الباحثين يشير مصطلح بطء التعلم إلى استغراق المتعلم وقتاً أطول من أقرانه العاديين في العمر الزمني نفسه والصف الدراسي ذاته، في فهم وأداء وتعلم المهام التعليمية، أو عجزه عن مسايرة زملائه في الدراسة بالسرعة المعتادة، فقد يستغرق ضعف الزمن الذي يستغرقه المتعلم العادي في التعليم، عادة ما يعاني بطيء التعلم من ضعف في العمليات العقلية العليا، كال تفكير والاستدلال والتحليل والتركيب وحل المشكلات، كما أن نسبة الذكاء تتراوح غالباً بين 70 و80. على العكس من ذوي صعوبات التعلم الذين يتمتعون بذكاء متوسط أو عال. ويعد ذلك أمراً مهماً في التمييز بين الفئتين.

3- محكات تشخيص ذوي صعوبات التعلم:

تتضح ثلاثة محكات أساسية في تشخيص صعوبات التعلم لدى الطلبة وهي:

➤ محك التباين : Criterion Discrepancy

ويقصد به التباين بين القدرة العقلية العامة أو الكامنة والتحصيل الفعلي في جانب معين أو التباعد أو التباين بين مجال وآخر، كأن يكون الفرد عادياً في مهارات الحساب ولكنه مقصر في مهارات القراءة، كما يمكن أن يكون التباعد ملحوظاً في نمو الوظائف العقلية والحركية، بحيث نجد الطالب مثلاً ينمو في اللغة، ويتأخر في نمو التناسق الحركي أو بالعكس.

➤ محك الاستبعاد : Criterion Exclusion

ويقصد به استبعاد الاحتمالات الممكنة جميعها بأنها السبب في صعوبة التعلم مثل: القصور الحاسي في السمع أو البصر، أو القصور العقلي، وحالات الحرمان البيئي، أو الاضطرابات النفسية، وكما في المثال السابق تؤكد من حاسة السمع، والبصر، والقدرات العقلية لدى الحالة.

➤ محك التربية الخاصة : Criterion Education Special

ويعني هذا المعيار أن الطلبة رغم أنهم يبدون عاديين تلزمهم إجراءات التربية الخاصة وخدماتها بما يتناسب مع صعوباتهم.

4- طرق تشخيص ذوي صعوبات التعلم:

أولاً: طريقة دراسة الحالة

وتصف الأسئلة المتعلقة بدراسة الحالة كما يلي:

- الأسئلة المتعلقة بخلفية الطفل العامة وحالته الصحية.
- الأسئلة المتعلقة بالنمو الجسمي للطفل.
- الأسئلة المتعلقة بأنشطة الطفل الحالية.
- الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.
- الأسئلة المتعلقة بالنمو الشخصي والاجتماعي.

ثانياً: الملاحظة الإكلينيكية

يتم التعرف على المظاهر الأساسية لحالات صعوبات التعلم من خلال الملاحظات الإكلينيكية أو مقاييس التقدير ومن هذه المظاهر:

- مظاهر الإدراك السمعي.
- مظاهر اللغة المنطوقة.
- مظاهر التعرف على ما يحيط بالطفل.
- مظاهر الخصائص السلوكية.
- مظاهر النمو الحركي.

ثالثاً: طريقة العمر العقلي الصفي

تستخدم في هذه الطريقة المعادلة الآتية: صف القراءة المتوقع = العمر العقلي - 5، حيث تطرح خمس سنوات عقلية من العمر العقلي للطفل.

رابعاً: الاختبارات والمقاييس

الاختبارات المقننة والاختبارات معيارية المرجع واختبارات محكية المرجع واختبارات القدرة العقلية العامة....الخ.

وهناك مجموعة من المقاييس والمحكات التي وضعها العلماء والأطباء والأخصائيين في التربية الخاصة وعلم النفس التربوي ومن المهتمين بهذا المجال لنتعرف من خلالها على الأفراد الذين يعانون من مشكلات تعليمية، وعلى الرغم من بعض الاختلافات في بعض مسمياتها فإنها تتفق في المعاني والأهداف.

5- أسباب صعوبات التعلم:

أشارت الدراسات والأبحاث إلى وجود مجموعة من الأسباب التي قد تؤدي إلى حدوث صعوبات في التعلم ويمكن تلخيصها فيما يلي:

❖ عوامل وراثية:

وتظهر في الشذوذات الكروموسومية والجينية في الهيئة الوراثية للإنسان، فإما تبقى متحفية ويكون الفرد حاملاً لهذا الاستعداد، وإما تصبح سائدة في الهيئة المظهرية كسلوك ظاهر له تأثيره في السلوك ويبدو في وجهه من وجوه القصور.

❖ صابات الدماغ قبل الولادة:

أو بعدها أو أثناءها فينتج عنه اضطرابات بسيطة في المخ ويبدو أثرها في السلوك، وفي العمليات العقلية المستخدمة في التعلم.

❖ عوامل كيميائية من مثل الأدوية والعقاقير والتعرض للإشعاعات.

❖ الحرمان البيئي الذي يؤدي إلى الحرمان من الاستثارة الحسية المناسبة وقصور الإدراك الحسي وبالتالي قصور في الوظائف العقلية.

❖ سوء التغذية والذي يؤدي إلى قصور بنائي في القشرة المخية ونمو الخلايا العصبية، مما ينتج عنه قصور في الوظائف العقلية.

وذكر أبو غنيمه (2010) مجموعة من العوامل التي تسهم في حدوث حالات صعوبات التعلم لدى الأطفال وهي:

- **ضعف الانتباه:** غالبا ما يصاحب صعوبات القراءة.
- **فهم اللغة:** يرتبط بصعوبة القراءة والحساب والتهجئة.
- **اضطراب التوجه المكاني:** دائما يرتبط بالحساب والجغرافيا والاتجاهات.
- **ضعف البصر والسمع:** ويؤثر في كل المواد.

(تامر سهيل، 2012، ص33)

6- أنماط صعوبات التعلم:

يعد التصنيف الذي قدمه كيرك وكالفنت (Krik & Chalfant, 1984) لأنواع صعوبات التعلم من أبرز التصنيفات، حيث تم ذكر نوعين لصعوبات التعلم وهما:

❖ **صعوبات التعلم النمائية: (Developmental Learning Disabilities)** وهي التي تتناول العمليات ما قبل الأكاديمية، وتتمثل في العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه والإدراك والذاكرة واللغة والتفكير، ومن ثم فإن أي اضطراب أو خلل يصيب واحدة أو أكثر من هذه العمليات يؤدي بالضرورة إلى العديد من الصعوبات الأكاديمية، ولذا يمكن تقرير أن الصعوبات النمائية هي منشأ الصعوبات الأكاديمية اللاحقة والسبب الرئيسي لها.

❖ **صعوبات التعلم الأكاديمية (Academic Learning Disabilities):** وهي التي تظهر لدى طلبة المدارس، وتتمثل في الصعوبات المتعلقة بالقراءة والكتابة والحساب والتهجي والتعبير الكتابي. (تامر سهيل، 2012، ص43)

7- خصائص ذوي صعوبات التعلم ومشكلاتهم:

تتمثل خصائص أطفال ذوي صعوبات التعلم في المجالات التالية:

أولا: المجال المعرفي أو التفكير

يتميز الطفل ذوي صعوبات التعلم بالاتي:

- الاعتماد على المنبهات البيئية في تفسير المدركات.
- صعوبة التذكر.
- صعوبة الانتباه الإرادي، وبالتالي عدم الإصغاء وسرعة تحول الانتباه وكثرة الحركة وصعوبة التركيز على الأعمال والواجبات المدرسية.
- صعوبة السلوك الشخصي والاجتماعي، حيث لا يابه لقيمة النجاح الذي يحققه، والنظرة التشاؤمية للمستقبل.
- صعوبة اكتساب المفاهيم الرياضية والخط بينها، وعدم القدرة على تحليل الرموز الرياضية، وصعوبة تذكر الحقائق الرياضية وتسلسل الأرقام.

ثانيا: المجال اللفظي أو اللغوي

وتتمثل بالصعوبات التالية:

- صعوبة فهم اللغة الاستقبالية والداخلية.
- صعوبة إدراك أصوات اللغة، وعدم القدرة على التعبير عن هذه الأصوات.
- صعوبة فهم الكلمات المتعلقة بأسماء الأشياء والأفعال والصفات، وعدم القدرة على تكوين الجمل والكلمات بصورة صحيحة.
- عدم القدرة على التمييز بين الكلمات والحروف المتشابهة.
- عكس الحروف والكلمات.
- عدم القدرة على تحليل الكلمات إلى أصولها.
- عدم القدرة على الإصغاء أثناء الكتابة.
- تردي تنظيم الأعمال الكتابية وعدم دقتها، وعدم القدرة على تمييز الأخطاء الكتابية أو عدم القدرة على تصويبها.
- عدم الالتزام بالكتابة على السطر وعدم ترك فراغات منتظمة بين الكلمات، وعدم تناسق أحجام الحروف عند الكتابة.

ثالثا: المجال الاجتماعي:

وتظهر المشكلات الآتية:

- صعوبة تحمل المسؤولية الشخصية أو الاجتماعية.
- الانسحاب الاجتماعي المتمثل في الكسل وعدم المبالاة وقلة الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.
- الاتكالية.
- سهولة تشتت الانتباه.
- النشاط المفرط المتمثل في كثرة التملل وعدم الاستقرار والثرثرة وإزعاج الآخرين.

رابعاً: المجال الحركي:

ويمتاز ذوو صعوبات التعلم هنا ب:

- ضعف المهارات الدقيقة مثل الرسم والكتابة.
- عدم القدرة على إتقان المهارات الكبيرة نتيجة لتأخر النمو التطوري مثل المشي والقفز.

8- طريقة التكفل التربوي بذوي صعوبات التعلم:

هي الكيفية التي يتم بها تعليم المحتوى باستخدام استراتيجيات التعليم العلاجي، وباستعمال طرق عديدة ومتنوعة منها:

أ- طرق التدريس:

1- التدريس المباشر: ويقوم على الخطوات التالية:

- وضع أهداف محددة واضحة ليعمل الطلاب على تحقيقها
- صياغة وترتيب الأنشطة التربوية في خطوات متسلسلة
- إتاحة الفرص لاكتساب المهارات الجديدة
- تقويم وتقديم التغذية المرتدة الفورية لتصحيح المسار التعليمي للتلميذ أولاً بأول.

2 التعلم الإيجابي أو الفعال:

ويستند إلى الإجراءات التالية :

- تشجيع التعلم التفاعلي بين التلميذ والبيئة ومادة التعلم
- الاستناد إلى الخبرات السابقة للتلميذ عند تقديم المادة التعليمية الجديدة
- إعداد الطالب ذهنياً وفكرياً ودافعياً في عملية التعلم
- تشجيع التلميذ على الاندماج في عملية التعلم.

3 أسلوب النظم:

وهو نشاط تعليمي يشكل نطاقاً له مكوناته وعناصره وعلاقاته وعملياته التي تسعى إلى تحقيق الأهداف المحددة وهو يتألف من أربعة أجزاء : المدخلات، العمليات، التغذية المرتدة، المخرجات.

(ب)- استراتيجيات تستخدم لتعليم ذوي صعوبات التعلم من أهمها:

- **إستراتيجية تحليل المهارة:** يتم ذلك بعرض المهارة المطلوب تعلّمها على اللوح، وقيام المعلم بتجزئتها إلى مهارات فرعية متسلسلة، وكتابتها على اللوح، ثم قيام المعلم بتوضيح وتطبيق المهارات الفرعية أمام الطلاب، بطريقة متسلسلة إلى أن يصل إلى المهارة الأساسية، ثم يأتي دور الطالب بتطبيق المهارات بالتدرّج بدءاً من المهارات الفرعية وصولاً للمهارة الأساسية.
- **إستراتيجية الربط الحسي:** يتم ذلك بعرض المهارة على اللوح أمام الطلبة، ثم ربط هذه المهارة بأشياء حسية ملموسة كالصور، والمجسمات، والدفاتر، والمكعبات، وقيام الطالب بتطبيق المهارة بمساعدة الأشياء الملموسة الموجودة أمام المعلم، وتكرارها إلى أن يستوعب هذه المهارة، وأخيراً يطبق الطالب المهارة أمام المعلم دون أن يستعين بالأشياء الحسية.

- **إستراتيجية النمذجة:** وتتم بعرض المهارة على اللوح، وتطبيقها أمام الطلبة بشرحها، ثم تطبيق الطالب للمهارة، وذلك بشرح خطواتها أمام المعلم والطالبة.
- **إستراتيجية التردد اللفظي:** وذلك بعرض المعلم للمهارة أمام الطالب، وشرحها، وقراءتها، ثم قيام الطالب بترديدها عدة مرات.
- **إستراتيجية الحواس المتعددة:** وذلك بكتابة المهارة على اللوح باستخدام لون ملفت يجذب انتباه الطالب، ويقرأ المعلم والطالب المهارة معاً، ثم يتتبع الطالب المهارة لمساً بإصبعه ناطقاً بها في الوقت ذاته، مكرراً هذه الخطوة مرات عدة، ثم كتابتها ثلاث مرّات على الدفتر نقلاً عن اللوح، وأخيراً كتابتها والتلفّظ بها في الوقت ذاته دونما مساعدة.
- **إستراتيجية تبادل الأدوار:** وذلك بتمثيل الطالب دور المعلم بعد الانتهاء من الدرس، وتمثيل المعلم لدور الطالب، فيركز الطالب على شرح المعلم، ويعطي المعلم الطالب تدريبات على الدرس، وسؤاله عن الأمور التي لم يفهمها، وبعد ذلك يتم تبادل الأدوار بين المعلم والطالب، وتصحيح المعلم لأخطاء الطالب بعد انتهائه من الشرح.

المحاضرة السابعة : سيكولوجية أطفال التوحد

الخطوة

تمهيد.

- 1- تعريف التوحد.
- 2- أسباب اضطراب طيف التوحد.
- 3- أعراض طيف التوحد.
- 4- خصائص المصابين بطيف التوحد.
- 5- أنواع طيف التوحد.
- 6- أساليب التشخيص المستخدمة في حالة اضطراب التوحد.
- 7- الأساليب العلاجية التربوية في لأطفال التوحد.

المحاضرة السابعة

سيكولوجية أطفال التوحد

تمهيد:

يعتبر مجال الأمراض النفسية مجال واسع ومتغير ومتعدد الأسماء والصفات، يطلق عليه الأطباء تسميات لكي يتمكنوا من التفاهم حول الأعراض بلغة محددة، ومن اعقد المشاكل غير العضوية التي تواجه جميع المجتمعات في العالم هي مشكلة التوحد.

وعندما نعرف مشكلة الطفل التوحدي وكيفية تأثير الاضطرابات السلوكية على حياته، ومعرفتنا بالمرض وأنماطه، فإن ذلك يسهل علينا التعامل معه ووضع الخطط العلاجية والتدريبية، مما يجعله فردا فاعلا في مجتمعه.

1- تعريف التوحد:

التوحد مصطلح يرجع إلى أصل كلمة إغريقية تعني اوتوس "Autos" وهي النفس "الذات"، وحدده جليبرج "1992" على انه زملة أعراض سلوكية تتميز بالعلاقات الاجتماعية غير السوية، والتواصل غير السوي، وهي غالبا مرتبطة بانخفاض العمر العقلي.

ويعرف أيضا على انه احد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تؤثر على قدرة الفرد على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل مع الناس المحيطين به، وللأفراد التوحديين صعوبة في إقامة العلاقات الاجتماعية وفي فهم مشاعر الآخرين وفهم أفكارهم وفي التخيل.

وقد عرف تيد مارش وفولكمار (2003, Tidmarsh & Volkmar) تشخيص التوحد بأنه "تحديد مدى ودرجة القصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي والمقاومة للتعبير والتأخر في اللعب التمثيلي والرمزي على طفل ما من خلال تطبيق مقياس خاص بهذا الاضطراب يشمل المعايير المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية.

2- أسباب اضطراب طيف التوحد:

- التغيرات الجديدة والطفرات النادرة المرتبطة باضطراب طيف التوحد، ففي حوالي 15% من الحالات يمكن تحديد سبب وراثي محدد لاضطراب طيف التوحد ومع ذلك فإن معظم الحالات تحتوي على مجموعة معقدة ومتغيرة من العوامل الجينية والبيئية التي تؤثر على نمو الدماغ في وقت مبكر من المرحلة الجنينية.
- بعبارة أخرى مع وجود العامل الجيني لاضطراب طيف التوحد بالإضافة إلى العوامل الأخرى غير الجينية وغير البيئية تزيد نسبة احتمال إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد
- ومن العوامل البيئية التي قد تؤثر في نسبة الإصابة نجد العوامل التي تقع فترة الولادة وما قبل الولادة والتي تتضمن تقدم الوالدين في العمر أثناء الحمل بالإضافة إلى صحة الأم خلال الحمل، الولادة المبكرة وانخفاض الشد في الوزن عند الولادة.
- انخفاض في مستوى الأوكسجين الذي يؤثر على مخ الجنين، كما أن استنشاق الأم أثناء الحمل للمبيدات الحشرية والتلوث البيئي بشكل كبير قد يزيد من احتمالية إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد.
- تؤكد بعض البحوث على أن نسبة الإصابة باضطراب طيف التوحد تقل عند الأطفال اللذين تناولت أمهاتهم الفيتامينات المحتوية على حمض الفوليك في الأشهر التي تسبق الحمل وفي الأشهر الأولى منه، وعلى نحو متزايد يبحث الباحثون عن دور جهاز المناعة في الإصابة باضطراب طيف التوحد.
- اسباب بيوكيميائية التي لوحظت هي ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد وكذلك لوحظ في ثلث الأطفال المتخلفين عقليا بدرجة شديدة.

3- أعراض طيف التوحد:

3-1-الأعراض الاجتماعية:

يعاني معظم الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبة في المشاركة في الحوار والتفاعل مع الناس بشكل يؤدي للشك، عند 8 إلى 10 أشهر من العمر تظهر لدى الرضع الذين يتم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد لاحقا العديد من الأعراض منها عدم الاستجابة لأسمائهم وقلة الاهتمام بالناس والتفاعل معهم وتأخر الأصوات الأولى التي يحدثونها قبل الكلمات الأولى.

بالإضافة إلى العواطف غير المنظمة سلوكيات يراها الآخرون كشكل من أشكال السلوكيات غير الناضجة مثل البكاء والهيجان بعنف في الأوقات غير المناسبة.

❖ صعوبات التواصل:

يميل الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد إلى التأخر في المناغاة وإصدار الأصوات التي تسبق الكلمات الأولى، إضافة إلى التأخر في تعلم استخدام الإيماءات.

يواجهون صعوبة في جمع الكلمات لتكوين جملة مناسبة ذات معنى فيستخدمون كلمات منفردة أو يكررون نفس العبارة مرارا وتكرارا ويقوم البعض بتكرار ما يسمعون.

وقد يظهر الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد تأخر بسيط في اللغة أو قد تنمو لديهم اللغة مبكرا مع العديد من المفردات وبالرغم من ذلك في كلتا الحالتين يواجهون صعوبة في المشاركة المستمرة في الحوار ويميل بعض الأطفال البالغين المصابين باضطراب طيف التوحد إلى الاستمرار في حوارات ذاتية حول موضوع مفضل.

❖ السلوكيات التكرارية:

السلوكيات التكرارية غير المعتادة أو الميل إلى المشاركة في مجموعة محدودة من الأنشطة هي أحد الأعراض الأساسية الأخرى للتوحد وتشمل السلوكيات التكرارية ورفرفة اليد والتأرجح و القفز والدوران وبعثرة الأشياء وإعادة ترتيبها وتكرار الأصوات والكلمات أو العبارات.

❖ الأداء التنفيذي ونظرية العقل:

يواجه الأفراد المصابون باضطراب طيف التوحد في كثير من الأحيان تحديات تتعلق بقدرتهم على تفسير بعض الإشارات والمهارات الاجتماعية وقد يكون لديهم صعوبة في معالجة كم كبير من المعلومات وربطها بالآخرين و هناك مصطلحان أساسيان متعلقان بهذه التحديات وهما الأداء التنفيذي ونظرية العقل إذ يمل الأداء التنفيذي مهارات مثل التنظيم والتخطيط والاهتمام المستدام والاستجابات غير الملائمة.

3-2- الأعراض الجسدية والطبية التي قد تصاحب اضطراب طيف التوحد:

❖ اضطرابات المعدة والأمعاء:

يشتكى العديد من الوالدين من وجود مشاكل في الجهاز المعدي والمعوي لدى أطفالهم ذوو اضطراب طيف التوحد يظهر في شكل التهاب المعدة والإمساك المزمن والتهاب القولون والالتهاب المريء.

❖ الخلل الوظيفي الحسي:

يعاني العديد من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من استجابات غير عادية للمنبهات الحسية وهذه الصعوبات ترجع إلى خلل في معالجة ودمج المعلومات الحسية.

❖ اضطراب في الأكل:

يتضمن تناول أشياء ليست طعاما فغالبا ما يتناول الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و24 شهرا مواد غير غذائية ولكن هذا عادة ما يكون جزءا طبيعيا من النمو، ويستمر بعض الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد مع تقدمهم في العمر في أكل بعض الأشياء مثل الطباشير والطين والأوساخ.

❖ صعوبات النوم:

مشاكل النوم شائعة عند الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد فقد يؤثر وجود طفل يعاني من مشاكل في النوم على جميع أفراد الأسرة.

❖ الصحة النفسية:

في كثير من الأحيان قد يتلقى الطفل المشخص باضطراب طيف التوحد (ASD) تشخيصاً إضافياً مثل اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD).

4-خصائص المصابين بطيف التوحد:

أولاً: الخصائص السلوكية

الطفل المتوحد سلوكه محدود وضيق المدى ويتسم بوجود نوبات انفعالية حادة وهذا السلوك لا يساهم في نمو الذات لديهم، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ومن أهم هذه الخصائص نجد: الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

ثانياً: الخصائص العقلية والمعرفية

تتفاوت القدرات المعرفية عند الأطفال المصابين بالتوحد حيث يكونون على مستوى عال في شيء معين بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء معين وتتميز طريقة التفكير لديهم بالتفكير بالصور وليس بالكلمات، صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية.

ثالثاً: الخصائص الانفعالية

توجد ردود الفعل الانفعالية لدى المتوحد مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة وليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص فقد يتعرض لنوبات الضحك والبكاء والصراخ بدون سبب واضح.

ويعبر الأطفال المتوحدون عن انفعالاتهم ببعض أشكال السلوك المتمثل فيما يلي:

- **مقاومة التغير:** نظراً لضيق نطاق تركيز الأطفال المتوحدون في الأنشطة بصورة كبيرة فإنهم يبدون مقاومة شديدة للتغير الحادث في البيئة والطعام وترتيب الحجرة.
- **السلوكيات الشاذة:** ففي بعض الأحيان يبدون استجابات خوف شديدة.
- **سلوكات إيذاء الذات:** بعضهم يقومون بضرب رأسهم على الحائط أو عض أيديهم.

رابعاً: الخصائص البدنية

مظهر الأطفال المتوحدين مقبولا إن لم يكن جذابا مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة خاصة في عمر سنتين إلى سبع سنوات يكونون أقصر طولا من أقرانهم الأسوياء المتساوين معهم في العمر ومن هذه الخصائص نجد:

- **المهارات الحركية:** مستوى الطفل المتوحد في النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس سنه مع تأخر طفيف في معدل النمو، فالأطفال المتوحدون كثيرا ما يقفون ورؤوسهم منحنية ويكررون حركات معينة، وهذه السلوكيات قد تكون مرتبطة بأوقات يكونون فيها مستغرقين في بعض الخبرات الحسية.
- **الاستجابة للمثيرات الحسية:** إما بالبرود أو بالحساسية الفائقة بشكل لا يتناسب مع شدة أو خفة المثير مثل الأصوات والأضواء والألم.

خامساً: الخصائص الاجتماعية

تعتبر الصعوبات الاجتماعية من أكثر وأشد الملامح المميزة لذوي اضطراب التوحد وقد تبين أن معظم الأطفال المتوحدين يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي ومن بين هذه الخصائص نجد:

- **العزلة الاجتماعية:** حيث يميلون إلى العزلة عن الآخرين واتصالاتهم قليلة مع كل من الراشدين والأطفال ويظهر عليهم أثر الانسحاب والانطواء الاجتماعي.
- **العلاقة الوسيطة مقابل العلاقة التعبيرية:** العلاقة التي يكونها الطفل المتوحد بالآخرين تكون وسيطه أكثر منها تعبيرية، حيث يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده.
- **الفشل في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم:** من بين العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال المتوحدون هي: (الفشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين، نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب.

- غياب الدراية الاجتماعية بمعرفة مشاعر وعواطف الآخرين: الأطفال المتوحدون يعانون من نقص إدراك أو تمييز الحالة العاطفية للأشخاص الآخرين ولا يميزون بين الانفعالات مثل الغضب والحزن والسعادة، وفيما يخص غياب الدلالة الاجتماعية نجد، التقليد، القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية الحياتية.

5- أنواع طيف التوحد:

- متلازمة اسبرجر: لقد شخص الدكتور اسبرجر من جامعة فيينا من قسم طب أطفال التوحد بأنه يشمل عدة أعراض وهي قصور في مهارات التوازن، الكلام التكراري، كراهية التغيير في كل شيء، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، ولديهم حساسية كبيرة من الأصوات، كما أن بعضهم لديه قدرات فائقة في بعض النواحي مثل القدرة على الحفظ.
- مرض فينيل كيتونيوريا: هو مرض وراثي سببه أن الحامض الاميني المسمى فينيلالان لا يتم نقله في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط انزيم معين في الكبد يؤدي إلى تراكم الحامض في الدم والمخ والتشخيص يتم عن طريق فحص الدم،
- متلازمة الكروموسوم الهش: اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي يظهر في 10 بالمائة منهم وخاصة الذكور ومعظم الأطفال الذين يعانون منه لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط وللطفل صفات معينة مثل بروز الأذن، كبر محيط الرأس، مرونة المفاصل.

6- أساليب التشخيص المستخدمة في حالة اضطراب التوحد:

- بما أن هناك عدة أسباب وليس بالضرورة تجتمع كلها لتسبب التوحد فلا بد من أن يكون التشخيص من جوانب عدة:

أولاً: التشخيص الطبي

وذلك بإجراء اختبارات طبية مختلفة لتحديد أسباب ممكنة أخرى للأعراض الظاهرة أو استبعادها نهائياً، مثل التحليل الكروموسومي، اختبارات تصوير الدماغ.

ثانياً: التشخيص النفسي

يفترض التشخيص النفسي أنماط محددة من سلوكيات الفرد تكون ثابتة والقياسات الفردية لهذه السلوكيات مقارنة بمجموعات معيارية وفي التشخيص النفسي يتم تقييم القدرة العقلية والمعرفية المتفاوتة.

ثالثاً: التشخيص الاجتماعي

يتضمن التشخيص الاجتماعي التعرف على مدى قدرة الطفل التوحيدي على الانخراط في الأنشطة الجماعية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

رابعاً: التشخيص الفارقي

يواجه الأخصائيين صعوبات في تشخيص اضطراب التوحد نظراً للتشابه مع اضطرابات أخرى من بينها: التخلف الذهني، البكم الاختياري.

وهناك من يضيف اختبارات أخرى مثل: التقييم النفسي التربوي ويتم من خلال مجموعة من الأدوات التي يمكن استعمالها مع الأطفال الصغار: فقاعات الصابون، طين الصلصال، الخرز، الكتب، وهذه المهمات تصنف ضمن مجموعات وظيفية: التقليد والمحاكاة، الملاحظة، الإدراك الحسي، السلوك الحركي، تآزر اليد والعين، القدرة على التغيير ومهارات اللغة الاستقبالية.

7- الأساليب العلاجية التربوية في معالجة أطفال التوحد:

هناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحيدين ويجب التأكد من انه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما

انه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد، أما في المجال التربوي فيمكن الاعتماد على مجموعة من الاستراتيجيات وهي ما يأتي:

❖ العلاج السلوكي:

هذا المدخل كلن له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص التوحديين وهو منبثق من نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه.

وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي.

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال التوحد للأسباب الآتية:

1. أنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية لأطفال التوحد.
2. تعتمد على أساسيات التعلم و التي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين.
3. يمكن تعليم اطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي:

-مهارات تعلم اللغة والكلام.

- السلوك الاجتماعي الملائم.

-مهارات متنوعة من العناية الذاتية.

- اللعب بالألعاب الملائمة.

- المزاجية والقراءة.

- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام.

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافئة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماماً وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل.

وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة السلوك التوحدي أو التخلص منها إلى عدة أسباب وهي:

✓ انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين و أن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتا طويلا.

✓ انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل مع نتائج القياس وانه لا يعير اهتماما لحدوث الاضطراب و إنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.

✓ انه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافئة السلوك الذي يهدف إلى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية.

✓ انه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته وتوفير الدقة في التطبيق.

وهناك من ناحية ثانية عدة خطوات يتعين الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب وهذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

✓ تحديد الهدف.

✓ سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.

✓ حث الطفل على الاستجابة.

✓ مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك.

✓ نوعية المكافئة.

❖ العلاج التعليمي:

وهو مثل التكنيك الإجرائي يتبع نظرية التعليم ويؤكد على ملاحظة سلوك الطفل، وبعكس الإجرائي هذا المدخل لا يلغي كل المتغيرات غير الملحوظة أو حتى غير المناسبة للتعليم وإنما يهتم بها. وبالرغم من أن الإدراك أو المعرفة غير الواضحة صعبة القياس فإن الأفكار والظنون رئيسية لهذه النظرية، والتي تؤمن بأن وجود هذه الأفكار يتبع نفس القوانين وأنظمة التعليم والسلوك.

وهو بدون أي مبالغة الطريق والأمل الوحيد إمام أطفال التوحد حتى الآن وخاصة كنتيجة للاهتمام والتركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين إعدادة وتدريبه وتنمية قدراته ومهاراته في مجال التواصل اللغوي وغير اللفظي والنمو الاجتماعي والانفعالي ومعالجة السلوكيات النمطية والشاذة والعدوانية والتدريب على رعاية الذات والتدريب النفسحركي والمهني حتى حقق آلاف أطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية وحيث بدأت برامج التدخل العلاجي التعليمي مبكرا في حياة الطفل وبالطرائق التالية:

❖ طريقة البرنامج التعليمي الفردي : individual educational program

ويعرف على انه برنامج تعليمي خاص مبني إعدادة على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة و مستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية profile خاصة تحدد مشكلاته واحتياجاته والعمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني هذا البروفيل يعد بناءا على قياس وتقييم دقيق لتلك القدرات يقوم باجراه فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

والفكرة في التربية الخاصة كما نعلم هي أن نهىء الطفل التوحدي البيئة التعليمية الخاصة به والتي تسمح بتعليمه بسرعة اقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية وطرق تدريس وتكنولوجيا خاصة به ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد وعلى نمو قدراته ويعتمد اختيار الفصل المناسب لمستواه وعلى درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي وعما إذا كان يعاني من توحده فقط أو إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد وتتطلب أساليب تعليمية وأنشطة فضلا عن تلك التي تتطلبها إعاقة التوحد كذلك لا بد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا توصيفا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل التوحدي بشكل متكرر يستنفذ جزءا كبيرا من وقته وتركيزه، كذلك تحديدا للسلوكيات الشاذة والعدوانية التي تسبب إيذاء له أو لمخالطيه فالحصر والتقييم لهذه السلوكيات تؤدي

إلى تضمين البرنامج التعليمي جانباً من وسائل وطرق العلاج تلك السلوكيات التي لو أهملت تحول دون فاعلية البرنامج التعليمي وتحقيق أهدافه.

❖ طريقة teach:

وهو اختصار ل **treatment and education of autistic and related communication handicapped children**

وتمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق هذا البرنامج وإن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ما بين (5-7) أطفال مقابل معلمة واحدة ومساعدة لمعلمة ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحيدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته العقلية – العضلية – العقلية اللغوية وذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

إن هذا البرنامج يدخل عالم الطفل التوحيدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبهِ للروتين ويهيئ البرنامج الطفل للمستقبل ويدربه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له ومن المهم أن يعرف الوالدان:

➤ كيف يفكر الطفل التوحيدي وما هو عالمه.

➤ ما هي وسيلة التواصل المناسبة بالنسبة له.

➤ كيفية تقوية التواصل الاجتماعي.

➤ كيفية تهيئة المنزل و البيئة.

➤ كيف نعلم الطفل المشاعر الإنسانية.

❖ طريقة فاست فورورد fast forword:

وهي عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد وتم تصميم برنامج الحاسوب بناءً على البحوث العلمية التي

قامت بها عالمة علاج اللغة paula tallal على مدى ثلاثين سنة تقريبا وبينت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. وتقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على إذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذه اللعب وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين.

❖ العلاج بالموسيقى music therapy:

درست التأثيرات العملية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد فوجد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للأغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية.

❖ العلاج باللعب:

اهتم علماء النفس بتفسير ظاهرة اللعب، حيث أنه سلوك نظري وحيوي في حياة الطفل الصغير، وهو النشاط الذي الذي يعبر عن طريقه الطفل في التفكير والتدليل، والاسترخاء والعمل، حيث يعرفه جان بياجيه بأنه الاستجابات التي يؤديها الفرد من أجل الاستمتاع الوظيفي، أما غفروبل فيعرفه بأنه نشاط تلقائي ونفسي وفي الوقت نفسه هو خيالي للحياة البشرية في مجموعة، لذلك كان مقرونا دائماً بالفرح والحرية والرضا والراحة النفسية والجسمية والسلام الكوني.

والعلاج باللعب طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسياً، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالي، وتنفيس الطاقة الزائدة، والتعبير عن الصراعات، وتعليم السلوك المرغوب.

ومن الأهمية بمكان أن تُراعي الأسرة والمدرسة من خلال اللعب والعمل الجماعي الأهداف والبرامج العلاجية للطفل التوحيدي مع ملاحظة تسجيل عدد المرات التي تتكرر فيها الاستجابات ومدتها وثباتها. وجميع هذه الملاحظات العلمية تحتاج من أسرة الطفل التوحيدي والأسرة التعليمية، التدريب والممارسة في مجال العمل وكذلك تحتاج إلى إطلاع واسع على اضطراب التوحد (تثقيف الأهل) بالقراءة والمحاضرات والندوات والمؤتمرات والكتابة في الصحف والمجلات بشكل دوري للمجتمع.

❖ الخطوات الرئيسية في تعديل سلوك التوحيدي:

هذه مجموعة من الخطوات التي يمكن إتباعها ضمن برنامج إجرائي لتعديل سلوك الطفل التوحيدي:

- تحديد السلوك المستهدف (تصحيح أفعاله الخاطئة).
- تعريف السلوك المستهدف (طلبه للشيء، خروجه دون إذن، ضربه للآخرين).
- قياس السلوك المستهدف (الفترة الزمنية التي تمت ملاحظته فيها و الخطوات التي تم إتباعها).
- تحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك المستهدف (البيئة).
- تصميم خطة العلاج (مع المدرسة، مع الأسرة، مع المدرب).
- تنفيذ خطة العلاج (المرحلة التدخلية في العمل).
- تقييم فعالية برنامج العلاج (مخرجات العلاج).
- أهم النتائج المستخلصة للخطوات السابقة (وضع التوصيات اللازمة).

الخطـة

- تمهيد.

1- تعريفات المصطلحات .

2- خصائص الموهوبين.

3- أساليب وطرق الكشف عن الموهوبين.

4- احتياجات الموهوبين في ضوء خصائصهم.

5- تأهيل الموهوبين والمتفوقين تربوياً.

المحاضرة الثامنة

سيكولوجية الأطفال الموهوبين والمبدعين

تمهيد:

إذا كان النصف الأول من القرن العشرين قد شهد اهتماماً واضحاً بالذكاء والقدرات الخاصة، فإن النصف الأخير من القرن نفسه قد شهد الاهتمام بالإبداع وتميز برعاية المبدعين والمتفوقين والموهوبين وكيفية العناية بهم، فانكب مئات العلماء والباحثين وعشرات من المؤسسات العامة والخاصة بدراسة مختلف خصائصهم، وبدأ العمل بوضع البرامج التربوية لتنمية المواهب والابتكارات لدى الأطفال والتلاميذ منذ المراحل المبكرة من حياتهم، فإنا نرى ما هي أهم هذه الخصائص والاحتياجات التي تميزهم، وكذا سبل التكفل بهم تربوياً.

1- تعريفات المصطلحات :

أولاً: الموهبة:

توصل عالم النفس الأمريكي لويس تيرمان عام 1925م إلى تعريف دقيق للموهبة والذي اعتمد في تكوينه على الذكاء الذي يتم قياسه من خلال اختبار فردي للقدرات العامة. وفي هذا التعريف يعتبر تيرمان أن الفرد الموهوب هو الذي يسجل درجة في القدرات الفكرية العامة التي يتم قياسها على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء أو بأي وسيلة مشابهة.

وفي عام 1972 صدر تقرير مارلاند الذي يعد تعريفاً مبتكراً للموهبة يمكن وصفه على أنه متعدد الأوجه. وهو يعرف الموهوبين من الأطفال على أنهم:

أولئك الأشخاص الذين يتمتعون بكفاءة مهنية عالية كما أنهم قادرون على تقديم أداء متميز بالاعتماد على قدراتهم الممتازة. ومثل هؤلاء الطلبة لا بد أنهم يحتاجون إلى برامج

تعليمية مختلفة أو أنهم يحتاجون إلى خدمات تزيد على تلك المقدمة إلى نظرائهم من الطلبة العاديين من خلال البرامج المدرسية المنتظمة. ذلك يمكن الموهوبين من إدراك ما يستطيعون أن يقدموه لأنفسهم أو للمجتمع (1972).

ثانيا: التفوق العقلي

يعرف المتفوق عقليا بأنه من وصل في أدائه إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين في مجال من المجالات التي تعبر عن المستوى العقلي والوظيفي للفرد بشرط أن يكون ذلك المجال موضع تقدير الجماعة.

ثالثا: الإبداع

يعرف التفكير الإبداعي في معجم علم النفس والتربية بأنه القدرة على اكتشاف علاقات جديدة أو حلول أصيلة تتسم بالجدة والمرونة.

رابعا: العبقرية

أقصى امتداد للموهبة وأعظم مرتبة يمكن أن يبلغها الأداء الإنساني.

2- خصائص الموهوبين:

اعتمادا على نتائج العمل الذي قام به تيرمان فانه يمكن تقسيم خصائص الموهوبين إلى ثلاث مجموعات هي:

أولا: الخصائص الفكرية

قد تظهر الخصائص التالية على الموهوبين من الناحية الفكرية:

- يمتلكون عمرا عقليا أكبر من عقلهم الزمني، كما أنهم يسجلون علامات أعلى في اختبارات الذكاء من آخرين أكبر منهم سنا.
- يبدأون الكلام مبكرا عما هو معتاد ويمتلكون مهارات فائقة في الفهم.
- يتمكنون من رسم صور يمكن إدراكها، ويستخدمون لغة فيها شيء من الإسهاب، ويبدأون القراءة بشكل أبكر من المعتاد.

- **التفكير المنطقي:** إن عملية التفكير التي تجري في أذهان الموهوبين غالبا ما تتسم بالسرعة ويحكمها المنطق مقارنة بنظرائهم من العاديين، حيث يمكن تفسير ذلك بأنهم – أي الموهوبين- يتصفون بالفضول الممتزج مع طبيعتهم و إلحاحهم الشديد للتعلم.
- **امتلاك قدرات رياضية وفنية وموسيقية مبكرة:** تظهر القدرات المتقدمة والتميزة في مجالات الرياضيات والموسيقى مبكرا على الموهوبين وهذه القدرات قد تمكن الموهوبين أن يقوموا بالاتي:

- قد يتمكنون – وهم ما يزالون في مرحلة الروضة- من العد بالخمسات أو بالعشرات و يتمكنون من إجراء عمليات الطرح والإضافة لأرقام تتكون من خانتين.
- يشرحون الحلول الرياضية التي يقومون بها.
- يتعلمون الرسم في سن مبكرة أكثر من المعتاد.
- يمتلكون ذاكرة بصرية فائقة.
- يتعلمون الواقع من تلقاء أنفسهم.
- يحلون المشاكل بطرق إبداعية.
- يفهمون ويدركون الأصوات الموسيقية المختلفة.
- يمتلكون ذاكرة موسيقية قوية.

ثانيا: الخصائص الوجدانية

تعد خصائص الموهوبين الوجدانية مهمة بقدر تلك الخصائص الفكرية الخاصة بهم، حيث يفترض غاردنر عام(1983م) أن الأبعاد الوجدانية تتكون من نوعين من الذكاء:

❖ الذكاء بين الشخص وذاته (الذكاء الداخلي).

❖ الذكاء فيما بين الأشخاص (الذكاء البيئي).

أما الذكاء بين الشخص وذاته فهو يشير إلى العواطف والأحاسيس وفهم النفس بينما الذكاء الآخر فهو يتعلق بقدرة الشخص على فهم مشاعر أفراد آخرين. فالتداخل بين الذكاءين هو الذي يقود الناس في حياتهم العملية.

فالموهوبون بشكل عام يتمتعون بـ:

- القدرة على التكيف تشبه أو تفوق تلك التي يتمتع بها أقرانهم العاديون، كما أن لديهم مفاهيم ذاتية أفضل من الآخرين وقدرة أكبر على تحقيق الذات.
- وضع أهداف ذات قيمة عالية لأنفسهم
- روح الدعابة : إن غلبة روح الدعابة على الموهوبين يمكن تفسيرها بقدرتهم على بناء العلاقات والتفكير السريع (سرعة البديهة) وثقتهم العامة بأنفسهم وقدرتهم على التكيف الاجتماعي.
- الأخلاق والعاطفة : بقدر أكبر من أقرانهم من الأطفال العاديين، يتقبل الأطفال الموهوبين باستمرار وجهات النظر الأخرى ويتفهمون حقوق الآخرين ومشاعرهم وذلك لضحالة الشعور الأناني لديهم.

ثالثاً: الخصائص الإبداعية

طبقاً لما توصل إليه تورانس (1981م) فإن الموهوبين يتصفون بالصفات التالية:

- 1- ارتياد المخاطر.
- 2- يتمتعون بالدافعية.
- 3- فضوليون.
- 4- ينجذبون ناحية الأشياء المعقد.
- 5- سعة الأفق.
- 6- سرعة البديهة (بدهيون).
- 7- السخط والملل مما هو واضح .
- 8- الاستقلالية.
- 9- أصحاب قرار.
- 10 - واضحين ومرئيين.
- 11 - مكتضون بالأفكار.
- 12 - على الأرجح أنهم ينجزون الأعمال بأنفسهم.

رابعاً: الخصائص الجسمية

- مستوى مرتفع من اللياقة البدنية.
- وزن أكبر عند النمو.
- المشي والكلام في وقت مبكر.
- البلوغ في وقت مبكر.
- ظهور مبكر للأسنان.
- تغذية أعلى من المتوسط.
- زيادة في الطول والوزن واتساع الكتفين.
- قدرة حركية عالية.
- عيوب حسية أقل.
- درجة أقل من عيوب النطق والأعراض العصبية.
- تمتع بصحة جيدة.
- تأزر بصري حركي.

خامساً : الخصائص الأكاديمية

- ✓ ميلهم غير العادي للقراءة.
- ✓ قراءة كتب الكبار.
- ✓ قراءات مستفيضة في مجالات خاصة.
- ✓ قدر كبير من الطلاقة اللفظية والفكرية.
- ✓ المرونة التلقائية.
- ✓ سعة مجال الانتباه.
- ✓ القدرة على التجريد والتعميم.
- ✓ قدرة عالية على المثابرة.
- ✓ قدرة على نقد الذات ونقد الآخرين.
- ✓ قدرة على الاستمرار في المهمة.
- ✓ تحمل عالي للمواقف الغامضة.

3- أساليب وطرق الكشف عن الموهوبين:

يتم تصنيف عمليات تحديد الموهوبين إلى فئتين الأولى موضوعية، الأخرى ذاتية غير موضوعية، حيث تتضمن الفئة الأولى مختلف أنواع الاختبارات التي تتراوح بين الاختبارات الجماعية والفردية الخاصة بالذكاء والاختبارات التحصيلية واختبارات الكفاءة الخاصة وأخيرا اختبارات الإبداع. فيما تتضمن الفئة الثانية وهي الذاتية مختلف أنواع عمليات الترشيح مثل الترشيحات التي يقدمها المعلمون والترشيحات المقدمة من الوالدين وترشيحات الخبراء والترشيح الذاتي.

أولاً: الطرق والأساليب الموضوعية

اختبارات القدرات الفكرية العامة:

يتم إجراء بعض اختبارات الذكاء جماعيا بينما يتم إجراء بعضها الآخر بشكل فردي. ويعد كل من مقياس ستانفورد بينيه للذكاء و مقياس ويكسلر للذكاء الاختباران الأكثر شيوعا في مجال الذكاء الفردي.

اختبارات الإبداع:

مثل اختبار تورانس للتفكير الإبداعي هي النوع المستخدم على نطاق واسع من بين اختبارات التفكير المتشعب. وهي تتضمن اختبارات شفوية وكتابية حيث يتم تسجيل الدرجات حسب الطلاقة و المرونة و الأصالة و القدرة على إعطاء التفاصيل.

اختبارات التحصيل واختبارات القدرات:

يتم استخدام اختبارات التحصيل لتقييم جودة ما تعلمه الطالب في محتوى معين أو في مادة ما. أما اختبارات القدرات فيتم تصميمها لتعطي مؤشرا على قدرة الطالب على التحصيل في حقول معرفية معينة مثل الرياضيات.

ثانيا: الطرق والأساليب الذاتية (غير الموضوعية):

✓ ترشيح المعلم:

إن ترشيح المعلم للطالب هو واحد من أكثر الأساليب المنتشرة في عملية التحديد (تحديد الطلاب) وما يزال مثل هذا الأسلوب ماثرا للمشاكل.

✓ ترشيحات أولياء الأمور:

أظهرت الدراسات أن أولياء الأمور يعرفون أبناءهم بشكل أكثر من المعلمين إلى حد بعيد.

✓ ترشيحات الخبراء (ترشيح الند):

يمكن للخبراء أن يزودونا برؤى و بتفاصيل أكثر حول القدرات والاهتمامات التي يتمتع بها الموهوب والتي لا توفرها مصادر أخرى.

✓ ترشيح الذات:

تعد هذه الطريقة في الكشف عن الموهوبين تحديدهم مفيدة جدا لأولئك الذين لديهم حس فني قوي ومواهب إبداعية علمية أو أي مواهب أخرى حيث لم يسبق لأحد أن طلب منهم أن يشاركوا في برامج خاصة بالموهوبين.

✓ التحصيل المدرسي:

لا شك أنه يمكن استخدام الدرجات التي يحصل عليها الطالب على أعماله الصفية وسجلات التحصيل المدرسي من أجل المساعدة في عمليات الكشف.

✓ تقديرات الأقران.

4- احتياجات الموهوبين في ضوء خصائصهم:

✓ الاحتياجات النفسية:

الاعتراف بمواهبهم واحترام أفكارهم، التعبير عن أفكارهم والتنفيس عن مشاعرهم، الفهم المبني على التعاطف والتقدير والمساندة، الحاجة إلى الاستقلالية، بلورة مفهوم ايجابي عن الذات.

✓ الاحتياجات العقلية المعرفية:

الاستطلاع والاستكشاف والتجريب، اكتساب مهارات التعلم الذاتي، التعمق المعرفي والمهاري، تعلم أساليب البحث العلمي، تعلم مهارات حل المشكلات، الحاجة إلى برامج ومناهج تعليمية خاصة، الحاجة إلى معلمين متخصصين ومؤهلين، مهارات الاستذكار الجيد وإدارة الوقت وحسن استثماره.

✓ الاحتياجات الاجتماعية:

الحاجة إلى الاندماج الاجتماعي عن طريق اكتساب المهارات الاجتماعية والتواصل والتعاون والعمل الفريقي، تفهم الضوابط والمحددات البيئية وتقبل النظم والمعايير، اكتساب المهارات التوافقية ومواجهة الصعوبات الانفعالية والتعامل مع الضغوط.

✓ الاحتياجات الجسمية:

ممارسة الرياضة المناسبة للعمر، النوم الصحي والسليم، الغذاء المتزن والمتنوع.

5- تأهيل الموهوبين والمتفوقين تربوياً:

1-5- برامج تعليم الموهوبين:

➤ **برامج التجميع:** وتعني اختصار الوقت المتاح لإتقان المنهج حيث انه عادة ما تكون مضغوطة بالمحتوى، إلا أن الطلاب الموهوبين يمكن أن يتقنوه في وقت اقل من غيرهم.

➤ **برامج الدراسة المستقلة:** وهي إحدى الفرص المتاحة للطلاب الموهوبين في إشباع الاهتمامات والهوايات الشخصية، وتساعدهم على التحول من توجيهات المعلم إلى الاعتماد على أنفسهم، ولكن تحت رعاية وتشجيع المعلم، وتهدف الدراسة المستقلة إلى ما يلي: تحديد وتطوير مجال الدراسة، تنمية المهارات الإبداعية وأساليب التفكير الناقد، استخدام استراتيجيات حل المشكلات واتخاذ القرارات، تعلم مهارات البحث، تطور إستراتيجية إدارة المشروعات، ومن أمثلة الموضوعات استكشاف الفضاء، تنظيم بعثة علمية.

➤ **الواجبات الصفية:** إن الواجبات أو التكاليفات الصفية تصمم لحاجات الطلاب ذوي الموهبة، حيث يدرس الطلاب نفس المحتوى إلا أنهم يكلفون عن بعض الأسئلة التي

تتطلب أنشطة مختلفة حسب قدرة كل طالب، وتنفذ إما داخل الدراسة عقب انتهاء اليوم الدراسي أو خارجها.

➤ **مراكز التعلم:** وهي محطات يلتحق بها الطالب المتفوق لممارسة بعض الأنشطة بهدف توسيع مداركته وفهمه لموضوع ما، وهذه الأنشطة قد تؤدي بطريقة فردية أو مجموعات صغيرة، وتساعد مراكز التعلم الطلاب على تحقيق أهدافهم وميولهم.

5-2- بعض البرامج في تربية المتفوقين:

➤ **برامج التفكير المنتج:** وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ الصف الخامس والسادس في المدرسة الابتدائية بهدف تعليم المهارات العامة لحل المشكلات، وبالتالي تحسين القدرات الإبداعية لدى التلاميذ، وتكون اتجاهات ايجابية نحو حل المشكلات، ويتألف من 15 درسا يتضمن منها كل منها لغز أو سرا لحدث ما ويطلب من الطفل محاولة الكشف عنه أو التعرف إليه، بالاعتماد على طريقة التعلم الذاتي.

➤ **برنامج بيرود:** ولقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ الصف الثالث والرابع والخامس من المرحلة الابتدائية بهدف تنمية القدرات المسؤولة عن التفكير الإبداعي والمتمثلة في المرونة والطلاقة والأصالة، ويتألف هذا البرنامج من 28 درسا مسجلة على أشرطة كاسيت مسجلة بأصوات إذاعية مدربة مع تمارين مطبوعة مرافقة تقدم عقب كل جلسة، وقد اثبت هذا البرنامج فعاليته في تنمية التفكير الإبداعي.

➤ **برنامج بانز:** يهدف هذا البرنامج إلى تنمية التفكير الإبداعي، وبالاعتماد على طريقة العصف الذهني، إذ تتم إثارة الأفكار المختلفة حول موضوع ما، ومن ثمة تتم غريلة هذه الأفكار والتوصل إلى الحلول الناجحة.

➤ **برنامج اكرون المدرسي الاستكشافي:** صمم هذا البرنامج بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى تلاميذ المدارس، وستضمن هذا البرنامج 12 رزمة تعليمية في مادتي العلوم والرياضيات، زفي كل رزمة تعليمية منها مشكلات، وهذه المشكلات يطلب من التلاميذ الوصول إلى حل لها بالاعتماد على أسلوب التقصي والاستكشاف. ولقد أثبتت الدراسات

التقييمية المتعددة فاعلية هذا البرنامج في تنمية الإبداع، وحل المشكلات التي تتعلق بمادتي العلوم والرياضيات.

➤ **برنامج تورانس:** وقد صمم هذا البرنامج بهدف حل مشكلات المستقبل، وتشتمل موادّه على معلومات عن المستقبل تتمثل بصورة مشكلات يمكن أن تواجه الناس في القرن الواحد والعشرين، وعلى مجموعة من المعلومات تساعد المتعلمين على اكتشاف المهارات والاتجاهات الإبداعية والعادات التي يمكن أن تساعد في الوصول إلى الحلول المبدعة لمشكلات المستقبل، وقد تم تطبيق هذا البرنامج بنجاح على طلبة المدارس بمختلف مراحل التعليم العام في الولايات المتحدة الأمريكية، وبالاعتماد على مبادئ وقواعد العصف الدماغي.

قائمة المراجع

❖ المراجع العربية:

1. ابراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2006)، ط1، الإعاقة البصرية "المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
2. احمد السيد عبد الحميد مصطفى. (2006)، "استراتيجيات التدريس للصم"، سلسلة استراتيجيات تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة.
3. أحمد محمد الزعبي. (2003)، "التربية الخاصة الموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم"، ط1، دار الفكر العربي، دمشق.
4. أسماء سراج الدين هلال. (2009)، "تأهيل المعاقين"، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
5. الفرحاتي السيد محمود، مرفت العدروس ابو العينين، نعيمه محمد المقدامي، فاطمة سعيد الطلى. (2015)، "اضطراب التوحد" دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل، وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث.
6. السيد فهمي علي محمد. (2008)، "الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل -رؤية نفسية"، بدون طبعة، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر.
7. بدر الدين كمال عبده. (2003)، "الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
8. بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة. (2001)، "رعاية المعوقين سمعيا وحركيا"، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
9. تامر فرح حسن سهيل. (2013)، "التوحد: التعرف، الأسباب، التشخيص والعلاج"، ط1، دار الشيماء للنشر والتوزيع، القدس.

10. تامر فرح سهيل.(2012)، "صعوبات التعلم بين النظرية والتطبيق"، مركز تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جامعة القدس المفتوحة عمادة البحث العلمي والدراسات العليا، القدس.
11. جمال الخطيب، منى الحديدي.(2003)، "مناهج وأساليب التدريس في التربية" دليل عملي الى تربية وتدريب الأطفال المعوقين"، ط2، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
12. حابس العواملة.(2003)، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين -الإعاقة الحركية"، ط1، دار الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.
13. عادل جاسب شبيب.(2008)، "الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء"، رسالة ماجستير في علم النفس العام قسم علم النفس، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا، لندن.
14. عبد الله حسين الزعبي.(2015)، " التوحد: تنمية مهارات التواصل لدى الاطفال التوحديين"، ط2، دار الخليج للنشر والتوزيع، عمان.
15. عبد المجيد حسن الطائي.(2008)، "طرق التعامل مع المعوقين"، ط1، دار الجامعة للنشر والتوزيع، عمان.
16. عبد المحي محمود حسن صالح.(1999)، "متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية"، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
17. عبد الفتاح علي غزال.(2008)، "سيكولوجية الفئات الخاصة"، ط1، ما هي للنشر والتوزيع وخدمات الكمبيوتر، القاهرة.
18. عصام حمدي الصفدي.(2007)، "الإعاقة الحركية والشلل الدماغي"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
19. علي تعوينات.(2018)، "علم النفس لذوي الاحتياجات الخاصة -الخصائص والتدخل من اجل التكفل"، مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، الجزائر.
20. زينب شقير.(2005)، "الشخصية السوية والمضطربة"، ط3، دار النهضة المصرية، القاهرة.

21. ماجدة السيد عبيد.(2000)، "تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة " مدخل إلى التربية الخاصة"، ط1، دار صنعاء للنشر والتوزيع، عمان.
22. محمد سلامة غبارى.(2003)، "رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
23. محمد السيد فهمي.(2005)، "التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة"، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
24. محمد السيد فهمي.(2005)، "واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي"، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
25. مسعد نجاح ابو الديار.(2012)، "الذاكرة العاملة وصعوبات التعلم"، ط1، مكتبة الكويت للنشر، الكويت.
26. سامية شويلعل.(2013)، "التدخل العلاجي في قياس وتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا"، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة.
27. سعيد حسن العزة.(2000)، "الإعاقة الحركية والحسية"، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.
28. سعيد حسن العزة.(2001)، "التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية"، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
29. سعيد عبد العزيز.(2008)، "إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة"، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
30. سناء محمد سليمان.(ب س)، " الطفل الذاتوي (التوحيدي) بين (الغموض والشفقة...الفهم والرعاية)"، عالم الكتب، القاهرة،
31. سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم.(2010)، "اضطرابات النطق والكلام واللغة لدى المعاقين عقليا والتوحيدين"، ط1، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
32. سيد صبحي.(2007)، "رعاية وتأهيل الكفيف- بحوث ودراسات"، ط1، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

33. فاروق الروسان.(2001)، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين"، ط5، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
34. فاروق الروسان.(1996)، "اساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة"، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
35. هبة شعبان.(2016)، "تقنين مقياس جيليام لتشخيص التوحد" - الطبعة الثانية-GARS-2، رسالة ماجستير في القياس والتقييم التربوي النفسي، كلية التربية، دمشق.
36. وحيدة براجح.(2017)، "الخصائص الحركية للعب لدى عينة من الأطفال المصابين بالتوحد"، رسالة ماستر في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة محمد بوضياف، الجزائر.
37. وفاء فضة.(2009)، "الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان.

❖ قائمة المراجع باللغة الاجنبية :

38. Antoine caron. (2006), **Larousse médical**, 4eme édition, impression grafica, éditoriale printing, Bologne , Italie.
39. Michel Lacombe. (2000), **précis d'anatomie et de physiologie humaines** , 28 édition, Achevé d'imprimer en France, paris.