عنوان الكتاب :

مقدمة في التربية الخاصة

المؤلف :

مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي

رقم الايداع : ٢٣٢٠٧ / ٢٠١٨

● **L.S.B.N: 978-977-85432-15-6**

الواصفات : التربية الخاصة / ذوي الإعاقة /

أنواع الاعاقات / الموهبة والإبداع

بيانات الناشر : شعلة الإبداع للطباعة والنشر

بالتعاون مع : دار لوتس للنشر والتوزيع

جمهورية مصر العربية – بنها

للتواصل المحلي والدولي

واتس آب : ٠٠٢٠١٠١٨١٢٥٩٥٧

بريد : eg4print@gmail.com

حقوق الطبع محفوظة للناشر

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة

ويحظر طبع أو تصوير الكتاب أو جزء منه إلى بموافقة خطية من الناشر

Copyright ©

All rights reserved

الطبعة الأولى ٢٠١٨

مقدمة فى التربية الخاصة

مسفر بن عقاب العتيبي

المدينة المنورة

بسم الله الرحمن الرحيم

إهـــــداء

بكل حروف الحب والمودة والوفاء

أهدي هذه الصفحات إلى من لهم عظيم الفضل والثناء

إلى

أمي الغالية

وإلى

زوجتي الوفية

وإلى

أبنائي الأعزاء

مقدمة

شهد العقد الحالي تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة . ونشطت الدول المختلفة في تطوير برامجها في هذا المجال لأن الاستجابة الفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية ، بحيث لا تهتم ببعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وتغفل عن 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 .

وإن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم فئة موجودة في كل مجتمع من المجتمعات ويطلق عليهم مصطلحات مختلفة كالأفراد غير العاديين وغيرها من المصطلحات وينطوي تحت مظلة ذوي الاحتياجات الخاصة الأفراد الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا في نموهم العقلي والانفعالي واللغوي والحركي والحسي عن الأفراد العاديين .

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

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

ويحتاج ذوي الاحتياجات الخاصة إلى برامج تربوية متخصصة تقدم لهم وذلك من أجل مساعدتهم على تطوير قدراتهم إلى أقصى درجة تسمح بها إمكاناتهم والعمل على تنمية استقلاليتهم ليصبحوا منتجين في مجتمعهم عن طريق توفير فرص التدريب والتشغيل لهم وحماية حقوقهم عن طريق إصدار التشريعات التي تكفل لهم حقوقهم وتضعهم على قدم المساواة مع الأفراد العاديين في المجتمع.

المؤلف

مسفر بن عقاب العتيبي

المدينة المنورة

الفصل الأول : مفهوم التربية الخاصة

تاريخ التربية الخاصة

ذكر المهتمون فى تاريخ التشريع بشكل عام والمهتمين بالتربية الخاصة ان الحمورابي قد سجل على قوالب الطين بجانب قوانين الجزاء والعقاب علاج مبتوري الاطراف وفاقدي البصر..

ولقد ظهر فى الصين الاهتمام بالمتفوقين فى وقت مبكر(٢٢٠ق.م) من خلال وضع نظام دقيق لاختيارهم والبرامج التربوية المناسبة لهم.

وفى يعد الاغريق والرومان من اوائل الشعوب التي اهتمت بالفئات الخاصة. ويرى افلاطون فى كتابه الجمهورية والقوانين انه من الممكن التعرف الى قابليات الافراد عن طريق التربية الخاصة.

اما الرومان فكان ينظر للتفوق فى الفنون القتالية اما المعاق عقليا فيتعرض للمعاملة القاسية وليس لهم حقوق كالحقوق التي يتمتع بعا الاشخاص العاديين، فكانوا يلقون الاطفال الضعفاء والمرضى وناقصي النمو فى العراء لتأكلهم الوحوش.

وفى روما القديمة كانون يتخذون من المتخلفين عقلياً وسيلة للترفيه والتسلية او انهم يقيدونهم فى اقفاص او يتركوا يتسكعوا فى الشوارع دون ان يهتم بهم احد.

أما فى عهد الاسلام الذهبي فقد حظي المتفوقون والمعاقين باهتمام خاص حيث خصص جزء من واردات بيت مال المسلمين الى المحرمين والمعاقين وفئات اخرى وذلك ليتمكنوا من الوصول الى درجات عالية من العلم والادب والسياسة.

كما اهتم الخلفاء الراشدين والأمويين العباسيين وخلفاء العرب فى الأندلس بالموهوبين ايمانا منهم بانهم لا يمكن القيام بأعباء الحكم وتسيير امور الحياة المختلفة دون الالتفات الى ذوي المواهب الخاصة.

وفى العصور الوسطى اتسمت معاملة المعاقين بالسخرية حيث كان يحتفظ الملوك بهم من اجل تسليتهم. ظهرت الكنيسة حيث وفرت المعاهد الخيرية للمعتوهين والبلهاء سبل الرعاية السليمة.

وفى القرن الثالث عشر وفرت لكنائس الاوروبية الملاجئ للمتخلفين عقلياً بقصد ايوائهم وحمايتهم من اذى مجتمعاتهم. وفى القرن السادس عشر ظهرت محاولات لتقديم الرعاية والعلاج للفئات الخاصة كالطبيب الاسباني جون بولو الذي طرد من بلاده.

أما القرن السابع عشر ظهرت محاولات فى بعض الدول لتربية المعاقين من خلال الاستفادة من حواسهم. كتعليم الصم.

مفهوم التربية الخاصة

التربية الخاصة يُقصد بها : مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين، وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات ومعدات خاصة بالإضافة إلى الخدمات المساندة.

نشأة وتنظيم التربية الخاصة المملكة العربية السعودية.

كانت بدايات التعليم الخاص بالمملكة العربية السعودية من خلال الجهود الفردية، مع استهلالة العقد السابع من القرن الرابع عشر الهجري، فقد تحمس بعض أبناء هذا الوطن من المكفوفين لتعلم طريقة برايل فأتقنوها، ثم بذلوا جهدهم المشكور لنشرها، وبدأ ذلك النفر المتحمس السعي بجهد فردي لإقناع بعض الجهات التعليمية بغية تبني طريقة برايل وتيسيرها للمكفوفين، وكانت الاستجابة مع حلول العام الهجري ١٣٧٧، حيث وافقت المعاهد العلمية والكليات على فتح فصول مسائية ملحقة بكلية اللغة العربية بالرياض، والتحق بالفصول مكفوفون ومبصرون للدراسة بها حتى فتحت وزارة المعارف مدرسة جبرة في الفترة المسائية كمقر لتعليم المكفوفين وتدريبهم على طريقة برايل وذلك في العام ١٣٧٨هـ.

وبدأت وزارة المعارف تتأكد من جدوى الطريقة، فمنحت المدرسة دعماً مالياً وعملت على توفير بعض الوسائل الخاصة بالخط النافر.

وقد شكلت تلك الأجواء البداية الحقيقية وحجر الأساس لإرساء التربية الخاصة

بمراحلها المختلفة، وفي ظل وزارة المعارف حملت التربية الخاصة اسم (التعليم الخاص) وتم إحداث أول معهد لتعليم المكفوفين بالعاصمة الرياض - العام الهجري ٧٩ / ١٣٨٠ الميلادي ٥٩ / ٦٠ - وكان يضم إذ ذاك خمسة فصول ابتدائية وثلاثة فصول مهنية، يدرس فيها أربعون طالباً من المكفوفين أطلق عليه اسم معهد النور بالرياض ليكون أول شهادة عملية على الرعاية والاهتمام المدروس بالفئات الخاصة في بلادنا الحبيبة.

كان تأسيس إدارة التعليم الخاص في العام الهجري ١٣٨٢ العام الميلادي ١٩٦٢ بغية تقديم الخدمات التعليمية والمهنية والاجتماعية لفئات ثلاث هي : المكفوفون والصم والمتخلفون عقلياً، وكان ذلك من خلال القرار الوزاري رقم ٢٣٨٥ في ١٩ / ١١ / ١٣٨٢هـ الذي حدد مسئولية إدارة (التعليم الخاص) تجاه مدارس المكفوفين، وعهد إلى الإدارة نشر هذا النوع من التعليم حسب مقتضيات المصلحة وتوسيع نشاطها ليشمل الصم وغيرهم، ونصت - ديباجة القرار - على أن إنشاء تلك الإدارة من مقتضيات المصلحة العامة للعناية بفئة من المواطنين تحتاج إلى رعاية خاصة أثناء فترة التعليم.

وقد تلا ذلك إنشاء المزيد من معاهد النور كمعهد النور بمكة المكرمة العام الهجري ١٣٨٣ وبعنيزة بنفس العام وبالهفوف في العام ١٣٨٣، وللكفيفات بالرياض العام الهجري ١٣٨٤ وبالمدينة المنورة والقطيف في العام الهجري ١٣٨٧ ثم بريدة العام الهجري ١٣٨٨، وقد ضمت هذه المعاهد فصولاً للمرحلة الابتدائية، وأقساماً مهنية - قبل أن تنقل تبعية تلك الأقسام لاحقاً إلى وزارة العمل والشئون الاجتماعية - كما ضمت هذه المعاهد فصولاً للمرحلة المتوسطة في أغلبها، وضم بعضها فصولاً للمرحلة الثانوية.

وواكب ذلك إنشاء معهدي الأمل للصم بالرياض في العام الهجري ١٣٨٤ للبنين والبنات، ثم آخرين في العام الهجري ١٣٩١ بمدينة جدة، ضمت جميعاً فصولاً للمرحلتين التحضيرية والابتدائية، ثم افتتح معهدان متوسطان للبنين والبنات في الرياض في العام الهجري ٩٢ / ١٣٩٣ وتم كذلك في العام نفسه افتتاح معهدين للتربية

الفكرية للبنين والبنات لفئة المتخلفين عقلياً من القابلين للتعلم وفي العام الهجري ١٣٩٢ تم تطوير إدارة التعليم الخاص لتصبح المديرية العامة لبرامج التعليم الخاص بموجب القرار الوزاري رقم ٤٠ / ٣٦ / ٤ / ٦١ في العام ١٣٩٢هـ.

وتم تحديد تبعيتها لوكيل وزارة المعارف المساعد لشئون التعلم العام، وانبثق عنها ثلاث إدارات بموجب القرار الوزاري رقم ٤٠ / ٣٦ / ٦٧٤ في العام الهجري ١٣٩٤ وهي إدارة تعليم المكفوفين وإدارة تعليم الصم وإدارة التربية الفكرية، مزودة بمجموعة من الموجهين المتخصصين - كما يطلق عليهم في ذلك الوقت - وجهاز للسكرتارية، وفي العام الهجري ١٤٠٤ أطلق على المديرية العامة لبرامج التعلم الخاص اسم (الأمانة العامة للتعلم الخاص) بموجب التوجيه السامي رقم ٣١٨٩ والصادر في يوم ٢٢ من الشهر العاشر من العام الهجري ١٤٠٤، وقد ضمت هذه الأمانة نفس الإدارات الثلاث ـ سالفة الذكر ـ، وأنيط بها التخطيط لبرامج التعليم الخاص، كما ضمت قسماً للمطابع، يقوم بطبع الكتب الدراسية وكذلك هيئة فنية من الخبراء التربويين المتخصصين للقيام بمهمة التوجيه التربوي في المعاهد، وإعداد الدراسات والأبحاث الخاصة بتطوير تلك المعاهد وبرامجها.

ثم صدر قرار معالي وزير المعارف رقم ١٥٩٠ في ١١ / ١٠ / ١٤٠٥هـ والذي تضمن تعديلات وتنظيم للوضع القائم لتؤول تبعية الأمانة العامة للتربية الخاصة لوكيل الوزارة مباشرة، وبعدها صدر قرار مجلس الوزراء الموقر رقم ١٣١ في ١٣ / ١٠ / ١٤١٣هـ بنقل اختصاصات معاهد التعليم الخاص للبنات إلى الرئاسة العامة لتعليم البنات.

تلا ذلك صدور قرار مجلس الوزراء الموقر رقم ١٧٧ في ٢٠ / ١١ / ١٤١٦هـ بضم المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشئون المكفوفين إلى وزارة المعارف، وسعودته وتوحيد نشاطه مع أوجه نشاط الأمانة العامة للتربية الخاصة فانتقل مقر الأمانة المذكورة من مبنى الوزارة إلى مبنى المكتب الإقليمي سابقاً بحي السفارات.

■ تنظيم التربية الخاصة.

الالتزامات تجاه "ذوي الاحتياجات الخاصة" ليست قضية فردية، بل هي قضية المجتمع بأكمله، وتحتاج إلى استنفار موضوعي متكامل من مختلف المنظمات العامة والخاصة للحد من آثار الإعاقة السلبية، كما إن تأهيل وتعليم وتدريب الطفل ذو الاحتياج الخاص في مؤسساتنا التربوية الحالية للتكيف مع مجتمعه يعتبر غير كافياً، حيث يجب تكييف البيئة المدرسية لتلبي احتياجاته ومتطلباته مع تعزيز البرامج المقدمة له حتى يكون دور ذو الاحتياج الخاص فاعلاً في المجتمع.

إن نظرة تاريخية سريعة تشير بجلاء إلى أن الإسلام حث على رعاية ذوي الاحتياجات، بل ودعى إلى الرفق بهم، وحسن معاملتهم والتلطف بهم، ولعل من المناسب التذكير بالعتاب الإلهي الموجه للرسول الكريم صلى الله عليه وسلم في قوله تعالى : (عَبَسَ وَتَوَلَّىٰ أَن جَاءَهُ الْأَعْمَىٰ وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّىٰ أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ الذِّكْرَىٰ) (عبس : ١-٢-٣-٤).

كما اهتم الخلفاء الراشدون باحتياجات ومتطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة، فقد بلغ من اهتمام الخليفة الثاني "عمر بن الخطاب" رضي الله عنه أن بادر إلى سن أول تشريع تنظيمي في العالم لحماية المقعدين عندما افتتح "ديوان للطفولة والمستضعفين"، وفرضت للمفطوم والمسن والمعاق فريضة إضافية من بيت المال، كذلك أكد الخليفة الأموي "عبدالله بن مروان" رضي الله عنه حرصه على فئات المعاقين بسياسة أعطت لكل مقعد خادم ولكل ضرير قائد وذلك بهدف تجنيب المعاقين من المسألة المذلة، وبلغ من اهتمام الخليفة الأموي "الوليد بن عبد الملك" رضي الله عنه أن أنشأ لذوي العاهات داراً خاصة لرعايتهم.

وفي المملكة العربية السعودية تأسست إدارة التعليم الخاص في العام الهجري ١٣٨٢ ـ الموافق ١٩٦٢م بغية تقديم الخدمات التعليمية والمهنية والاجتماعية لفئات رئيسة ثلاث هي (المكفوفين ـ المتخلفين عقلياً ـ الصم)، وكان ذلك من خلال القرار الوزاري ذي الرقم ٢٣٨٥ في ١٩ / ١١ / ١٣٨٢هـ الذي حدد مسؤولية إدارة التعليم الخاص

تجاه مدارس المكفوفين، وعهد إلى هذه الإدارة نشر هذا النوع من التعليم حسب مقتضيات المصلحة.

التربية للجميع ، التعليم للتميز ، التميز للجميع ، وهوحق لكل البشر بغض النظر عن أية معوقات قد تحول دون تعلمهم . سواء كانت جسديه أم عقلية مع إتاحة الفرص للطاقات الكامنة لدى البشر على الظهور والريادة .

والتربية الخاصة : تؤكد 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 الموهبين أو ذو 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 لاتهتم 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 .

فمفهوم التربية الخاصة

هي نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواءً في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لايستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية .

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

فئات التربية الخاصة

ويشتمل ذلك على الطلاب في الفئات الرئيسة التالية :

١. ــ الموهبة والتفوق .

٢. ــ الإعاقة العقلية .

٣. ــ الإعاقة السمعية .

٤. ــ الإعاقة البصرية ..

٥. ــ الإعاقة الحركية .

٦. ــ الإعاقة الإنفعالية.

٧. ــ التوحد .

٨. ــ صعوبات التعلم .

٩. ــ إضطرابات التواصل (النطق أو اللغة)

أهداف التربية الخاصة

١- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة .

٢- إعادا البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة .

٣- إعاد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة ، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية .

٤- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة .

٥- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة ، بشكل عام ، والعمل نا أمكن على تقليل حدوث

الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية .

٦- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيهم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداتهم وميولهم .

٧- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها واتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم .

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

مصطلحات فى التربية الخاصة

الضعف Impairment

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

العجز Disability

وهومصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف . وغالباً مايستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية .

الإعاقة Handicap

يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي (ولذلك نقول: اضطراب لغوي أو اضطراب تعلمي) .

الحالات الخاصة Exceptionalities

وهذا المصطلح أوسع من المصطلحات السابقة حيث إنه لايقتصر على الذين ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين (ذوي الاحتياجات الخاصة) وإنما يشتمل على الذين يكون

أداؤهم أحسن من أداء الآخرين (الموهوبين والمتفوقين) .

مبادىء التربية الخاصة

فيما يلي بعض المبادىء التي يستند اليها ميدان التربية الخاصة وهي ما يأتي:

١. حق الرعاية والتعلم لجميع ذوي الحاجات الخاصة ويشمل كل الاطفال الذين يعانون من مختلف اشكال الاعاقة.

٢. تأكيد مبدأ الفروق الفردية بين من هم حاجة الى التربية الخاصة على الرغم من وجود حاجات متشابهة بين الفئات المختلفة.

٣. وضع الخطط التربوية الفردية منها والجمعية لمواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة بكل فئة مع تحديد معايير معينة من الوصول الى الهدف في مستويات التحصيل والمهارات الحية والحركية والمهنية مع عدم اغفال دور الاسرة في هذا الجانب.

٤. تحديد السبل والوسائل والادوات التي يمكن استخدامها للمساعدة في تحقيق هدف احداث التغير في حياة التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة التي منها ما يخص (تقويم الاداء لهم).

٥. تقديم الخدمات التربوية الخاصة بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة على وفق اسلوب الادماج باقل محددات البيئة، ويتضمن هذا المفهوم على سبيل المثال وجود تلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة دراسية معينة مع اقرانهم العاديين لتوفير اقصى درجة ممكنة من التفاعل الاجتماعي.

٦. لم تثبيت بعض المستحدثات التربوية في مجال رعاية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة على وفق نظام الصف الخاص نجاحها بوصفها بديلا تربويا مركزا علاجيا دائم الفائدة بل اصبح هذا الصف يمثل جزءا صغيرا جدا من المهمات الكبيرة التي تنادى بها التربية الخاصة. وبتقادم الزمن قد يفقد ذلك شيئا من مفهومه التربوي من

خلال نظرة المجتمع اليه، مما يشكل عبئا تربويا تتحمله المؤسسات التعليمية.

٧. فسح المجال امام التلاميذ لاشباع هواياتهم وممارستها من خلال تجمعاتهم بوصفه اسلوبا علاجيا لتجاوز حالة الشعور بالنقص ومساعدتهم على تنمية الاداء الاجتماعي من خلال الممارسات السلوكية الايجابية (كيلانو،١٩٩٥، ١٣١-١٣٤).

٨. ان توفير الخدمات التربوية الخاصة للاطفال ، يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك، حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه، وغالبا ما يشمل الفريق: معلم التربية الخاصة، والمعالج النفسي، والمعالج الوظيفي، واخصائي علم النفس والمرشد، واخصائي التربية الرياضية المكيفة، واخصائي العلاج النطقي، والاطباء والمرضات، واخصائي العمل الاجتماعي.

٩.ان الاعاقة لا تؤثر على الطفل فقط، ولكنها قد تؤثر على جميع افراد الاسرة، والاسرة هي المعلم الاول والاهم لكل طفل، والمدرسة ليست بديلا عن الاسرة، فلكل من الطرفين دور يلعبه في نمو الطفل، كذلك لابد من تشجيع افراد الاسرة وخاصة الوالدين على المشاركة الفاعلة في العملية التربوية الخاصة.

١٠.ان التربية الخاصة المبكرة اكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتقدمة، فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو، ويجب استثمارها الى اقصى حد ممكن، وكذلك يعتبر الكشف والتدخل المبكر احد المبادىء الرئيسية في ميدان التربية الخاصة، ويمكن تقديم هذا النوع من الخدمات اما في المراكز المتخصصة او في البيت.

*- استراتيجيات التربية الخاصة :

إن إستراتيجية التدريس لتلاميذ التربية الخاصة تتطلب الإحاطة بجانبين مهمين الأول أن تبنى الإستراتيجية بالطريقة الفردية أي أن يبنى لكل تلميذ برنامجاً خاصاً به وهذا ما يسمى استراتيجيات التدريس الفردي لكل تلميذ ، أما الجانب الثاني فهو وضع الأهداف

بعد قياس مستوى الأداء الحالي إذ يتم بعد ذلك البحث عن إستراتيجية ما لتدريسها .

وتتمثل استراتيجيات التربية الخاصة بما يأتي :

أ- طريقة التدريب على العمليات (Process On Modality Training) :

في ظل هذه الطريقة يتم تصميم خطة التدريس بهدف علاج وظائف العمليات التي تعاني من ضعف أو ضمور عند الطفل على سبيل المثال إذا كان الطفل يعاني من م

شكلة في القراءة نتيجة لضعف مهارات التمييز السمعي في هذه الحالة يمكن إعطاء الطفل تدريبا على التمييز بين احد الأصوات وصوت آخر الأول هنا هو أن تستمر هذه المهارة في النمو والتطور من ثم تسهل التقويم في المهارات الكلية للاستماع والقراءة فيما بعد .

واضح من أسلوب التدريب على العمليات أن التدريب على إحدى العمليات له قيمته في حد ذاته دون النظر إلى علاقة ذلك بالنجاح الأكاديمي في المستقبل بمعنى آخر فان بعض المهارات الإدراكية المعينة تعد ضرورية ولها قيمتها في حد ذاتها .

ب- أسلوب تحليل الواجب التعليمي (Task Analysis Procedure) :

يتطلب أسلوب تحليل الواجب التعليمي بوصفه طريقة علاجية تحديدا دقيقا وفهما واضحا لكل الخطوات الجزئية المطلوبة لتعلم أي واجب من الواجبات .

ويعد بوش (1976) (Bush) من اشد المتحمسين لهذه الطريقة ويقول "إن هذا الأسلوب يسمح للمعلم أو للقائم بالتشخيص أن يحدد تحديدا دقيقا الخطوة التي تصلح أن يبدأ منها تعليم الطفل ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات من خلال القياس والملاحظة التي تتم بعناية فائقة عندما يفشل الطفل في أداء واجب ما ، يقوم المعلم بتحليل هذا الفشل في محاولة منه لتحديد ما إذا كان الفشل يرجع إلى طريقة في عرض وتقديم المادة التعليمية أم انه راجع إلى طريقة الطفل للاستجابة للموقف" .

على سبيل المثال قد يطلب المعلم من تلاميذه القيام برسم دائرة حول إحدى الصور في

الكتاب المدرس بحيث تتم عملية الرسم مع إيقاع كلمة يرددها المعلم شفويا قد تتضمن الخطوات المطلوبة للقيام بهذا الواجب معرفة الطفل السابقة للصورة ومهارة التفكير السمعي والقدرة على المقارنة بين الكلمات وفهم كلمة (إيقاع) المهارات الحركية اللازمة لرسم الدائرة.

ويمكن كذلك تحليل كل خطوة من الخطوات السابقة إلى عمليات أخرى جزئية .

الفصل الثانى : الموهبة والتفوق والابداع

تعريف الموهبة والابداع والتفوق

يبدوا كل من مفهوم الموهبة والابداع والتفوق من المفاهيم المتشابهة، وقد يعتقد الكثير أن ما هي إلا كلمات مترادفة لمعنى واحد، ولكن لكن كلمة معنى معين ويوجد الكثير من الفروقات بين كل منهم، فليس شرطا أن يكون المتفوق شخص موهوب، سنتعرف من خلال هذا الموضوع الفرق بين كل من الموهبة والتفوق والابداع.

الموهبة:

هي امتلاك الشخص لخصلة معينة، أو قدرة معينة اتجاه مجال معين، ويستطيع من خلال هذه القدرة أن يصبح متميز عن من حوله في ذلك المجال، وتولد الموهبة مع ولاة الإنسان ولا تدخل الطبيعية أو البيئية في الموهبة، ولكنها ممكن أن تساعد على تطويرها ونموها، حتى يتطور الشخص الموهوب ويصبح مبدع وأكثر تميز عن الموهوبين في مجاله.

– تظهر الموهبة في العادة من سن صغير لأنها من السمات الفطرية الموجودة في الشخص، وهي تظهر من خلال سلوكه وتعبيره عن نفسه، وتظهر الموهبة من خلال قدرة الطفل على الرسم أو القاء الشعر أو كتابته أو كتابة القصص، أو ميله نحو ممارسة آلة موسيقية معينة أو صوته المميز وحبه للغناء والكثير من المواهب الأخرى الكثيرة والمتنوعة.

– يجب عند ظهور الموهب في الطفل محاولة الأسرة في تشجيع الطفل، وتوفير الجو المثالي لممارسة الهواية التي يحبه الطفل، ومحاولة افادته وتنمية مواهبه، مثلا إذا كان يحب الشعر وتألف القصص يجب شراء المزيد من القصص والكتب المفيدة، حتى يستطيع أن يكون قاموسه اللغوي، ومساعدته في الاهتمام بالنحو، وإذا كان موهوب في

الرسم يمكن اخصار اللوحات المخصصة بالرسم واحضار انواع مختلفة من الألوان ومرافقته إلى المعارض الفنية .

التفوق :

على الرغم من أن التفوق ليس فطرة يولد بها الانسان، إلا أنها تحتاج إلى

بعض الذكاء والكثير من الاجتهاد، وعلى الرغم من اختلاف القدرات العقلية بين الأشخاص، إلا أن الاجتهاد والمثابرة والكد يعملوا على التفوق والنجاح.

– يتميز الطفل المتفوق بأن لديه مستوى مرتفع من الذكاء مقارنة برفاقه الذين في نفس عمره، وأن يكون لديه القدرة على التفكير بطريقة جيدة ومبتكرة، كما أن يكون لديه بعض صفات القيادة، وحب النجاح والتميز، ويتميز الشخص المتفوق بقدرته على الالمام السريع والتفكير الابتكاري، والتفاعل الجيد مع الآخرين، ولا يشعر باليأس من كثرة المحاولات.

– تعتبر من أهم مجالات التفوق الي تظهر تفوق الطفل هي المجال الأكاديمي والتفوق الدراسي، والتفوق في مجال الفنون مثل التفوق والتميز في الرسم أو الموسيقى، والتفوق في مجال الرياضة كالتفوق في رياضة معينة، والتفوق في مجال القيادة الاجتماعية كالتفوق في بعض النشاطات الاجتماعية سواء في المؤسسات أو في المجتمع.

الابداع:

الشخص المبدع يتميز بطرق مختلفة في التفكير، ويقوم بفعل أشياء غير معتادة وبطرق مختلفة، وايجاد علاقات جديدة بين الأشياء وبعضها، ويتميز الشخص المبدع بمرونة تفكيره وبساطته، وقدرته الفائقة على التخيل واعادة التكوين بصورة جديدة، والقدرة على حل المشاكل ببساطة وبطرق مبتكرة.

– يعتبر الإبداع نوع من الموهبة المتطورة، والتي تظهر في الفنون كالإبداع في الفنون التشكيلية، والابداع في مجال التصميم والعمارة، ويعتبر الإبداع هو أحد العمليّات الّتي تتسبب في انتاج أشياء جديدة ومتطورة، وهو عبارة عن ناتج تفاعل عدة عوامل مما ينتج عنها حلول مبتكرة للكثير من المواقف العلمية والفنية والاجتماعية، وابتكار بعض الحلول المرنة المقبولة .

– يستطيع الشخص المبدع أن يرى بعض الجوانب التي لا يستطيع الآخرين رأيتها، ويقوم بتنظيم افكاره ليظهر أفكارا جديدة ومختلفة تساعد في حل المشاكل المختلفة، وتعمل على ظهور فكر وأفكار جديدة، أو اعادة النظر في افكار قديمة واعادة تقديمها بصورة مختلفة وجديدة.

من هم ذوي الاحتياجات الخاصة

يُصاب بعض الأشخاص بالإعاقة أو العجز، وهو اضطراب في وظائف أحد أعضاء الجسم، حيث لا يستطيع الجسم القيام بوظيفته الحيوية، إما بشكل مؤقت أو دائم، ويصاب الشخص بالخجل والإحراج أثناء التعامل مع الآخرين، حتى أن نظرة المجتمع لهؤلاء الأشخاص نظرة سلبية، تؤثر على حياة المصاب المهنية والاجتماعية والنفسية، فتسبب له الشعور بالألم والنقص بالمقارنة مع الآخرين، تدفعه إلى الشعور بالحزن والكآبة، وهؤلاء الأشخاص يطلق عليهم ذوو الاحتياجات الخاصة، ويجب معرفة أسباب الإعاقة لمحاولة الوقاية والتقليل من تلك الحالات في المجتمع.

أسباب الإعاقة

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة، فمعظم أسبابها غير معروف على الإطلاق، أما الأسباب المعروفة والظاهرة فهي:

- عوامل الوراثية، كمتلازمة داون وهي من أكثر أسباب الإعاقة شيوعًا.
- زواج الأقارب، خصوصًا في حالة وجود حالات إعاقة في العائلة.
- تناول الكحول والعقاقير أو التعرض للمواد الكيميائية السامة.

- سوء التغذية بالنسبة للحامل، مما يؤدي إلى تشوه الجنين.
- إصابة الحامل بالأمراض والفيروسات أثناء الحمل، والتي بدروها تنتقل إلى الجنين، فتسبب له الإعاقة.
- تعرض الجنين لمشاكل أثناء الولادة، كالتفاف الحبل السري على رقبته، أو نقص الأكسجين الواصل إليه.
- الإصابة بأمراض السرطان، مثل سرطان الغدد الليمفاوية، وسرطان الثدي وسرطان الخصية واللوكيميا.
- إصابة ناتجة عن الحوادث، كالسقوط عن أماكن عالية، أو بعد إجراء العمليات الجراحية.
- الإصابة بالأمراض الخطيرة، مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية.
- الولادة المبكرة التي تؤدّي إلى حدوث نزيف في دماغ الجنين، فيؤدي إلى حدوث إعاقة.

أنواع الإعاقة

تختلف الإعاقات عن بعضها البعض، ويعود الاختلاف إلى مكان الإصابة، وقد تكون الإعاقات بسيطة أو شديدة تترك أثراً سلبياً على صاحبها، **ومن أنواع الإعاقات**:

الإعاقة العقلية أو الدماغية: وهو اضطراب في أهم عضو في جسم الإنسان وهو الدماغ، فيقلّل من مستوى الذكاء.

الإعاقة الحركية أو الجسدية: وهو تعطيل في أحد أعضاء الجسم، كأن تكون الإعاقة جزئية أو كلية، مثل استعمال الكرسي المتحرك أو العكاز، أو تركيب طرف اصطناعي.

الإعاقة الحسية: وهو اضطراب في الحواس مثل: السمع والنظر والنطق، تصيب أعصاب الحواس، فتسبب الشلل النصفي أو الكلي.

الوقاية من الإعاقة

أحيانًا تكون الوقاية خيرًا من العلاج، لذا يجب الاهتمام بتلك الأمور لحماية المجتمع والتقليل من الإعاقات المختلفة فيه، ومن هذه الأمور:

- عمل فحوصات طبيّة قبل الزواج.
- الرضاعة الطبيعية؛ لتعزيز المناعة عندَ الأطفال.
- إعطاء الأطفال المطاعيم اللازمة.
- الاهتمام بتغذية الحامل تغذية صحيّة.
- تجنّب الولادة في سن مبكرة أي في عمر ١٥ أو ١٦، أو في سن متأخرة أي بعد سنّ الأربعين.

الفصل الثالث : الإعاقة العقلية

ينتشر الإعاقة والتخلّف العقلي في المجتمعات والطبقات كافّة، بحيث أنها لا تقتصر على مجتمع معين يتم معرفة أن الحالة المصابة بمرض الإعاقة العقلية منذ الطفولة، ويتضمّن هذا المرض العديد من الحالات والأنواع تتصف أغلب الحالات المصابة بهذا المرض بأنها ذات عمر قصير؛ إذ إنّ الإعاقة كفيلة بتردي قدرات الفرد العقلية؛ وذلك لعدم الاستجابة للمتطلبات التي تناسب عمره، وعدم إدراك المتطلبات الأساسية الخاصة فيه، ويعدّ هذا النوع من الأمراض أكثر الأمراض انتشارًا، وفي هذا المقال سيتمّ التحدث عن أنواع الإعاقة العقلية.

تعريف الإعاقة العقلية

تعرّف بأنها التردي الناتج عن خلل دماغي، ممّا ينتج عن ذلك عوز في وظائف الدماغ الرئيسة مثل الاتصال مع الناس والتركيز وقصور في الذاكرة، حيث نتج عن ذلك صعوبة شديدة في شتى المناحي التعليمية والمناحي السلوكية، بحيث ينتج عنه خلل في التصرفات العامة، وذلك يؤدي الى العديد من الصعوبات الحياتية التي يعاني منها المريض.

أنواع الإعاقة العقلية

يمكن تصنيف أنواع الإعاقة العقلية وفق وفق درجة الإعاقة على النحو الآتي:

التخلف العقلي البسيط: تتمثّل فئة التخلّف العقلي البسيط أغلب المعاقين الذين يملكون قابلة للتعلم ونسبة ذكاء تتراوح بين (٥٠-٧٠) درجة، يتوقف النمو الدماغي عند هذا النوع من الإعاقة بين ما يتراوح (٧-١٠) سنوات حيث تتمثل هذه النسبة بعقل طفل طبيعي.

التخلف العقلي المتوسط: يتصف هذا النوع من الاعاقة بصعوبة تعلم مرضاه حيث ولكن يمكن ذلك عن طريق التدريب المستمر حيث تتراوح نسبة الذكاء لهذا النوع بين (٣٥-٥٠) إذ يتوقّف النمو العقلي على فئة التخلف المتوسط عند مستوى عمر (٣-٧).

التخلف العقلي المزمن: يكون العمر العقلي لدى مرضى التخلّف المزمن أقل من خمس سنوات، وتتراوح نسبة الذكاء لديهم بين (٢٥-٤٠).

تخلف عقلي مزمن جدًا: يتصف الأشخاص المصابين بتخلف مزمن جدًا بالنُدرة كما أنهم أصحاب نسب ذكاء منخفضة جدًا، تتمثّل بنسبة أقل من (٢٠%) وعمر عقلي أقلّ من ثلاث سنوات.

أسباب الإعاقة العقلية

تتعدد أسبابها بين الوراثة والخلل الدماغي والاضطرابات فيما يأتي سيتم ذكر أبرز أسبابها:

أسباب قبل الولادة: يتم هذا النوع عن طريق العوامل المرضية التي تصيب الحامل قبل الولادة مما يؤثر على الجنين ومن هذه العوامل:

- الأدوية والعقاقير الخاطئة.
- سوء التغذية والهواء الملوث.
- الأورام السرطانيّة.
- أسباب وراثية متناقلة.

أسباب أثناء الولادة: هنا تتم الحالة إصابتها اثناء ولادتها، ويعود لذلك على عدة مقومات لها ومنه:

- المشاكل المرافقة للولادة مثل الولادة الصعبة.
- الولادة القيصرية.
- الصدمات الجسدية مثل: تعرض جسد الحامل للأذى.

أسباب بعد الولادة: وهي الحالات التي تتم بعد ولادة الجنين ومن هذه الحالات:

- سوء في التغذية بشكل عام.
- تردي في الأكسجين.

- عوز في الدماغ.

خصائص المتخلفين عقليًا

يعاني أصحاب الأمراض الدماغية العديد من الصعوبات التي تجعل منه مختلف عن باقي الناس ومن هذه الخصائص ما يأتي:

خصائص عقلية: وهي الميزة الأهم والأكثر تأثيرًا على مريض التخلف بحيث يكون النمو في عقله أقل من المعدل الطبيعي للطفل السليم، ومن هذه الخصائص:

- عدم القدرة على الإصغاء الجيد والتركيز الاعتيادي.
- عدم القدرة على التذكر؛ وذلك نتيجة لضمور في عمل الذاكرة الخاصة به.
- مشاكل عديدة في النطق وعدم اللفظ الصحيح للكلمات.
- القدرة القليلة على إدراك الأمور؛ وذلك لعدم القدرة التامة على التفكير.

خصائص اجتماعية: وهي الخصائص التي تحيط بالمريض من حوله مثل مدى قدرته على الانخراط في المجتمع ومدى القدرة على تنمية ذاته من ناحية انفعالية واجتماعية، ويتصف بعض المعاقون عقليًا من ناحية اجتماعية وانفعالية بما يأتي:

- الميل إلى السلوك العدواني.
- لتماطل والنشاط الزائد.
- تكرار السلوكيات نفسها بشكل دوري.
- عدم القدرة على ضبط النفس وانفعالاتها.
- عدم القدرة على تكوين الصداقات والعلاقات مع الناس.
- الخوف المستمر وعدم الشعور بالأمان.

الخصائص السلوكية للمعاقين عقليا

يتميز المعاقين عقليا ببعض الخصائص في مظاهر النمو المختلفة والتى تميز بينهم وبين العاديين، ومن هذه الخصائص:

اولا : الخصائص الجسمية :

كلما قلت درجة الذكاء واقتربت من ٥٠ كلما بدأت الفروق في مستوى النمو الجسمي والحركي تظهر فهم اقل وزنا وطولا ، وأقل قدرة على المشي بطريقة صحيحة (نصر ، ١٩٩٩) .

وتشير الدراسات إلى أن حالات الإعاقة العقلية الخفيفة تنمو جسميا مثل العاديين تقريبا في الطفولة ، وتظهر علامات البلوغ الجسمي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة ، ويكتمل عندها نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس في حوالي سن الثامنة عشر مثل أقرانهم العاديين . أما حالات التخلف العقلي المتوسط فيختلف النمو الجسمي عند بعضها عن النمو الجسمي عند العاديين بسبب بعض الأمراض والمعطيات الوراثية التي تسبب الإعاقة العقلية، خاصة حالات عرض داون والقماءة والقصاع والجلاكتوسيميا فهذه الحالات لها خصائص جسمية تميزها عن العاديين ويمكن لطبيب الأطفال التعرف عليها في سن مبكر . فمن المعروف أن هذه الحالات تتأخر في الجلوس والحبو والوقوف والمشي والتسنين والنطق والكلام والنمو الحركي والتآزر العضلي ويكثر بينها العيوب الخلقية وقصور السمع والبصر ، وعدم الاتزان الحركي .

ومن أهم المعوقات الجسمية التي تنتشر بين المعاقين عقليا: الصرع وصعوبات البصر والسمع والحركة والشلل الدماغي (مرسي ، ١٩٩٩) .

ثانيا : الخصائص العقلية :

يمكن التمييز بين الطفل المعاق عقليا إعاقة متوسطة والطفل العادي في النمو العقلي والقدرات العقلية في سن مبكرة ، لان نموه العقلي بطئ جدا وقدراته العقلية ضعيفة ، وحصيلته اللغوية بسيطة ، ونستطيع تشخيص تخلفه في مرحلة الروضة ونحن مطمئنون إلى دقة التشخيص. أما الفروق بين حالات التخلف البسيط وأقرانهم العاديين في النواحي العقلية فبسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وكبيرة في مرحلة الطفولة المتوسطة وما بعدها ، ويتعذر تشخيص تخلفها في مرحلة الروضة ، ويفضل

تشخيصها بعد التحاقها في المدرسة الابتدائية وملاحظتها فترة كافية لان الخصائص العقلية لا تميز بين النتخلف وغير المتخلف في الأعمار الصغيرة وتميز بينها في الأعمار الكبيرة .

ومن أهم الخصائص العقلية التي تميز المعاقين عقليا عن أقرانهم العاديين :

البطء في النمو العقلي :

حيث نجد أن الطفل المعاق عقليا ينمو عقليا ٨ شهور أو اقل كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة ، وأقصى عمر عقلي يصل إليه المتخلف عقليا عندما يبلغ سن الثامنة عشر هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة أو الحادية عشر أو اقل من ذلك ، أي أن هضبة النمو العقلي عند العاديين تظهر في مستوى سن من ١٦-١٨ سنه ، بينما تظهر عند حالات التخلف العقلي البسيط في مستوى سن ١٠ أو ١١ سنه ، وعند حالات التخلف المتوسط في مستوى سن ٧ أو ٨ سنوات تقريبا .

ضعف الانتباه :

الانتباه لدى الأفراد العاديين يزداد في المدة والمدى مع زيادة أعمارهم ، فانتباه المراهق العادي أطول مدة وأوسع مدى من انتباه طفل العادي ، مما يجعله قادرا على الانتباه لأكثر من موضوع وفي آن واحد ولمدة طويلة ، أما الانتباه عند المراهق المعاق عقليا فمثل انتباه الطفل الصغير محدود في المدة والمدى ، فلا ينتبه إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة ويتشتت انتباهه بسرعة لان مثيرات الانتباه الداخلية عنده ضعيفة ويحتاج إلى ما يثير انتباهه من الخارج ، والى من ينبه ما يدور حوله ويشده الى الموضوع الأساسي ، فلا ينشغل بمثيرات اخرى ليس لها علاقة بهذا الموضوع ، وهذه خاصية تجعل المتخلف لا يتعلم من الخبرات التي تمر به الا اذا وجد من ينبهه إليها وحتى يدرك ويتعلم منها .

القصور في الإدراك :

يمكن القول ان المعاق عقليا لديه قصور في عملية الإدراك وخاصة في التمييز

والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه الخمس ، بسبب صعوبات الانتباه والتذكر ، فهو لاينتبه إلى خصائص الأشياء فلا يدركها ، وينسى خبراته السابقة بها فلا يتعرف عليه بسهولة ، مما يجعل إدراكه لها غير دقيق ، او يجعله يدرك جوانب غير أساسية فيها .

قصور في الذاكرة :

المعاقون عقليا يتعلمون ببطء وينسون ما تعلموه بسرعة ، لأنهم يحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد جهيد في تعلمها ، وهذا المستوى من الذاكرة يحفظ المعلومات والخبرات الجديدة لمدة قصيرة ولا ينقلها إلى المستويات الأخرى كالذاكرة قصيرة المدى التي تحفظ المعلومات لمدة طويلة نسبيا او طويلة المدى ، فإذا طلب المعلم منهم إعادة مجموعة من الكلمات أو الصور أو الخبرات التي تعلمها منذ قليل يجده نسي معظمها ، ويبدو وكأنه لم يتعلمها ، ويعاني جميع المعاقين عقليا من قصور في الذاكرة القصيرة والبعيدة لأنهم لا يتقنون ما تعلموه ، ولا يحتفظون في ذاكرتهم لمدة طويلة إلا بمعلومات وخبرات قليلة بعد جهد كبير في تعلمها .

القصور في التفكير :

ينمو تفكير المعاقين عقليا بمعدلات بطيئة بسبب القصور في الذاكرة وضعف القدرات على اكتساب المفاهيم وتكوين الصور الذهنية وضالة الحصيلة اللغوية ، ويظل تفكير المعاقين عقليا متوقفا عند مستوى المحسوسات ، ولا يرتقي إلى مستوى المجردات وإدراك الغيبيات وفهم القوانين والنظريات والمبادئ ، ويكون تفكيرهم في المراهقة والرشد مثل تفكير الأطفال عيانيا بسيطا يستخدم الصور الذهنية الحسية والمفاهيم الحسية وحل المشكلات البسيطة ، ويظل تفكيرهم مدى الحياة تفكير سطحي ساذج في مواقف كثيرة (مرسي ، ١٩٩٩) .

ثالثا : الخصائص اللغوية :

القدرة على التحدث واستخدام اللغة ترتبط بالنمو العقلي ، فالذين يعانون من الإعاقة

العقلية يواجهون صعوبة في التحدث واستخدام اللغة ، كذلك يوجد لديهم صعوبة في النطق ، ويمكن أن تكون المهارات اللغوية أكثر المشاكل التي تواجههم في محاولاتهم أن يكونوا جزءا متكاملا في المجتمع.

وتبين الدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعا لدى الأشخاص المتخلفين عقليا منها لدى غير المتخلفين وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل تأخر النمو اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة ، وقد أشار هالمان وكوفمان (١٩٨٢) الى الخصائص التالية :

- إن مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات يرتبط بشدة الإعاقة العقلية التى يعاني منه الفرد ، فكلما ازدادت شدة الإعاقة ازدادت المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشارا .

- إن المشكلات الكلامية واللغوية لاتختلف باختلاف الفئات التصنيفية للإعاقة العقلية.

- إن البنية اللغوية لدى المعاقين عقليا تشبه البناء اللغوي لدى غير المعاقين عقليا فهي ليست شاذة ، انها لغة سوية ولكن بدائية .

اما كريمر فقد أشار عام (١٩٧٤) من خلال الإطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المعاقين عقليا وقد كانت على الشكل التالي :

- الأطفال المعوقين عقليا يتطورون ببطء في النمو اللغوي .

- يتأخرون في اللغة مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين .

- لديهم ضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة .

رابعا : الخصائص الشخصية :

إن لدى المعوقين عقليا بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية وذلك لسبب يعود

للمعاملة والطريقة التي يتعامل بها هؤلاء في المواقف الاجتماعية حيث قد يوصف بانه متخلف او غبي او مجنون .

وقد أشار زغلر من خلا الفرضيات التي وضعها في بحثه الى ان السبب الحقيقي وراء تسمية الأطفال المعاقين عقليا بانهم غير اجتماعيين يعود الى الخبرات السابقة لديهم وما أصيبوا من احباطات نتيجة هذا التفاعل مع الآخرين ، وأكد زغلر ان السبب يعود الى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين ، وأشارت كثير من الدراسات الى ان لدى المعوقين عقليا إحساس سلبي نحو أنفسهم بسبب ضعف القدرات لديهم التي قد تساعدهم في عملية النجاح وكذلك لديهم ضعف في مفهوم الذات .

خامسا : الخصائص الانفعالية والاجتماعية :

ان العجز في السلوك التكيفي يعتبر من احد الخصائص المهمة للمعاق عقليا، ولا يعود ذلك للضعف العقلي فحسب بل ايضا الى اتجاهات الآخرين نحو المعاقين عقليا وطرق معاملتهم وهذا يؤدي الى تدني مفهوم الذات لديهم ، كما ان المتخلفين عقليا يظهرون انماط سلوكية اجتماعية غير مناسبة ويواجهون صعوبات بالغة في بناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين .

كما أن المعاقين عقليا لا يتطور لديهم شعور الثقة بالذات ، فهم يعتمدون على الآخرين في حل مشكلاتهم ، وأنهم يعزون سلوكهم لعوامل خارج نطاق سيطرتهم ، وأنهم بسبب الإخفاق يتطور لديهم الخوف من الفشل وتوقع الفشل الامر الذي يدفع بهم غالبا الى تجنب تأدية المهمات المختلفة ، وهذه المظاهر الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية اكثر انتشارا لدى الأشخاص المعاقين عقليا الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة بسبب عزلهم وعدم توفير فرص الدمج لهم

كذلك لوحظ ان المعاق عقليا يميل الى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة ، وفي عدم قدرته على ضبط الانفعالات ، وعدم القدرة علىانشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير وغالبا ما يميل الى المشاركة مع الصغر سنا في

نشاطاته وقد يميل الى العدوان وعدم تقدير الذات ، والعزلة والانطواء .

ان الطفل المعاق عقليا قد يكون هادئا لايتاثر بسرعة ، حسن التصرف والسلوك راضيا بحياته كما هي ، قانعا بامكاناته المحدودة ، ويستجيب اذا عاملناه كالطفل الصغير ويغضب اذا اهمل ولكن لا يستمر في الغضب فتية طويلة ، فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التاثير عليه لانه سريع الاستهواء (عبيد ، ٢٠٠٧) .

طرق قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

تشخيص الاعاقة العقلية :

ان تعدد الإعاقة العقلية ، وتعدد الأسباب والعوامل المؤدية اليها وتعدد مظاهرها واختلافها من حالة لأخرى يجعل من مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة صعبة معقدة ، فلا يمكن اعتبارها مجرد مقياس لمستوى ذكاء الفرد ، فهناك أبعاد أخرى يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تشخيص هذه الإعاقة ، لان تشخيص إعاقة عقلية تعني وضعها ضمن فئة معينة من الأطفال يحتاجون إلى تربية ورعاية خاصة وبرامج علاجية وتاهيلية مناسبة لهم ، لذا يجب أن يكون التشخيص دقيقا .

مفهوم عملية التشخيص للأطفال المعاقين عقليا :

يقترب هذا المفهوم من مفهوم التقييم الكامل للحالة ، لان مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الأبعاد فهي مشكلة طبية ، نفسية ، اجتماعية ، تربوية ، ويتضح مفهوم عملية التشخيص من خلال معرفة الأركان الأساسية آلاتية لعملية التشخيص .

١- تحديد الهدف من التشخيص :

فالهدف من تشخيص الإعاقة العقلية هو التعرف على قدرات الطفل وتحديد نواحي القوة والضعف به ووضعه في المكان المناسب له حتى تقدم له الخدمات التربوية والنفسية الملائمة .

٢- التبكير بعملية التشخيص :

يجب أن يبدأ التشخيص مبكرا لان هذا يساعد في تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب حتى تقدم له الخدمات التربوية والنفسية الملائمة ، فالتبكير في التشخيص يساهم في تحسين حالات عديدة من التدهور مثل عامل(RH) المعروف طبيا ، وفي حالات استقصاء الدماغ .

٣- تكامل عملية التشخيص وشمولها :

ينبغي أن تتم ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين في النواحي الجسمية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية (الهجرسي ، ٢٠٠٢) .

السلوك التكيفي وتشخيص الإعاقة العقلية :

يعتبر مفهوم السلوك التكيفي Adaptive Behavior من المصطلحات الحديثة نسبيا التي دخلت في ميدان التربية الخاصة في أواسط الخمسينات من القرن الماضي ، علما أن هذا المفهوم قد ظهر في العلوم الاجتماعية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية .

كما ظهر هذا المفهوم في العلوم النفسية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف بالمعنى النفسي والصحة النفسية .

أما في ميدان التربية الخاصة فقد اعتبر السلوك التكيفي متغيرا أساسيا في تعريف الإعاقة العقلية حيث اعتبر فشل الفرد في التكيف الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مظهرا من مظاهر الإعاقة العقلية والتي قد ترجع إلى قصور في القدرة العقلية للفرد .

وقد أدى ظهور هذا المفهم إلى تغير جوهري في التعريف الحديث للإعاقة العقلية الذي أصبح لا ينظر إلى القدرات العقلية التي يتمتع بها الفرد كمعيار وحيد ، وإنما إلى قدرة الفرد أيضا على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس الفئة العمرية .

ويتضمن مفهوم السلوك التكيفي عدد من المظاهر أهمها النضج الاجتماعي والتآزر البصري الحركي ، القدرة على التعلم المتمثلة في تعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية والنمائية ، المهارات الاجتماعية المتمثلة في تعلم مهارات الحياة اليومية ، والمهارات اللغوية ومهارات معرفة الأرقام والوقت والتعامل بالنقود وتحمل المسؤلية والتنشئة الاجتماعية .

وتعتبر الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR من الجهات العلمية التي أدخلت هذا المفهوم في مجال الإعاقة العقلية .

واعتبر العلماء مفهوم السلوك التكيفي متغيرا أساسيا في اعتبار الفرد معاقا عقليا ام لا ، وذلك من خلال قدرته على الاعتماد على ذاته وخاصة في مهارات الحياة اليومية وقدرته في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية ، وتم تاكيد ذللك المفهوم مع تنامي الانتقادات التي وجهت الى مقاييس الذكاء التقليدية التي لا تفسر كيف يتصرف الفرد في المجتمع او كيف يستجيب للمتطلبات الاجتماعية ، فالقدرة العقلية العالية لا تعني قدرة عالية على التكيف الاجتماعي والعكس صحيح

وجاء في تعريف لهيبر على ان التخلف العقلي هو حالة تتميز بمستوى وظيفي دون المتوسط يبدأ أثناء فترة النمو ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد .

ويوضح المصطلحات المستخدمة في هذا التعريف على النحو التالى :

مستوى وظيفي عقلي عام : ويقاس هذا المستوى بواسطة اختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة) دون المتوسط ، يعبر عن مستوى أداء يقل عن مستوى اداء العاديين بمقدار انحرافين معياريين اذا قيس الاداء على اختبار من اختبارات القدرة العامة اثناء فترة النمو ، وقد اقترح هايبر ان تكون سن (١٦-١٨) سنة كمرحلة لنهايات فترة النمو العقلي مما يساعد على تمييز حالات التخلف العقلي عن الحالات الأخرى مثل الجنون .

السلوك التكيفي :

يعرف هيبر السلوك التكيفي على انه كفاءة الفرد للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته.

اما معايير السلوك التكيفي فهي :

١- **النضج** : ويعني معدل نمو المهارات في سن الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو

والمشي والكلام والقدرة على التحكم في التحكم بالإخراج ....الخ ، ويمكن قياس ذلك

وغيره من مظاهر النمو الحركي خلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل وعليه فان التأخر في اكتساب مثل هذه المهارات يعتبر مؤشر على وجود حالة تخلف عقلي في سنوات ما قبل المدرسة .

٢- **القدرة على التعلم** : وهي قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة التي يتعرض لها الطفل في حياته والصعوبات في التعلم تظهر بوضوح ف المواقف الأكاديمية في المدرسة ، يعتبر القصور في القدرة على التعلم مؤشرا للاستدلال على حالات تخلف خلال سنوات المدرسة .

٣- **التكيف الاجتماعي** : ويعني قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية او اجتماعية مع غيره في حدود المعايير الاجتماعية المرعية معتمدا بذلك على نفسه وبدون مساعدة احد ، وبناء على هذه القدرة الاستدلالية على وجود حالات التخلف العقلي في مرحلة الرشد ، بالإضافة الى ذلك يمكن الاستدلال على وجود حالات التخلف العقلي من خلال وجود المظاهر التالية :

أ- بالنسبة للأطفال في سنوات الطفولة المبكرة :

١- ظهور عادات وتصورات لا تتناسب مع عمر الطفل الزمني .

٢- تخلف في الانتباه وعدم وجود ميل للاستطلاع مع ميل للتبلد .

٣- تأخر في المشي والكلام .

ب- مرحلة الطفولة المتأخرة :

١- عدم المقدرة على التجاوب مع التوجيهات التي تقدم للطفل .

وضوح اتجاه الطفل لممارسة عادات وطباع من هم اصغر منه سنا ومصاحبتهم .

ج- بالنسبة للبالغين :

١- تخلف مستوى التحصيل العملي لما دون المتوسط .

٢- عدم الشعور بالمسؤلية .

٣- عدم القدرة على التمييز بين المواقف .

لقد تبين لنا من خلال محاولة تحديد وتعريف حالة التخلف العقلي بان هناك تعاريف تركز على عنصر الذكاء وبعضها يركز على عوامل البيئة والتكيف معها ، ومنها من ركز على النوحي الجسمية ، لذا فان السؤال الذي يطرح نفسه ، من الذي يقوم بعملية التشخيص ؟ ان تشخيص حالة التخلف العقلي يترتب عليها مستقبل الطفل وعلاقته مع أسرته ، لذا ان عملية التشخيص لا يقوم بها شخص واحد بل ان هناك فريق من الأخصائيين بحيث يتم جمع المعلومات من النواحي الجسمية والنفسية والثقافية والاجتماعية وغالبا ما يكون الفريق مكونا من :

١- **الطبيب** : ويقوم بفحص حالة الطفل النفسية وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس ، وكذلك في ما يتعلق بجوانب الصحة العامة وذلك بتقديم ما يلزم من علاج ، وتحديد الأمراض التي يعنيها وأسبابها وتطورها ، والعلاجات التي يحتاج اليها .

٢- **الأخصائي الاجتماعي** : ويقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي يمر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها او أصيبت الأم بها أثناء الحمل ، مدى التكيف الشخصي مع الأسرة والجيران والمدرسة .

٣- **الأخصائي النفسي** : يقدم تقريرا عن مستوى قدراته ومهاراته وحالته الانفعالية ، وذلك بإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية وجمع المعلومات عن التاريخ التطوري . وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات الشخصية ، والمهارات الحركية والخبرات التفصيلية .

٤- **الأخصائي في التربية الخاصة** : ويكون عمله في محاولة وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل وذلك في حدود ما حصل عليه من معلومات من الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي .

٥- **الأخصائي في التاهيل المهني** : ويكون عمله في مراحل متقدمة وخاصة بعد ان

يصبح الطفل في الرابعة عشر من عمره وهي السن التي يتسنى فيه عملية التاهيل وعلى أخصائي التشخيص ان يقوم بتجميع المعلومات عن السلوك التكيفي للطالب عن طريق الاجتماع مع العديد من الأشخاص والتباحث معهم حيث انه من غير المحتمل ان يعرف شخص واحد كيف يتصرف الطالب في جميع الحالات والمواقف

التشخيص التكاملي للإعاقة العقلية :

ان موضوع قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تنطوي على عدة جوانب منها (طبية ، سيكومترية ، اجتماعية ، تربوية) ففي بداية القرن التاسع عشر كانت تشخص من وجهة النظر الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة المؤدية الى تلف خلايا الدماغ ، ولكن بعد ظهور مقاييس الذكاء اصبح التركيز على قياس القدرات العقلية واستخدم مصطلح نسبة الذكاء دلالة على استخدام مقاييس السيكومترية ، وفي أواسط الخمسينات ظهر اتجاه جديد في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية تمثل في الاتجاه الاجتماعي ، وظهر هذا الاتجاه نتيجة للانتقادات التي وجهت الى المقاييس السيكومترية ، والتي خلاصتها ان مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية اذ ان حصول الفرد على درجة منخفضة على مقياس الذكاء لايعني بالضرورة ان الفرد معاق عقليا وخاصة اذا اظر الفرد القدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية ، ولذا ظهر هذا البعد الجديد في تشخيص حالات الاعاقة العقلية ألا وهو البعد الاجتماعي والذي يعبر عنه عادة ببعد السلوك التكيفي وظهرت مقاييس تقيس هذا البعد ومن اشهرها مقياس الجمعية الامريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية .

كما ظهر في السبعينيات وفي هذا القرن الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، والذي يعتبر اتجاها مكملا لعملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، ويهدف هذا الاتجاه الى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقليا ، ومن المقاييس التحصيلية مقاييس المهارات اللغوية ، ومقاييس القراءة والكتابة ، والمقياس التحصيلي العام والذي اعده جاستاك ، والمقياس التحصيلي الفردي

الذي اعده دن وزملائه ويعبر عن الاتجاه الجديد في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية بالاتجاه التكاملي حيث يجمع هذا الاتجاه بين الاتجاه الطبي و والاتجاه السيكومتري ، و الاتجاه الاجتماعي ، والاتجاه التربوي حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك من كل من طبيب الأطفال والأخصائي في علم النفس ، والأخصائي في التربية الخاصة ، وتكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص ، ومن ثم لأغراض الإحالة الى المكان المناسب فيما بعد (الروسان ، ٢٠٠٣) .

ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الابعاد في تحديد الإعاقة العقلية ، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد ، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب التكوينية والحية ، والنفسية ، والأسرية ، والاجتماعية ، والتربوية والتعليمية وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر الإعاقة .

ويشمل التشخيص التكاملي الجوانب التالية :

١- **التشخيص الطبي** : ويتم بواسطة طبيب الاطفال والترف على الحالة الطبية والعضوية والفسيولوجية .

ومن الاختبارات الطبية التي يجريها الطبيب لاكتشاف حالات التمثيل الغذائي ما يلي :

- اختبار حامض الفريك وذلك بخلط بعض النقاط منه مع بول الطفل فاذا تغير لون البول الى اللون الأخضر فيعني ذلك وجود حالة ال pku لدى الطفل

- اختبار شريط حامض الفريك وذلك بوضع الشريط في بول الطفل ثم يقارن لونه مع الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها .

- اختبار غثري وذلك بأخذ عينة من الدم من كعب الطفل وتفحص فاذا ظهر مستوى الفنيلين في الدم هو ٢٠ ملجرام لكل ١٠٠ ملم من الدم فان ذلك يعني وجود حالة pku .

ومن القياسات التي يجريها الطبيب قياس محيط الرأس ومقارنته بمحيط راس الطفل العادي المولود حديثا والذي يتراوح ما بين ٣٢-٣٦ سم خاصة في حالات صغر حجم الدماغ ، كبر حجم الدماغ ، واستقساء الدماغ وحالات المنغولية .

كما يقارن الطبيب أيضا بين مظاهر النمو الحركي للطفل العادي وبين مظاهر النمو للطفل المحول اليه خاصة في مظاهر حركة الراس والجذع والذراعين والساقين ومظاهر الاستلقاء على الظهر او البطن والحبو والزحف والوقوف والمشي والجري .

ومن المظاهر الأخرى التي يهتم بها الطبيب في تشخيصه مظاهر النمو الجسمي العام كالطول والوزن خاصة في حالات القماءة ، وكذلك اضطرابات الغدد الدرقية والمظاهر الجسمية المصاحبة لها كجفاف الجلد والشعر واندلاع البطن .

٢- **التشخيص السيكومتري** : ويتم بواسطة اخصائي القياس النفسي لقياس القدرة العقلية وذلك باستخدام المقاييس الخاصة مثل مقياس وكسلر او مقياس ستنفورد – بنيه او مقياس جودانف ، وغيرها من المقاييس .

٣- **التشخيص الاجتماعي** : وذلك للتعرف على المعوقات الاجتماعية والتكيفية لدى المعاق عقليا وذلك باستخدام مقاييس خاصة مثل مقياس السلوك التكيفي ومقياس النضج الاجتماعي ، ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية .

٤- **التشخيص التربوي** : ويهدف الى تقييم اداء الاطفال المعوقين عقليا ، تربويا ، وتحصيليا حيث يستخدم مقياس المهارات اللغوية والتحصيلية : العددية ، القراءة ، الكتابة ، للتعرف على القدرة على التعلم لدى المعاق عقليا (الروسان ، ٢٠٠٣) .

٥- **التشخيص الفارقي** : للتفرقة بين الإعاقة العقلية والإعاقات الأخرى مثل : التوحد ، اضطرابات الكلام ، الصرع ، والفصام وغيرها (عبيد ، ٢٠٠٧) .

إرشادات في عملية التشخيص :

١- أن يسبق التشخيص جمع معلومات كافية عن الطفل من مصادر مختلفة .

٢- الاهتمام بتغطية جميع المجالات والجوانب المتعلقة بالطفل المعوق عقليا وتحديد نقاط الضعف والقوة .

٣- اختبار المكان المناسب للتشخيص .

٤- اختيار الوقت المناسب للتشخيص ، ويفضل في ساعات الصباح بعد الفطور .

٥- ان تكون الانشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية ، وحتى لا ينفر منها او يملها ، وتحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو مللله منه وليس لعدم القدرة على الاستجابة .

٦- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص ان تكون متنوعة ومتعددة مع الاهتمام بعنصر الصبر عند التنفيذ .

٧- ينبغي ان تكن الاسئلة الموجهة للطفل واضحة ومباشرة ، بحيث لا يتحمل السؤال اكثر من معنى واحد وتحتاج الإجابة عليه إصدار تعميمات أو وضع فرضيات .

٨- يجب ان تكون الاسئلة في مستوى قدرات الطفل وامكانياته او ان تبدا بالاسئلة السهلة والبسيطة وثم تتدرج الى الأصعب وهكذا .

٩- يجب ان تكون الابعاد المراد قياسها محددة بدقة .

١٠- يراعى عند رصد اجابات الطفل أن لا نلجا لتغيير معناها او الاشارة الى ما وراء هذه الاستجابات ، بل نسجل كما هي دون تأويل .

الفصل الرابع : الإعاقة السمعية

تعتبر وظيفة السمع التي تقوم بها الأذن من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحيّ؛ حيث يشعر الإنسان بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطّل القدرة على السمع لسبب ما يتعلّق بالأذن نفسها وتتمثّل آلية السمع في انتقال المثير السمعيّ من الأذن الخارجيّة إلى الوسطى، ثمّ إلى الأذن الداخليّة فالعصب السمعي، ثم إلى الجهاز العصبيّ المركزيّ؛ حيث يتمّ هناك تفسير المثيرات السمعية. يتمتّع حوالي تسعة وتسعين بالمئة من الأفراد بالقدرة على السمع بشكلٍ طبيعيّ، بينما يوجد حوالي واحد بالمئة من الأفراد يفقدون القدرة على السمع، وهذا ما يطلق عليه بمصطلح الإعاقة السمعيّة.

تعريف الإعاقة السمعية

ظهرت عدة تعريفات للإنسان الذي يعاني من فقدان القدرة على السمع، وقد صنف على النحو التالي:

الفرد الأصمّ كلياً: وهو الفرد الذي فقد قدرته التامّة على السمع في مراحل مُبكّرة من عمره، ممّا أدّى إلى عدم تكوّن أيّ مخزون لغوّي لديه، فأصبح غير قادرٍ أيضاً على النطق، وهذه الحالة تدعى بالبكم، أو الشخص الأبكم، ويطلق عليهم مصطلح الصم والبكم.

الفرد الأصم جزئياً (ضعيف السمع) : وهو الشخص الذي فقد جزءاً من قدرته السمعيّة، نتيجة وجود سبب، أو أكثر من الأسباب الصحيّة، أو البيئية التي تُؤدّي إلى وجود ضعف في التقاط الذبذبات الصوتيّة، وبالتالي ضعف في تكوّن اللغة، وهذا يتفاوت من شخص لآخر حسب درجة الإعاقة السمعيّة التي يعاني منها الأفراد.

الإعاقة السمعية للطفل

الإعاقة السمعية هي تلك المشكلة التي تحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه، والتي تتضمن استقبال الصوت أو نقله أو تفسيره، وتلك المشكلة قد تكون في الأذن الخارجية، أو في الأذن الوسطى، أو الداخلية، أو تلك المنطقة المسئولة عن تفسير المثيرات الصوتية في الدماغ، ولكن المشكلات الداخلية تعتبر أكثر صعوبة، وأكثر تأثيرًا على

الشخص المصاب. والطفل المعاق سمعيًا يكون غير قادر على الاشتراك بصورة كاملة في مختلف الأنشطة المجتمعية. وهناك مصطلحان تتضمنهما الإعاقة السمعية للأطفال،

الأول هو القصور السمعي، وهو عبارة عن أي انحراف في المستوى الأسوأ عن المستوى العادي، سواء كان هذا الانحراف في التكوين، أو الوظيفة في الجهاز السمعي، وعلى هذا الأمر فإن أي فقد سمعي يعتبر قصورًا سمعيًا، وهذا القصور يرتبط بحالات تلف الأذن، وضعف السمع الناتج عن التقدم في العمر، أو بسبب التعرض للضوضاء، وعليه فإن هذا المصطلح يشمل جميع درجات الخلل التي تصيب الجهاز السمعي، من الفقد البسيط إلى التام.

والمصطلح الآخر هو العجز السمعي، وهو عدم القدرة على السمع، مما يحول دون الاشتراك في الأنشطة وفعاليات المجتمع.

الأطفال ضعاف السمع

تشتمل الإعاقة السمعية للأطفال على فئة الأطفال ضعاف السمع، وهي تلك الفئة التي تقع بين أسوياء السمع والصم، من حيث القدرة السمعية، وذلك بسبب ما لديهم من بقايا القدرة السمعية، مما يجعل من الضروري اللجوء إلى الأجهزة والمعينات السمعية، فالطفل ضعيف السمع يحتاج تسهيلات معينة من أجل تربيته، على الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التي يحتاج إليها الطفل المصاب بالإعاقة السمعية.

أسباب الإعاقة السمعية

توجد العديد من العوامل التي قد تعد سببًا في الإعاقة السمعية للأطفال ، والتي قد تكون عوامل وراثية، أو عوامل بيئية مكتسبة.

العوامل الوراثية

يعد العامل الوراثي من العوامل الهامة التي قد تحدث بسببها الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية لدى الطفل، وهذا يحدث نتيجة انتقال بعض الصفات الوراثية، أو الجينية، أو

الحالات المرضية من الوالدين إلى الطفل، فيتم هذا الأمر من خلال الكروموسومات الحاملة لتلك الصفات، مثل ضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، وكما نعلم فإن هذه الأمر تكون أكثر شيوعًا في حالات زواج الأقارب، لذا فإنه ينصح بعدم زواج الأقارب. وقد تظهر حالات الصمم الوراثي منذ الولادة، أو بعدها بسنوات. وتشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة ٤٠% إلى ٥٠% من الصمم في حالة الطفولة ترجع إلى عوامل وراثية، كما أنه قد تقترن هذه الحالات بحالات من القصور الأخرى بالإضافة إلى القصور السمعي، وأيضًا يُصاحب هذا الأمر خللًا في الجهاز العصبي المركزي، وبالتالي فإن الطفل يكون لديه مصاحبات نفسية واضحة.

العوامل البيئية المكتسبة

توجد العديد من العوامل المكتسبة التي قد تسبب الإعاقة السمعية للأطفال ، فمثلًا قد تؤدي إصابة الأم والطفل ببعض الأمراض إلى الإعاقة السمعية مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية، والذي يمكن الوقاية منه عن طريق لقاح طبي يُعطى للطفل من السنة الأولى حتى يتم القضاء على الفيروس، ولمنع انتقاله إلى الأمهات الحوامل، أو إعطاء هذا اللقاح للفتيات قبل بلوغ مرحلة المراهقة، وأيضًا للنساء قبل أو بعد الولادة إذا لم يحصلن عليه قبل مرحلة البلوغ.

ومن العوامل المكتسبة أيضًا التشوهات الخلقية، سواءً أكانت تلك التشوهات في طبلة الأذن، أو العظيمات، أوالقوقعة، أو صوان الأذن. كما أن الولادة قبل الميعاد الطبيعي قد تكون سببًا في الإعاقة السمعية للطفل، وأيضًا الولادة العسرة، والتي تحدث خلالها بعض المضاعفات والتعقيدات.

ومن الأسباب إصابة المولود باليرقان، خاصةً في الساعات الأولى بعد الولادة، أو في الثلاثة أيام الأولى. كما أن زيادة الإفرازات الشمعية في الأذن –الصملاخ- يعد واحدًا من هذه العوامل، حيث يؤدي إلى إغلاق القناة السمعية.

ومن العوامل أيضًا دخول أجسام غريبة في الأذن، والصفعات واللكمات والحوادث،

وإصابات الرأس المباشرة، والإصابة ببعض الأمراض المعدية، مثل: التهاب الغدة النكافية، والتهاب الأذن الوسطى، والالتهاب السحائي، أو الحمى الشوكية. كما أن تناول العقاقير والأدوية الضارة بالسمع دون استشارة الطبيب تؤدي إلى حدوث الإعاقة، مثل الأدوية من عائلة المايسين.

المؤشرات الدالة على الإعاقة السمعية للأطفال

لا توجد إعاقة دون وجود علامات أو دلائل تشير إليها مثل: الفشل في الانتباه، وإدارة الرأس نحو المتكلم، عدم اتباع التعليمات اللفظية، وطلب إعادة الكلام، والمشكلات الكلامية، والسلوك الانسحابي، والاستجابة بطريقة غير مناسبة، وإفرازات الأذن، والتنفس من الأذن، والألم أو الطنين في الأذن، وأيضًا التهاب اللوزتين أو الحلق أو الإنفلونزا بشكلٍ متكرر.

وهناك أعراض أخرى مثل إعطاء إجابات خاطئة عن الأسئلة البسيطة، وعدم التوازن البدني، التركيز على حركة الشفاه، والكسل والفتور، وعدم التوازن البدني، والحرص على الاقتراب من مصدر الصوت، وخلو قسمات الوجه من التعبيرات الانفعالية، وتأخر الطفل في الكلام، رفع الصوت باستمرار، وإمالة الرأس نحو المتكلم، الانسحاب، وظهور المشكلات الوظيفية، وأيضًا آلام الرأس، ونزلات البرد، والعدوى المتكررة بالجهاز التنفسي العلوي، والحساسية.

أساليب الكشف عن الإعاقة السمعية للأطفال

توجد العديد من الأساليب والتي يتم من خلالها الكشف عن الإعاقة السمعية، والتي من بينها طريقة الملاحظة، والاختبارات السمعية، مثل: اختبارات الهمس، والشوكة الرنانة، والمقاييس الدقيقة والتي تكون عن طريق جهاز السمع الكهربائي أو الأديوميتر.

طريقة الملاحظة

وتعد طريقة الملاحظة من الطرق التي تستخدم في جمع البيانات، وهي مفيدة في مساعدة الآباء والأمهات والمعلمين في الحصول على بعض الأعراض أو المؤشرات التي يحتمل من خلالها وجود قصور سمعي، أو مشكلة سمعية، ومن الأعراض التي ينبغي ملاحظتها: وجود تشوهات خلقية في الأذن الخارجية، الشكوى المتكررة من وجود طنين أو آلام في الأذن، وجود إفرازات في الأذن، عدم الاستجابة للصوت العادي، وعزوف الطفل عن تقليد الأصوات. وهذا الملاحظات قد لا تكون بالضرورة مؤشرًا على وجود الإعاقة السمعية، وقد تكون مؤشرًا لوجود إعاقة أخرى، حيث تتداخل بعض الأعراض مع بعضها، مثل مؤشرات الإعاقة العقلية، والاضطرابات الانفعالية، والتواصلية، وقد تكون أعراض لوجود عيوب في جهاز النطق، أو عوامل تتعلق بنقص الدافعية، أو قد يكون راجعًا للتقييد البيئي والحرمان الثقافي، ولهذا فإنه من الضروري التحقق من صحة احتمال وجود قصور سمعي عن طريق جهاز السمع، وهذا يكون في ضوء بيانات تفصيلية عن الطفل، وحالته الاجتماعية، والصحية، والسلوك العام، والقدرة العقلية.

اختبارات الهمس

هذا الاختبار يعد من الاختبارات المبدئية التي من خلالها يمكن اختبار الطفل للكشف عن مقدرته للسمع، ويتم هذا الاختبار عن طريق الوقوف خلف الطفل أو بجانبه ومخاطبته بصوت خفيض أو هامس، مع الابتعاد عنه تدريجيًا حتى يتم الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها، وهذا الاختبار يتم لكل أذن على حدة، حيث يتم تغطية الأذن الأخر. ويوجد جهاز السمع الكهربائي، حيث يقوم هذا الجهاز بإرسال أصوات مختلفة من حيث التردد، وكثافة الصوت أو شدته، وينتقل الصوت إلى الطفل عبر سماعة خاصة، ليقوم الطفل بتحديد النطقة التي يبدأ عندها في سماع الصوت لنوع معين من التردد.

تصنيفات الإعاقة السمعية للأطفال

توجد العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية، وهي تختلف باختلاف الأساس الذي يقوم عليه التصنيف، حيث يقوم التصنيف على العديد من المعايير والأسس، مثل: العمر عند حدوث الإعاقة، ودرجة الفقد السمعي، وطبيعة الخلل السمعي، ومدى تأثير الفقد السمعي على فهم الكلام وتفسيره.

التصنيف تبعًا للعمر

وهناك التصنيف تبعًا للعمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية، وينقسم إلى فئتين رئيسيتين: الإعاقة السمعية قبل اكتساب اللغة، وهي إعاقة تحدث لدى الطفل قبل تطور الكلام واللغة، أي قبل سن الثالثة، وبالتالي فهي تترك آثارًا سلبية لدى نمو الطفل اللغوي، وهذا بالطبع يؤدي إلى فقد الطفل الكثير من المثيرات السمعية، مما يؤدي إلى محدودية خبراته، وقلة تنوعها، كما يكون غير قادر على تعلم اللغة والكلام، فعدم مقدرة الطفل على السماع تعني عدم قدرته على تقليد الكلام، أو مراقبته، ولهذا فإن الطفل يحتاج إلى تعلم الكلام بصريًا، عن طريق الشفاه، أو قراءة المواد المكتوبة، ولكن بالطبع فإن قراءة الشفاه غير ممكنة دون معرفة اللغة المنطوقة، وهذا يعني ضرورة تعلم الطفل للكلمات المكتوبة، وهذا يعد بالطبع صعب للغاية لأن الطفل في سن صغيرة لا تسمح له بالتعلم، ولهذا تستخدم أساليب التواصل اليدوي مثل: لغة الإشارة، وأبجدية الأصابع. أما الفئة الثانية وهي الإعاقة السمعية بعد اكتساب اللغة، وهي تحدث بعد تطور اللغة والكلام، وهذا يحدث بعد بلوغ الطفل سنة الخامسة، ويكون متوفرًا لدى الطفل في هذه الحالة العديد من المفردات، ويمكن تطوير هذه المفردات إذا توفرت البيئة المناسبة لهذا. ولا بد من التدخل المبكر حت يتم علاج الآثار الناجمة عن الإعاقة السمعية للأطفال ، أو التخفيف من حدتها إلى أقل حد ممكن حتى يتم الحفاظ على القدر المكتسب من اللغة

التصنيف تبعًا لدرجة تأثير فقد السمع على فهم وتفسير الكلام

وفي هذا التصنيف يتم تصنيف الإعاقة السمعية للأطفال طبقًا لمدى القدرة على الاستجابة للأصوات والكلام، وتصنف وفقًا لهذا إلى فئتين:

الصمم، وهذا يكون لأولئك الذين ليس لديهم القدرة على الكلام عند القبول بالمدرسة.

والفئة الثانية فئة الصمم الجزئي، وهم أولئك الأطفال الذين بدؤوا الكلام بشكلٍ طبيعي قبل دخول المدرسة، وهؤلاء الأطفال ذوو الصمم الجزئي يصنفون إلى درجات، فالدرجة الأولى تكون للأطفال الذين لديهم عيوبًا في السمع، ويمكن علاجها طبيًا في معظم الحالات، وهم لا يحتاجون إلى معينات سمعية، أو نظام تعليمي خاص، والدرجة الثانية تكون لدى الأطفال الذين لديهم القدرة على الكلام بطريقة طبيعية، إلا أنهم في حاجة إلى نظام تعليمي خاص، ويكون إما طوال الوقت، أو جزء من الوقت، وفي الغالب فإنهم يحتاجون إلى معينات سمعية. بينما الدرجة الثالثة تكون لدى الأطفال الذي لا يقدرون طبيعيًا على الكلام عند الالتحاق بالمدرسة، وفي الأغلب فإنهم يكون لديهم صمم تام، ويكونون في حاجة إلى المعينات السمعية، وإلى نظام تعليمي خاص، وغالبًا ما يتواجدون في مدارس خاصة بهم.

خصائص الأطفال ذوو الإعاقة السمعية

توجد العديد من الخصائص لـ الإعاقة السمعية للأطفال ، فهناك الخصائص اللغوية، والخصائص العقلية والمعرفية، والخصائص الجسمية والحركية، والخصائص الاجتماعية، والخصائص الانفعالية والنفسية، والخصائص المتعلقة بالتحصيل الأكاديمي والتربوي.

الخصائص اللغوية

النمو اللغوي من أكثر المظاهر التي تتأثر بالإعاقة السمعية للطفل، وكلما زاد مستوى الضعف السمعي لدى الطفل، قلت قدرته على النطق والكلام، فمن المعروف أن المعاق سمعيًا لا ينطق الكلمات لأنه لا يسمعها، ولهذا ترتبط ظاهرة الصم بالبكم، حيث يؤدي

الصمم بشكلٍ مباشر إلى حالة البكم خاصةً لدى أصحاب الإعاقة السمعية الشديدة، فإنه توجد علاقة طردية بين درجة الإعاقة السمعية، ومظاهر النمو اللغوي. ولهذا فإن الطفل يحتاج إلى تدريب منظم ومكثف حتى تتطور اللغة لدى الشخص المعوق سمعيًا.

الخصائص المعرفية والعقلية

توجد العديد من النتائج التي تشير إلى أن مستوى ذكاء الشخص المعوق سمعيًا لا يختلف عن مستوى ذكاء الشخص العادي، فهو لديه القدرة على التفكير والتعلم ما لم يكن لديه تلف دماغي مرافق للإعاقة، ولأن اختبارات الذكاء تعتمد بدرجة كبيرة على الاختبارات اللغوية؛ فقد يتم تصنيف الإعاقة السمعية على أنها إعاقة عقلية عن طريق الخطأ، لذا فإنه من المعروف في هذا الأمر فإنه يتم الاعتماد على اختبارات الذكاء الغير لفظية لتقييم أداء الشخص المعوق سمعيًا، حيث أنها الأكثر مناسبة لهذه الفئة. ويتم تطوير مظاهر النمو المعرفي واللغوي لدى الطفل المعوق سمعيًا عن طريق استخدام مثيرات حسية متعددة، مثل الحركة والألوان، لهذا فإن الطفل بحاجة إلى ألعاب وأنشطة متنوعة خاصة في المراحل العمرية المبكرة للطفل.

الخصائص الجسمية والحركية

تؤثر الإعاقة السمعية للأطفال على حركة الطفل من حيث حرمانه من الحصول على التغذية الراجعة السمعية، وهذا يؤثر سلبًا على وضع الطفل في الفراغ وحركات جسمه، وأيضًا إلى وجود مشكلات في التواصل تحول دون تعرف الطفل على البيئة المحيطة.

الخصائص الاجتماعية

ولأن اللغة هي الوسيلة الرئيسية من وسائل التواصل الاجتماعي؛ فإن المعوق سمعيًا يعاني من التواصل الاجتماعي لقصور الجانب اللغوي لديه، خاصةً في التعبير عن الذات، وفهم الآخرين، لذا فإن الطفل يكون لديه العديد من مشكلات التكيف نتيجة لنقص قدراته اللغوية، وبالتالي فإنه يعاني من اضطرابات في النضج الاجتماعي

والانفعالي. وطبقًا للدراسات فإن الطفل المعوق سمعيًا يكون أداؤه الاجتماعي منخفضًا مقارنة بأداء الشخص العادي، لأن النمو الاجتماعي يعتمد بدرجة كبيرة على اللغة. ويوجد لدى الطفل المعاق سمعيًا مشاكل في التكيف العاطفي، وأيضًا يفتقر إلى القدرة على الإدراك الصحيح لمحتوى الحوار، فيعاني من صعوبة متابعة الحوار السريع مع أقرانه، وهذا يؤثر سلبًا على التنشئة الاجتماعية، وصعوبة إقامة علاقات اجتماعية، ويحاول الطفل المعاق سمعيًا تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي، ويميل إلى العزلة نتيجة لإحساسه بعدم المشاركة، أو الانتماء لغيره من الأطفال. وهذا يؤثر على مدى اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية الضرورية واللازمة لحياته في المجتمع.

الخصائص النفسية والانفعالية

تؤثر الإعاقة السمعية للأطفال بشكل مباشر وغير مباشر على النمو النفسي للطفل، فمثلًا تؤدي صدمة الوالدين جراء ولادة طفل مصاب بالصمم إلى بعض ردود الفعل الانفعالية مثل: القلق، والغضب، والشعور بالذنب، والعجز، وتتزايد هذه الانفعالات مع نمو الطفل، حيث يحتاج الطفل إلى إشراف مكثف، واهتمام طبي خاص، وتكاليف مالية باهظة، واندماج قوي في تعليم الطفل. ولأن الطفل قد يعاني في الأغلب من الإهمال، وعدم التقبل، والقسوة، والتفرقة في المعاملة، والتسلط، وإثارة الألم النفسي، فيشعر الطفل بأن أسرته لا تريده، أو تحاول التخلص منه مما يتسبب لديه في اضطرابات نفسيه تنعكس على سلوكه الانفعالي.

الخصائص الأكاديمية

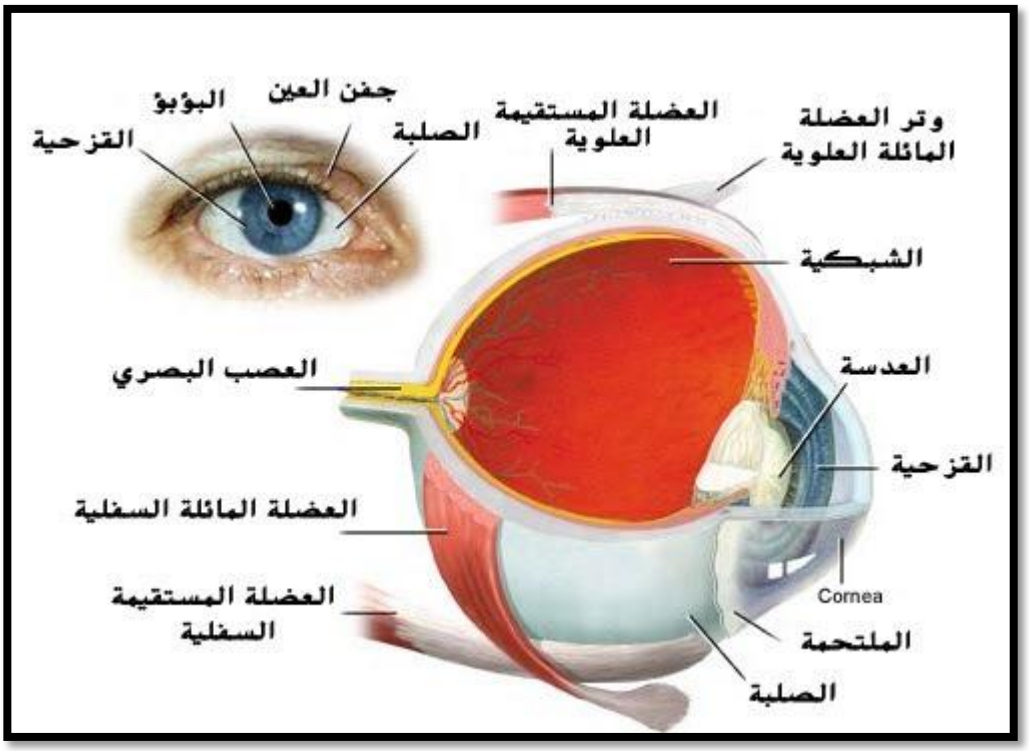
غالبًا ما تؤثر الإعاقة السمعية للأطفال على التحصيل المعرفي والتربوي، فيكون تحصيل الطفل منخفضًا أومتدني مقارنة بالطفل العادي، على الرغم من عدم اختلاف مستوى الذكاء. ويكون مستواهم القرائي هو الأكثر تأثرًا بهذه الإعاقة، ويزداد تحصيلهم ضعفًا مع زيادة المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها. فتشير بعض الإحصائيات إلى أن حوالي ٥٠% من الأفراد الذين يعانون من الإعاقة ممن هم في سن

العشرين يكون مستواهم القرائي يعادل مستوى طلاب الصف الرابع، بينما حوالي ١٠% فقط من بينهم من يكونون في مستوى الصف الثامن الأساسي.

الإعاقة السمعية وطرق الوقاية منها

- هناك العديد من المستويات حسب منظمة الصحة العالمية، والتي تأتي للوقاية من الإعاقة السمعية للأطفال ، ويبدأ **المستوى الأول** بإزالة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة عن طريق:
- التطعيم ضد الحصبة الألمانية، والتي تكون سببًا في حصول الإعاقة السمعية، فمن الضروري أن تحصل المرأة على تلك الطعوم قبل الحمل.
- يجب استشارة الطبيب فيما يخص تناول الأم للأدوية، وأيضًا يجب الحد من زواج الأقارب، والرعاية السليمة والصحية للأم الحامل. ثم يأتي **المستوى الثاني** الذي يتضمن التدخل المبكر لمنع أية مضاعفات قد تحصل، وتتضمن الكشف المبكر، وتقديم المعينات السمعية اللازمة والمناسبة، أما **المستوى الثالث** الذي يكون لمنع حدوث مضاعفات محتملة، وتشمل توفير خدمات التربية الخاصة، وتوفير فرص عمل، مساعدة الصم عن طريق إعفاء الأجهزة الخاصة بهم من الرسوم الجمركية، وتوفير دورات مجانية لتعليم أسر ذوي الإعاقة السمعية لغة الإشارة، وتوفير الأنشطة التي يكون من حق ذوي الإعاقة السمعية الاشتراك فيها، وأيضًا توفير المتخصصين، وذوي الخبرة لتقديم الخدمات لذوي الإعاقات المختلفة، والعمل على مساعدة ذوي الإعاقة السمعية على متابعة كافة التطورات والأخبار في المجتمع.

الفصل الخامس : الإعاقة البصرية



يمكن تعريف الإعاقة البصرية

بأنها حالة يفقد فيها الشخص قدرته على استخدام حاسة البصر بكفاءة ممّا يؤثر على أدائه، ويكون ذلك بسبب وجود عجز جزئي أو كلي في الجهاز البصري نتيجة الإصابة بتشوه تشريحي، أو الإصابة بمرض أو جروح في العين، حيث يظهر هذا الضعف في إحدى الوظائف البصرية الخمسة وهي: البصر المركزي، البصر المحيطي، التكيف البصري، البصر الثنائي ورؤية الألوان، وعندما تكون الإعاقة البصرية موجودة عند الاطفال فإنهم يحتاجون إلى إجراء تعديلات خاصّة على أساليب التدريس والمناهج للتمكن من النجاح التربوي.

وللتحديد أكثر فهناك تعريفات أخرى:

- التعريف القانوني والنظامي:

هو أن الكفيف ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ قدم في أحسن العينين وحتى باستعمال النظارة الطبية أو أولئك الأشخاص الذين لديهم ضيق في مدى الرؤية أي أن المجال البصري لا يزيد عن ٢٠، وهناك نسبة ضئيلة من المكفوفين نظاماً لا يرون شيئاً وليس لديهم قدرة على الإبصار حيث أن لدى معظمهم درجات من الإبصار وقدرة على الإبصار.

- التعريف التربوي:

يشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي يشكو من إعاقة بصرية شديدة ويجب أن يتعلم القراءة والكتابة على طريقة برايل.

أما المكفوف جزئياً وهو ذلك الشخص الذي يستطيع قراءة الكتابة العادية وذلك بالاستعانة بالعدسات المكبرة والكتب ذات الأحرف الكبيرة.

تصنيف الإعاقة البصرية:

الكفيف:

التعريف الطبي: هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية أو أولئك الأشخاص الذين لديهم ضيق في مدى رؤية المجال البصري لا تزيد عن ٢٠.

كما تعتبر منظمة الصحة العالمية الكفيف وفق معيارها هو من تقل حدة إبصاره عن ٦٠/٣٠.

التعريف التربوي: هو من فقد القدرة كلية على الإبصار، ولا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا من خلال استخدام حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل.

ضعاف البصر:

هم من فقدوا جزءاً من أبصارهم ولم تصل درجة شدة الإعاقة البصرية لديهم للحد الذي يمكن معه اعتبارهم مكفوفين، فيشار على أنهم ضعاف البصر وتتراوح حدة إبصارهم بين ٢٠/٦ أو ٦٠/٦ متراً ويتمكنون بصرياً من القراءة والكتابة بالخط العادي عن طريق استخدام المعينات البصرية.

أسباب الإعاقة البصرية:

أسباب ما قبل الولادة: وهي إما نتيجة عوامل وراثية أو عوامل تتعرض لها الأم الحامل، فتؤثر على الجهاز البصري للجنين.

أسباب أثناء الولادة: كالولادة المتعسرة ونقص الأوكسجين.

أسباب بعد الولادة: وهي زيادة نسبة الأوكسجين المعطى للطفل الخداج، والإصابات التي تتعرض لها العين كالصدمات الشديدة والأمراض التي تصيب العين وأهمها التراخوما

والرمد والماء الأبيض الأزرق، والإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة.

أنواع الإعاقة البصرية:

طول النظر: حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، ويعود السبب في طول النظر إلى قصر عمق كرة العين وتكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية.

قصر النظر: يواجه الفرد فيها صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح. وتكمن المشكلة في أن عمق كرة العين من المقدمة للخلف يكون كبيراً.

الماء الأزرق (الجلاكوما): هي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط على العصب البصري.

الحول: عبارة عن اضطراب في عضلات العين ينتج عنه عدم القدرة على التحكم في العين مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي ويؤثر على مجال الرؤية.

اللارؤية: بحيث لا تكون الرؤية والصورة واضحة جراء عدم الانتظام في انكسار الضوء الساقط على القرنية والعدسة. وهذه الحالة بالإمكان علاجها بالجراحة أو العدسات اللاصقة.

الماء الأبيض أو عتامة عدسة العين: وهو مرض إعتام في عدسة العين وفقدان سفافيتها يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤيا، يصاب بهذا المرض كبار السن، وقد يحدث مبكراً لأسباب وراثية، كما قد يصيب صغار السن والشباب نتيجة ضربات شديدة على العين أو تعرض العين لمواد سامة أو حرارة شديدة، وبالإمكان علاجه عن طريق الجراحة.

رأرأة العين: عبارة عن تذبذب السريع وحركات لا إرادية في مقلة العين، مما ينتج عنه القدرة على التركيز في الموضوع المرئي، وقد تسبب الغثيان.

الرمد الصديدي والربيعي والحبيبي: وهي عبارة عن أمراض تنتج عن التحسس

والذباب، وتسبب تقرحات في قرنية العين وتورم الأجفان واحمرار العينين والتواء الرموش إلى داخل العين، مما يسبب جروحاً والتهابات. وضعف في الإبصار.

تشخيص الإعاقة البصرية:

من السهل اكتشاف الحالات الشديدة للإعاقة البصرية، أما الحالات البسيطة أو الأقل حدة فتطلب اهتمام ومتابعة من الأسرة والمعلمين، ليتم عمل التدخل المبكر والتعرف على الإعاقة البصرية وتشخيصها، ومن هذه الأعراض:

أولاً: أعراض سلوكية تمثل في قيام الطفل بكل من:

١- إغلاق أو حجب إحدى العينين وفتح الأخرى بشكل متكرر.

٢- فتح العينين وإغماضهما بسرعة وبشكل لا إرادي وبصورة مستمرة.

٣- فرك العين أو كلاهما ودعكهما بشكل مستمر.

٤- الحذر الشديد والبطء والخوف عند ممارسة بعض النشاطات الحركية اليومية الضرورية، كالمشي أو الجري أو النزول من الدرج وصعوده.

٥- وجود صعوبات في القراءة أو في القيام بأي عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب.

٦- التعثر أثناء المشي وكثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي والبصري للطفل.

٧- تقريب المواد المكتوبة بشكل قريب جداً من العينين عند محاولة قراءتها.

٨- صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.

٩- مد الرأس وتحريكه إلى الأمام عند الرغبة في النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة بشكل ملفت للإنتباه.

١٠-تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين.

ثانياً: أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين وتتمثل في:

١- ظهور عيوب واضحة في العين كالحول والذبذبة السريعة والمتكررة لأهداب العين.

٢- كثرة الإدماع والإفرازات البيضاء بكميات غير عادية في العين.

٣- احمرار مستمر في العين والجفنين وانتفاخهما.

٤- الالتهابات المتكررة للعين.

ثالثاً: شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يلي:

١- الإحساس بصداع ودوار مباشرة بعد أداء أي عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب.

٢- عدم القدرة على التمييز البصري بين الأشياء.

٣- حرقان شديد ومستمر في العينين يؤدي إلى فركهما.

٤- عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح ولو عن مسافة قريبة بحيث تبدو الأشياء كما لو كانت ملبدة بالغيوم أو الضباب.

٥- رؤية صور الأشياء مزدوجة.

الخصائص النفسية والسلوكية للمعاقين بصرياً

خصائص لغوية وهي الظاهرة اللفظية وهي مبالغة الكفيف في التعبير عن الموضوع وذلك لتقبل الاجتماعي لدى الآخرين :

- القدرات العقلية لا يوجد اختلاف بين المكفوف والسليم
- القدرة على تكوين المفاهيم وهي تختلف عن غيره وذلك بسبب عدم رؤية الأشياء المنظورة.
- صعوبة القدرة على الحركة والتنقل وهي من أهم مشكلات المعاق بصرياً
- القدرة على التحصيل الأكاديمي وهي جيدة اذا توفرت الوسائل التعليمية

للمعاق يومياً

- القدرة على التكيف الاجتماعي وهو قدرة مرهونة بمواقف الآخرين واتجاهات أفراد المجتمع الذي يعيش فيه الشخص المعاق بصرياً.

أدوات خاصة للتعامل مع المعاق بصريًّا

• آلة بريل (Brialle):

تعتبر آلة بريل الوسيط الرئيسي الذي يستخدمه كثيرون من المكفوفين للقراءة، وآلة بريل هي نظام للقراءة من خلال اللمس حيث تعتمد على استخدام خلايا من ست نقاط، ويكتب المكفوفون من خلال استخدام آلة بريل للكتابة، كذلك يمكن استخدام اللوح والمغرز (المثقب)، وتكتب المعلومات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين.

• الابتاكون (Optacon):

هو أداة للقراءة تستخدم تقنيات إلكترونية بالغة التعقيد تعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الشخص المكفوف الإحساس بها بإصبع واحد، ولأن القراءة بالابتاكون ليست سريعة، فهي ليست بديلا لآلة بريل.

• الدائرة التلفزيونية المغلقة (Closed - Circuit Television):

أصبحت الدائرة التلفزيونية المغلقة تستخدم على نطاق واسع في الآونة الأخيرة من قبل التلاميذ ذوي الضعف البصري الشديد، و ما تعمله هذه الدوائر هو أنها تعرض المادة المكتوبة على شاشة جهاز التلفزيون الأمر الذي يسمح للشخص ضعيف البصر بقراءتها بسهولة وبسرعة نسبيًا.

• المسجلات (Recorders):

تستخدم لتدوين الملاحظات وللاستماع للكتب المسجلة وللاستجابة اللفظية لأسئلة الامتحانات.

- **الكتب الناطقة (Talking books):**

وتستخدم هذه الكتب للقراءة الترويحية ولقراءة الكتب والمجلات المسجلة.

- **الآلة الكاتبة (Typewirter):**

قد تسهل الآلة الكاتبة عملية الكتابة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من ضعف بصري ولا يستطيعون الكتابة بطريقة واضحة وللأطفال المكفوفين أيضًا لتحضير الواجبات المنزلية وما إلى ذلك.

- **مواد التكبير (Large – Print Materials):**

يجد بعض التلاميذ الضعاف بصريًّا قراءة الأحرف المكبرة أسهل من قراءة الكلمات المكتوبة بالحجم العادي، وهناك مواد للتكبير مثل العدسات المجهرية وغيرها.

- **آلة كرزويل للقراءة (Kuzweil Reading Machine):**

آلة تعمل بواسطة الكمبيوتر لتحويل المادة المطبوعة إلى مادة مسموعة، وتوضع المادة المطبوعة على مكان خاص للقراءة ويقوم جهاز الكشف عن المادة المكتوبة بالقراءة سطرًا سطرًا، وللآلة مفاتيح خاصة للتحكم بالصوت من حيث علوه وسرعته، كذلك هناك مفاتيح خاصة لتهجئة الكلمات وما إلى ذلك.

- **الحاسب الناطق (Speech Plus Calculator):**

حاسب ناطق يحمل باليد يجري العمليات الحسابية الأساسية وتعطي الإجابة صوتيًا[٩].

- **<u>البدائل التربوية لتعليم الأطفال المعاقين بصريا:</u>**

هناك خمسة بدائل تربوية رئيسية لتعليم الأطفال المعاقين بصريًّا هي:

أ- مؤسسات الإقامة.

ب- الصفوف الخاصة.

جـ- غرف المصادر.

د- التعليم المتنقل.

هـ- الصفوف العادية.

• وينبغي تحديد البديل التربوي المناسب للك طفل بناءً على ما يلي:

١- مستوى البصر الوظيفي للطفل.

٢- نتائج الفحوصات الصحية العامة.

٣- نتائج التقييم النفسي.

٤- ملاحظات المعلمين وتقاريرهم.

٥- آراء الآباء وتوقعاتهم.

الفصل السادس : الإعاقة الحركية

الإعاقة الحركية عبارة عن حالة تصيب الفرد تسبب خللاً في قدرته الحركية أو نشاطه الحركي، مما قد يؤثر على بعض مظاهر النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي له، وهذا يستدعي تقديم خدمات التربية الخاصّة.

تصنيف الإعاقة الحركية

أولاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي ويتفرع منها:

١- الشلل المخي

٢- تشقق العمود الفقري

٣- إصابة الحبل الشوكي

٤- الصرع

٥- استسقاء الدماغ

٦- شلل الأطفال

٧- التصلب المتعدد للأنسجة العضوية

ثانياً: الإعاقات البدنية الناجمة عن حدوث عاهات بالهيكل العظمي وتضم:

١- بتر الأطراف و/أو تشوهها

٢- الجنف

٣- تصلب عظام الورك

٤- تشوه مكونات العظام

٥- التهاب عظام المفاصل

٦- الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين

٧- التهاب المفاصل

٨- التهاب المفاصل الروماتيزمي

٩- الشفة المشقوقة، الشق الحلقي

١٠- الجنف (ميل العمود الفقري إلى أحد الجانبين)

١١- الكساح

ثالثاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إعطاب في العضلات وتضم نوعين رئيسيين هما:

١- ضمور العضلات

٢- ضمور العضلات الشوكية

رابعاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن عوامل مختلطة وتضم:

١- الأطفال المقعدون (الأشكال المتعددة للقعاد)

٢- عيوب عظمية شائعة

٣- تشوه الوجه

٤- الكوريا (أو الرقاص)

٥- المصابون في الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل

٦- الجذام

٧- الإصابات الصحية: أ/ الأزمة الصدرية "الربو" ب/ التليف المراري/ الكبدي CF

ج/ اضطرابات القلب د/ مرض السكر "السكري" هـ/ متلازمة داون "المنغولية"

٨- النشاط الزائد

٩- الأصابع الملتصقة والزائدة

١٠- النقرس (داء الملوك). (سليمان، ٢٠٠١م).

كما يمكن أن تنقسم إلى عدة أنواع طبقاً للأمراض المسببة لهذا النوع من الحركة، ومنها:

أنواع الإعاقات الحركية :

أولا: الشلل الدماغي

هو عبارة عن عجز في الجهاز العصبي المركزي العلوي، يحدث بالذات في منطقة الدماغ وينتج عنه شلل يصيب إما الأطراف الأربعة جميعها أو الأطراف السفلية فقط، أو يصيب جانبًا واحدًا من الجسم، أي طرفًا علويًا، أو طرفًا سفليًا، سواء في الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر، وهذا الشلل ينتج عنه فقدان في القدرة على التحكم في الحركات الإرادية المختلفة، وتختلف شدة الأعراض باختلاف شدة ومكان الإصابة في الدماغ، وقد يصاحبه خلل في الأعضاء الحسية الأخرى.

ثانيًا: مرض ضمور العضلات التدهوري

وهو مرض وراثي يبدأ بإصابة العضلات الإرادية في الأطراف الأربعة للمريض، ثم يتحول فيصيب بقية العضلات الأخرى، وهذا المرض يعطل عمل العضلات بشكل تدريجي ويسبب الكثير من التشوهات التي قد تودي بحياة المريض بعد فترة من الزمن.

ثالثاً: حالات انشطار أو شق في فقرات العمود الفقري

وفيه تصاب الخلايا الحيوية في النخاع الشوكي إصابة بالغة عندما تخرج أجزاء منها من الشق التشوهي الموجود في فقرات العمود الفقري وتتعطل وظائفها الأساسية كلياً أو جزئياً.

رابعًا: التشوهات الخلقية المختلفة:

وهي عبارة عن تشوهات خلقية مختلفة تحدث لأسباب وراثية أو لأسباب غير وراثية، وهذه تكون أثناء الحمل غير الطبيعي وتصيب المفاصل أو العظام وتظهر هذه التشوهات إما في صورة نقص في نمو الأطراف أو إعوجاجات غريبة في العظام.

خامسًا: حالات أخرى ذات تشخيصات مختلفة

هي عبارة عن حالات مختلفة من الأمراض التالية: شلل أطفال، هشاشة العظام، احتلال في الغدد الصماء، أمراض النخاع الشوكي، وأمرض الأعصاب الطرفية المزمن، أمراض مزمنة أخرى تصيب الأوعية الدموية.

سادسًا: الشلل النصفي أو الفالج

هو مرض عصبي يتصف بانعدام الحركة في أحد شقي البدن (الأيمن أو الأيسر)، وينتج عن آفة دماغية في الطرف المقابل للجهة المصابة.

الأسباب المؤدية للشلل النصفي:

إنَّ للفالج أشكالا سريرية عديدة، وذلك لأن المنطقة المصابة من الدماغ تختلف من حالة إلى أخرى، كما أن العوامل التي تؤدي إلى الإصابة تختلف أيضًا، ومنها:

- **المؤثرات الخارجية على الدماغ**: كالسقوط من مكان مرتفع، أو الاصطدام بجسم صلب، أو في حوادث الاصطدام، ويحدث الشلل هنا بما تسببه هذه العوامل من نزف دماغي وانضغاط الدماغ .
- **بعض آفات الدماغ**: كالخراج الدماغي، وأورام الدماغ، وسرطانات الدماغ، وذلك بسبب تخريبها للخلايا الدماغية أو الضغط عليها .
- **بعض الأمراض العامة** التي تصيب السحايا الدماغية: كالدرن، والنزف السحائي .
- **تصلب الشرايين**: إن هذا المرض لا يسبب الشلل، ولكن بعض ما ينتج عنه هو السبب، ومن ذلك:
- **النزف الدماغي** : ويحدث هذا النزف لدى المصابين بالتصلب الشرياني الدماغي (أو تصلب شرايين الدماغ) عند ارتفاع الضغط الشرياني لديهم إثر التعب أو الجهد، أو بعد صدمة نفسية مفاجئة، وبارتفاع الضغط الشرياني هذا، ينفجر أحد شرايين الدماغ ويتجمع الدم مخرباً الأنسجة الدماغية وضاغطاً

عليها، وفـي أغلبية الحوادث يكون النزف الدمـاغي مميتاً ، ولكن المريض إن شفي فهو يصاب غالباً بالشلل.

- **التخثر الشرياني** : ويقصد به إصابة بعض شرايين الدماغ بالخثرة (التجلط) Thrombus ، وهذه الخثرة إذا ما كبرت وسدت قناة الشريان، انقطع الدم عن المنطقة الدماغية التي يغذيها ذلك الشريان، فتتخرّب أنسجتها ويحدث الشلل.
- **الانسداد الدمـوي**: إذا أصيبت الشرايين الدماغية بالانسداد (Embolus.) الدمـوي، يحـدث المـوت فـي الخـلايـا الدماغية التـي ينقطع عنهـا الإرواء الدمـوي، ويؤدي ذلك إلى ظهور الشلل النصفي.

أسباب الإعاقة الحركية

الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية :-

من الأسباب الرئيسية المعروفة للإعاقات الجسمية في مرحلة الطفولة ما يلي :-

١-نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو في مرحلة الولادة أو مرحلة ما بعد الولادة . وقد ينجم نقص الأكسجين عن التفاف الحبل السري حول عنق الجنين أو اختناق الأم أثناء الحمل ، أو فقر الدم ، أو انسداد مجرى التنفس لدى الطفل ، أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها ، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطرة ، أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل ، أو الغرق وغير ذلك .

٢-العوامل الوراثية والتي تنتقل من الآباء إلى الأبناء إما على شكل صفة متنحية أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي .

٣-عدم توافق العامل الريزيسي بين الوالدين .

٤-تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً .

٥-تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.

٦-الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة .

٧-إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل .

٨-تعرض الأم الحامل للعوامل الخطرة مثل سوء التغذية، والتدخين، والأشعة السينية .

٩-الخداج حيث أن عدم اكتمال مرحلة الحمل أو ولادة الطفل ووزنه أقل من العادي يعتبران من العوامل المسئولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية .

١٠- صعوبات الولادة ومنها الولادة القيصرية ، والولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً والوضع الغير طبيعي للطفل .

١١- إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة ، والحوادث داخل البيت أو خارجه (الحديدي ، الخطيب ، ١٩٩٧م)

الخصائص والسمات الشخصية للمعاقين حركياً

والخصائص الشخصية للمعوقين حركياً ، تختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها ، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية ، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية . (الروسان ، ٢٠٠٧م) وبشكل عام فإن الإعاقة الجسمية مشكلة طبية في المقام الأول بالإضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها في الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها . (Babbitt&Burbach, 1989) .

اهتمت دراسة في سيكوديناميات مبتوري الأطراف قامت بها (حسن ، ٢٠٠٧م) بالإعاقة الحركية الناجمة عن بتر الأطراف وعن الاهتمام بصورة الجسم كديناميكية تتأثر كل التأثر بالإعاقة وكذلك تقدير الذات ، افترضت الباحثة أن هناك فروق ذات

دلالة إحصائية بين مبتوري الأطراف والأصحاء في صورة الجسم وتقدير الذات . كما افترضت انه يمكن الكشف عن الديناميات النفسية لمبتوري الأطراف من خلال الأدوات الإكلينيكية ، استخدمت الباحثة منهج الإكلينيكية الانتقائية ، واستخدمت أدوات سيكومترية وتمثلت في اختبار تقدير الذات ومقياس صورة الجسم واختبارات إكلينيكية (المقابلة الإكلينيكية – اختبار تفهم الموضوع) . وتوصلت الباحثة إلى التحقق من صحة الفروض التي تم صياغتها.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية

يتم التعرف إلى الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من قبل فريق الأطباء المختصين بالأطفال ، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من خلال الفحوصات الطبية اللازمة ، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئية ومظاهر النمو الحركي ، ومن ثم تقديم العلاج المناسب ، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية (الروسان ، ٢٠٠٧م).

وبالرغم من أن المعالجة والخدمات الطبية بمختلف أشكالها تمثل عناصر رئيسية في برامج هذه الفئة ، إلاّ أنه عندما يتضح أن حاجة الطفل أصبحت ماسّة لتلقي برامج وخدمات أخرى ، فإنه لا بد من تدخل فريق متكامل خاصة عندما تظهر تأثيرات الإصابة على استقلالية الفرد وتفاعله الاجتماعي واستقراره النفسي وتحصيله الأكاديمي ، فإنه يتعين في مثل هذه الحالات إضافة إلى تقديم البرامج الصحية والعلاجية المتخصصة توفير خدمات تربوية خاصة واجتماعية و تأهيلية متخصصة أيضاً ويُعد أخصائي التربية الخاصة في مثل هذه الحالة عضواً رئيسياً في فريق العمل المتخصص الذي يشرف على برنامج الطفل . ويتلخص دوره في التنسيق مع مختلف التخصصات الطبية والتأهيلية بهدف المحافظة على الشخص المصاب من الناحية الصحية وفي نفس الوقت تطوير المهارات والقدرات التي يمتلكها للوصول به إلى

أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية (سليمان ، ٢٠٠١م).

أنواع وأشكال الوسائل التعليمية المناسبة للمعاقين حركياً

السبورة-اللوحة الوبرية-اللوحة المغناطيسية-لوحات الحائط-الحلقات الملونة-المذياع-المتاحف-التشكيل بالصلصال-العاب العرائس-المكعبات التشكيلية-البطاقات المصورة والبطاقات الرقمية-دفتر الحصة ودفتر التقويم-الصور المعتمة-الخرائط الرسوم البيانية-النماذج والعينات-المعارض والمتاحف-الإذاعة المدرسية الداخلية-أجهزة التسجيل الصوتي.

التعامل مع المشاكل السلوكية للمعاقين حركياً أثناء التدريب

أ – **مثال المشكلة** : الحركة الزائدة لدي بعض الطلبة أثناء شرح المهارات التعليمية يتم السيطرة عليها وتحجيمها للهدف المرغوب وهو توصيل المهارات التعليمية للطلاب .
وسيلة الحل للمشكلة: نقوم بإخراج الطالب ذو الحركات الزائدة للقيام بالمشاركة في العملية التعليمية على السبورة مثلا و يقوم بحمل البطاقات التعليمية عليها وتفرغ هذه الحركة في صلب شرح المهارة للطلاب.

ب – **مثال المشكلة** : تشتت ذهن الطالب خلال شرح المهارات التعليمية كأن يركز الطالب المعاق عقليا على شيء خارج الفصل.

وسيلة الحل للمشكلة : نقوم باستخدام الوسائل التعليمية المثيرة لانتباه الطلاب كالعرائس عند الشرح والقيام بالشرح عن طريق استخدام الألعاب مما يحفز الطلاب على التركيز أثناء الشرح.

ج – **مثال المشكلة** : الفوضى والمشاغبة أثناء الشرح في الحصة .

وسيلة حل المشكلة : استخدام أسلوب التعزيز الايجابي فيكون التعزيز الايجابي بإعطاء حلوى أو بسكويت للطلبة المؤدبين فيثير ذلك الدافعية لدي الطلاب للهدوء للحصول على

المعزز الايجابي مثل الطالب السابق.

الوقاية من الإعاقة الحركية

طرق الوقاية من الإعاقة الحركية

١-**الوقاية الأولية " Primary Prevention "** : تتضمن الوقاية الأولية جميع الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل حدوث المرض وذلك بهدف خفض أعداد الأطفال المعوقين في المجتمع . وتهتم برامج الوقاية الأولية بفئات المجتمع وبالأسر الأكثر عرضة من غيرها للإعاقة لأسباب محددة ، كذلك فهي توجه نحو تثقيف المجتمع عموماً من الناحية الصحية ، وعلى وجه التحديد تعمل الوقاية الأولية على تحسين المستوى الصحي من خلال اكتشاف عوامل الخطر وإزالتها ، وذلك يمكن تحقيقه من خلال حماية الأمهات ورعايتهن قبل الولادة وأثناءها ، وحماية الأطفال ورعايتهم عبر التطعيمات وتحسين المستوى الغذائي والوقاية من العوامل المؤدية لنقص الأكسجين والإرشاد الجيني.

٢-**الوقاية الثانوية " Secondary Prevention "** : أما الوقاية الثانوية فتتضمن بذل جهود بعد حدوث المرض وقبل حدوث العجز . وذلك يشمل الحدّ من شدة المرض أو مدته . ومن الناحية الطبية ، فالوقاية الثانوية تعني استعادة القدرات الجسمية والصحية وبالتالي خفض أعداد الأطفال العاجزين . وبناءً على ذلك ، تهتم البرامج الوقائية الثانوية بالكشف عن الأطفال المرضى والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر . كذلك ينصب الاهتمام في هذه البرامج على إثراء بيئة الطفل ، وتوفير الرعاية الطبية المكثفة والمتواصلة ، وتوظيف الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية للأطفال .

٣-**الوقاية الثلاثية " Tertiary Prevention "** : تحدث الوقاية الثلاثية بعد حدوث العجز ، وتهدف إلى وقف تدهور حالة الطفل . إنها تهدف أساساً إلى الحدّ من التأثيرات المرافقة أو الناجمة عن الحالة وضبط المضاعفات . وتتضمن الوقاية الثلاثية توفير

خدمات الإرشاد الجيني والإرشاد الأسري ، الأطراف الاصطناعية والمساعدة عند الحاجة ، والتربية الخاصة والتأهيل ، والعلاج النطقي والطبيعي والوظيفي والنفسي ، وتعديل الاتجاهات في المجتمع وتكييف البيئة . (الحديدي ، الخطيب ، ١٩٩٧م)

البدائل التربوية للطفل المعاق حركياً

وينبغي تحديد البديل التربوي المناسب لذلك طفل بناءً على ما يلي:

١- مستوى البصر الوظيفي للطفل.

٢- نتائج الفحوصات الصحية العامة.

٣- نتائج التقييم النفسي.

٤- ملاحظات المعلمين وتقاريرهم.

٥- آراء الآباء وتوقعاتهم

الفصل السابع : الإعاقة الإنفعالية

لقد بذلت جهود مختلفة لتحديد ماهية السلوك العادي وتعريفه ، وما هو السلوك المنحرف من قبل كلاريزيو و مكوي ، وقد اقترحا استخدام المحكات التالية لتقييم التعريفات المتعلقة بالاضطراب السلوكي والانفعالي وهي :

- المستوى النمائي للفرد .
- الجنس .
- المجموعة الثقافية التي ينتمي اليها الفرد .
- مستوى التساهل او التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل .

لقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والشباب التي حددت من قبل الأطباء النفسيين ، والمربيين ، والأخصائيين النفسيين والقانونيين . وقد استخدمت تسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها :

- سوء التكيف الاجتماعي .
- الاضطرابات الانفعالية .
- الاضطرابات السلوكية .
- الإعاقة الانفعالية .
- الانحراف .

تعريف الاعاقة الإنفعالية :

لا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية . ويعود عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام إلى أسباب متعددة ومن تلك الأسباب :

- عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية .
- صعوبة قياس السلوك والانفعالات .
- تباين السلوك والعواطف .

- تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة .
- تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك .
- تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربيين و تخدمهم .

ومن التعريفات الأكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو الذي طوره بور وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين ، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال ويعني وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصييل الأكاديمي ، وهذه الصفات هي :

١. عدم القدرة على التعلم .
٢. عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين .
٣. ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة .
٤. مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب .
٥. النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل : المخاوف والمشكلات المدرسية .

تصنيفات الإعاقة الانفعالية :

هناك تصنيف طبي نفسي وتصنيف تربوي وعلى المعلمين أن يكونوا على دراية بكلا التصنيفين ، وذلك لوضع خطة تربوية فردية من قبل الفريق ويظهر الجدول التالي المقارنة بينهما :

١. التصنيفات الطبية النفسية
٢. التصنيفات التربوية
٣. اضطراب تطور اللغة
٤. اضطرابات الاتصال
٥. اضطرابات فصامية
٦. إعاقة انفعالية شديدة

٧. اضطراب الاكتئاب بعد حادث معين
٨. اضطراب السلوك
٩. اضطراب تطور القراءة
١٠. اضطراب القدرة على التعلم

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة :

المجال الجسمي والبيولوجي :

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية وكذلك البيوكيميائية أو بتلك العوامل المجتمعة ، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه .

مجال العائلة والأسرة :

يعزي الأخصائيون أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالدية ، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور ألنمائي البكر للطفل . وأن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

مجال المدرسة :

يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة ، والبعض الأخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية ويمكن لهؤلاء الاطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو اسوء من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف .

مجال المجتمع :

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وهنا تجدر الاشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سؤ التغذية ، والعائلات المفككة والحي العنيف .

أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية و الانفعالية :

النظرية السلوكية :

تعتبر النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي ، وكان لها تطبيقات عمليه في الميدان القيادي والتربوي ، وفد أستخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية . والقوانين في هذ التوجه مشتقه من التعلم وتكز التجارب على تعلم سلوكات جديدة مقبولة والعمل على تقليل السلوكات غير المناسبة

النظرية التحليلية :

لنظرية التحليل النفسي جانبان ، أحدهما تطوري لكونه يعنى بالاصول التاريخية للنفس ، وهي في الوقت نفسه نظرية ديناميكية ، لأنها تعنى بالإضافة إلى ذلك بالمظاهر الحالية للشخصية من حيث تنضيمها وعملها .

تنظر مدرسة التحليل النفسي إلى عدم ملائمة السلوك على أنه نتيجة للصراع بين مكونات الشخصية وهي :

ألهو _ والأنا _ والأنا الأعلى

أما ألهو:

هومنبع الطاقة الحيوية والغرائز.

أما الأنا:

فهو مركز الشعور والإدراك الحسي وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى والواقع لذلك يحاول الأنا حل الصراع فإذا نجح كان الشخص سوياً

ألانا الأعلى:

هي مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير.

صفات الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا :

من أكثر الصفات شيوعا من الناحية الاجتماعية والانفعالية : العدوانية والانسحاب .

السلوك العدواني :

يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهورا لديهم مثل : الضرب والقتال والصراخ ورفض الأوامر .

هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين ، ولكنها ل تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكيا و انفعاليا ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة و ايجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام .

يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن لمه نشاط زائد أو إصابة بالدماغ وبعضهم يطلق عليهم سيكوباثيين لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطاء ولا نستطيع مقاومته بطرق السلوك المزعج العادية .

ومثل هؤلاء الأشخاص غالبا ما يصرخ عليهم ويعاقبون لذلك يجب أن نرى التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل .

السلوك ألانسحابى وغير الناضج اجتماعيا :

الانسحاب وعدم النضج الاجتماعي من صفات الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاعتمادية وهو م يرى بالانفصام الطفولي ومثل هذه الاضطرابات تحمل مستقبل سيء بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل .

لا يستطيع المضطربون سلوكيا وانفعاليا بدرجة بسيطة ومتوسطة لتطوير علاقات إنسانية طبيعية و مستمرة .

وهناك إمكانية لتعليم الأطفال الانسحابيين وغير الناضجين اجتماعيا المهارات التي يعجزون عن القيام بها ، وذلك من خلال توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم استجابات مناسبة وممارستها ، وان ندعهم يشاهدون نماذج لسلوكات اجتماعية مناسبة وتعزيز

السلوكات التي تتحسن .

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا :

يوجد خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم :

الفهم والاستيعاب :

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة ، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة ، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة .

الذاكرة :

بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة ، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل: الملابس و موقع صفوفهم و كذلك قوانين السلوك

القلق :

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب ، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجولون و انسحابيون ولا يشتركون بسلوكات هادفة في بيئتهم .

السلوك الهادف إلى جذب الانتباه :

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي ، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين ، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده .

مثل : الصراخ ، المرح الصاخب ،أو الأخذ بآخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي .

مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة ، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه .

السلوك الفوضوي :

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة ، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم ، والضحك ، والتصفيق .

العدوان الجسدي :

عبارة عن القيام بسلوكات جديدة عدائية ضد الذات و الآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف والعدوان الجسدي ضد النفس .

العدوان اللفظي :

هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء وهو يوصف بعبارات تحطيم الذات كالقول أنا غبي أحمق . والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي للذات .

عدم الاستقرار :

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع ، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور ، ونم السلوك العدواني إلى السلوك ألانسحابي وهذا التقلب في المزاج غير متنباء به .

عدم الانتباه :

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما .

الاندفاع :

هو الاستجابة الفورية لأي مثير ، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة ، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون .

النشاط الزائد :

هو النشاط الجسدي المستمر وطويل البقاء .

الانسحاب :

هو سلوك انفعالي يتضمن الترك أو الهرب من مواقف الحياة ويوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل.

خصائص خاصة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا :

العجز فى مهارات الحياة اليومية :

يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات ، فمنهم غير قادرين على ارتداء ملابسهم أو إطعام أنفسهم بمفردهم من عمر (٥ – ١٠) سنوات

انحراف الإدراك الحسى :

من الشائع أن يعتقد البعض بأن كثير من الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد أنهم مكفوفون ـو صم أي أنه لا يستجيب إلى المؤثرات البصرية والسمعية .

انحراف اللغة والكلام :

معظم الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بدرجة شديدة لا يتكلمون أبدا أو يظهرون عدم فهم اللغة أو يرددون كل ما يسمعون دون إضافة أي شيء .

الإثارة الذاتية :

السلوك النمطي أو المتكرر الذي يفيد فقط في إثارة الحواس هو شائع لدى الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا بدرجة شديدة ، وإثارة الذات ممكن أن تأخذ اشكالا عدة مثل الحركة المستمرة ، أو الضرب باليدين على الأشياء .

سلوك إيذاء الذات :

يؤذي بعض الأطفال المضطربين انفعاليا و سلوكيا أنفسهم بدرجة شديدة عن قصد بشكل متكرر .

ويبدون أنهم فاقدو الحس . وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة تتضمن

العض ، وخدش الجلد ، والطعن .

العدوان ضد الآخرين :

يقوم الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا بدرجة شديدة بتفريغ انفعالاتهم بشكل ضرب وإيذاء وعدوان ضد الآخرين .

التكهن بمستقبل حالتهم ضعيف :

فهم في مستوى المعاقين عقليا ،ويتطلب وضعهم إشرافا ورعاية دائمين حتى بعد سنوات .

الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي :

هناك عدد من البرامج في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الفوضوي ومن هذه الخدمات :

- المقابلات النفسية .
- استخدام برامج تعديل السلوك .
- لعب الدور .
- السايكودراما (الدراما النفسية) .
- الموسيقى .
- الكتابه الإبداعية .
- الفنون .

أنواع العلاج للمضطربين سلوكيا وانفعاليا :

العلاج النفسي :

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيض الأعراض المزعجة .

يتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة منها:

عمر الأطفال ، فالأطفال الأصغر عمراً يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين . أما الأطفال الأكبر عمراً وبخاصة المراهقون فإن العكس هو الصحيح .

علاج الوالدين :

يجد الطبيب نفسه أحيانا غير قادر عل مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين وعدم مساعدتهم له أو عدم تشجيعهم له ، وقد يكون ذلك ناجماً عن وجود مشكلات نفسيه لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لأبنهم .

العلاج النفسى الجماعى :

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي وهي :

- الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصيه و الإنفعاليه و السلوكية .
- مجموعات لعب وتبادل الأدوار

ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته .

العلاج العائلى :

يتم التعامل مع العائلة كمجموعه واحده .

العلاج المهنى :

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية والفردية في النشاطات والمهمات اليدوية.

ومن الخدمات النفسية الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً :

- الخدمات النفسية الطارئة .

- خدمات الصحة العقلية و النفسية في المدارس .
- خدمات المستشار النفسي الاجتماعي في المدارس .

الخدمات الطبيه :

وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة و إثنائها وبعدها . وإجراء الفحوصات الجسدية والعقلية العامة وإعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي .

الخدمات الاجتماعية :

يوجد عدد من الخدمات الإجتماعيه التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن وخدمات إعادة التأهيل المهني .

تسهيلات السكن :

وتشمل المصحات العقلية العامة والخاصة والمراكز النفسية .

برنامج إعادة التأهيل :

يعتبر من أهم المشاريع التي تم إستخدامها في امريكا للأطفال المضطربين او الهدف من هذا المشروع هو تطوير وتقيم أداء فاعلية المراكز الداخلية .

ويتم التركيز على هذه الأهداف بالوسائل التاليه :

- إعادة ثقة الطفل بمجتمع الكبار .
- مساعدة الطفل على النمو العادي .
- توفير الوسائل والمصادر .
- مساعدة مجتمع المعلمين على فهم مشكلات الأطفال .
- مساعدة الطفل على تحديد اهدافه .
- مساعدة الطفل على التخلص من بعض العادات التي تساهم في رفضه من قبل المدرسه .
- مساعدة الطفل على تكوين شعور بالإنتماء لمجتمعه

الفصل الثامن : التوحد

مرض التوحد (أو الذاتوية - Autism) هي أحد الاضطرابات التابعة لمجموعة من اضطرابات التطور المسماة باللغة الطبية "اضطرابات في الطيف الذاتويّ" (Autism Spectrum Disorders - ASD) تظهر في سن الرضاعة، قبل بلوغ الطفل سن الثلاث سنوات، على الأغلب.

بالرغم من اختلاف خطورة وأعراض مرض التوحد من حالة إلى أخرى، إلا أن جميع اضطرابات الذاتوية تؤثر على قدرة الطفل على الاتصال مع المحيطين به وتطوير علاقات متبادلة معهم.

تُظهر التقديرات أن ٦ من بين كل ١٠٠٠ طفل في الولايات المتحدة يعانون من مرض التوحد وأن عدد الحالات المشخصة من هذا الاضطراب تزداد باضطراد، على الدوام.

من غير المعروف، حتى الآن، ما إذا كان هذا الازدياد هو نتيجة للكشف والتبليغ الأفضل نجاعة عن الحالات، أم هو ازدياد فعليّ وحقيقي في عدد مصابي مرض التوحد، أم نتيجة هذين العاملين سوية.

بالرغم من عدم وجود علاج لمرض التوحد، حتى الآن، إلا أن العلاج المكثف والمبكر، قدر الإمكان، يمكنه أن يُحدث تغييرا ملحوظا وجديا في حياة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

أعراض مرض التوحد

اعراض التوحد

الاطفال المصابون بمرض التوحد يعانون، أيضا وبصورة شبه مؤكدة، من صعوبات في ثلاثة مجالات تطورية أساسية، هي:

- العلاقات الاجتماعية المتبادلة
- اللغة
- السلوك.

نظرا لاختلاف علامات وأعراض مرض التوحد من مريض إلى آخر، فمن المرجح أن يتصرف كل واحد من طفلين مختلفين، مع نفس التشخيص الطبي، بطرق مختلفة جدا وأن تكون لدى كل منهما مهارات مختلفة كليا.

لكن حالات مرض التوحد شديدة الخطورة تتميز، في غالبية الحالات، بعدم القدرة المطلق على التواصل أو على إقامة علاقات متبادلة مع أشخاص آخرين.

تظهر أعراض التوحد عند أغلب الاطفال، في سن الرضاعة، بينما قد ينشأ أطفال آخرون ويتطورون بصورة طبيعية تماما خلال الأشهر أو السنوات، الأولى من حياتهم لكنهم يصبحون، فجأة، منغلقين على أنفسهم، عدائيين أو يفقدون المهارات اللغوية التي اكتسبوها حتى تلك اللحظة.

خصائص ومميزات أطفال التوحد

بالرغم من أن كل طفل يعاني من اعراض مرض التوحد، يظهر طباعا وأنماطا خاصة به، إلا أن المميزات التالية هي الأكثر شيوعا لهذا النوع من الاضطراب:

المهارات الاجتماعية

- لا يستجيب لمناداة اسمه
- لا يُكثر من الاتصال البصريّ المباشر
- غالبا ما يبدو أنه لا يسمع محدّثه
- يرفض العناق أو ينكمش على نفسه
- يبدو إنه لا يدرك مشاعر وأحاسيس الآخرين
- يبدو أنه يحب أن يلعب لوحده، يتوقع في عالمه الشخص الخاص به
- المهارات اللغوية
- يبدأ الكلام (نطق الكلمات) في سن متأخرة، مقارنة بالأطفال الآخرين
- يفقد القدرة على قول كلمات أو جمل معينة كان يعرفها في السابق

- يقيم اتصالا بصريا حينما يريد شيئا ما
- يتحدث بصوت غريب أو بنبرات وإيقاعات مختلفة، يتكلم باستعمال صوت غنائي، وتيريّ أو بصوت يشبه صوت الإنسان الآلي (الروبوت)
- لا يستطيع المبادرة إلى محادثة أو الاستمرار في محادثة قائمة
- قد يكرر كلمات، عبارات أو مصطلحات، لكنه لا يعرف كيفية استعمالها

السلوك

- ينفذ حركات متكررة مثل، الهزاز، الدوران في دوائر أو التلويح باليدين
- ينمّي عادات وطقوسا يكررها دائما
- يفقد سكينته لدى حصول أي تغير، حتى التغيير الأبسط أو الأصغر، في هذه العادات أو في الطقوس
- دائم الحركة
- يصاب بالذهول والانبهار من أجزاء معينة من الأغراض، مثل دوران عجل في سيارة لعبة
- شديد الحساسية، بشكل مبالغ فيه، للضوء، للصوت أو للمس، لكنه غير قادر على الإحساس بالألم
- يعاني الأطفال صغيرو السن من صعوبات عندما يُطلب منهم مشاركة تجاربهم مع الآخرين. وعند قراءة قصة لهم، على سبيل المثال، لا يستطيعون التأشير بإصبعهم على الصور في الكتاب. هذه المهارة الاجتماعية، التي تتطور في سن مبكرة جدا، ضرورية لتطوير مهارات لغوية واجتماعية في مرحلة لاحقة من النمو.

كلما تقدم الأطفال في السن نحو مرحلة البلوغ، يمكن أن يصبح جزء منهم أكثر قدرة واستعدادا على الاختلاط والاندماج في البيئة الاجتماعية المحيطة، ومن الممكن أن يُظهروا اضطرابات سلوكية أقل من تلك التي تميز مرض التوحد. حتى أن بعضهم

ينجح في عيش حياة عادية أو نمط حياة قريبا من العادي والطبيعي.

في المقابل، تستمر لدى آخرين الصعوبات في المهارات اللغوية وفي العلاقات الاجتماعية المتبادلة، حتى أن بلوغهم يزيد، فقط، مشاكلهم السلوكية سوءا وترديا.

قسم من الأطفال، بطيئون في تعلم معلومات ومهارات جديدة. ويتمتع آخرون منهم بنسبة ذكاء طبيعية، أو حتى أعلى من أشخاص آخرين، عاديين. هؤلاء الأطفال يتعلمون بسرعة، لكنهم يعانون من مشاكل في الاتصال، في تطبيق أمور تعلموها في حياتهم اليومية وفي ملاءمة / أقلمة أنفسهم للأوضاع والحالات الاجتماعية المتغيرة.

قسم ضئيل جدا من الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد هم مثقفون ذاتويّون وتتوفر لديهم مهارات استثنائية فريدة، تتركز بشكل خاص في مجال معين مثل الفن، الرياضيات أو الموسيقى.

أسباب وعوامل خطر مرض التوحد

ليس هنالك عامل واحد ووحيد معروفا باعتباره المسبب المؤكد، بشكل قاطع، لمرض التوحد. ومع الأخذ بالاعتبار تعقيد المرض، مدى الاضطرابات الذاتوية وحقيقة انعدام التطابق بين حالتين ذاتويتين، أي بين طفلين ذاتويين،

فمن المرجح وجود عوامل عديدة لاسباب مرض التوحد.

اعتلالات وراثية:

اكتشف الباحثون وجود عدة جينات يرجح أن لها دورا في التسبب بالذاتوية. بعض هذه الجينات يجعل الطفل أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب، بينما يؤثر بعضها الآخر على نمو الدماغ وتطوره وعلى طريقة اتصال خلايا الدماغ فيما بينها. ومن الممكن أن جينات إضافية، أخرى، تحدد درجة خطورة الأمراض وحدتها.

قد يكون أي خلل وراثي، في حد ذاته وبمفرده، مسؤولا عن عدد من حالات الذاتوية، لكن يبدو، في نظرة شمولية، إن للجينات، بصفة عامة، تأثيرا مركزيا جدا، بل حاسما،

على اضطراب الذاتوية. وقد تنتقل بعض الاعتلالات الوراثية وراثيا (موروثة) بينما قد تظهر أخرى غيرها بشكل تلقائي (Spontaneous).

عوامل بيئية:

جزء كبير من المشاكل الصحية هي نتيجة لعوامل وراثية وعوامل بيئية، مجتمعة معا. وقد يكون هذا صحيحا في حالة الذاتوية، أيضا. ويفحص الباحثون، في الآونة الأخيرة، احتمال أن تكون عدوى فيروسية، أو تلويثا بيئيا (تلوث الهواء، تحديدا)، على سبيل المثال، عاملا محفزا لنشوء وظهور مرض التوحد.

عوامل أخرى:

ثمة عوامل أخرى، أيضا، تخضع للبحث والدراسة في الآونة الأخيرة، تشمل: مشاكل أثناء مخاض الولادة، أو خلال الولادة نفسها، ودور الجهاز المناعي في كل ما يخص الذاتوية. ويعتقد بعض الباحثين بأن ضررا (إصابة) في اللوزة (Amygdala) - وهي جزء من الدماغ يعمل ككاشف لحالات الخطر - هو أحد العوامل لتحفيز ظهور مرض التوحد.

تتمحور إحدى نقاط الخلاف المركزية في كل ما يتعلق بالتوحد في السؤال عما إذا كانت هنالك أية علاقة بين التوحد وبين جزء من اللقاحات (Vaccines) المعطاة للأطفال، مع التشديد، بشكل خاص، على التطعيم (اللقاح) الثلاثي (MMR Triple vaccine -) الذي يعطى ضد النكاف (Mumps)، الحصبة (Rubeola / Measles) والحُمَيراء (الحصبة الألمانية - Rubella / German Measles) ولقاحات أخرى تحتوي على الثيميروسال (Thimerosal)، وهو مادة حافظة تحتوي على كمية ضئيلة من الزئبق.

عوامل خطر الإصابة بالتوحد

قد تظهر الذاتوية لدى أي طفل من أي أصل أو قومية، لكن هنالك عوامل خطر معروفة تزيد من احتمال الإصابة بالذاتوية. **وتشمل هذه العوامل** :

جنس الطفل: أظهرت الأبحاث أن احتمال إصابة الأطفال الذكور بالذاتوية هو أكبر بثلاثة ـ أربعة أضعاف من احتمال إصابة الإناث

التاريخ العائلي: العائلات التي لديها طفل من مرضى التوحد، لديها احتمال أكبر لولادة طفل أخر مصاب بالمرض. ومن الأمور المعروفة والشائعة هو أن الوالدين أو الأقارب الذين لديهم طفل من مرضى التوحد يعانون، هم أنفسهم، من اضطرابات معينة في بعض المهارات النمائية أو التطورية، أو حتى من سلوكيات ذاتوية معينة.

اضطرابات أخرى: الأطفال الذين يعانون من مشاكل طبية معينة هم أكثر عرضة للإصابة بالذاتوية. هذه المشاكل الطبية تشمل: متلازمة الكروموسوم X الهَشّ (Fragile x syndrome)، وهي متلازمة موروثة تؤدي إلى خلل ذهني، التَصَلُّبٌ الحَدَبِيّ (Tuberous sclerosis)، الذي يؤدي إلى تكوّن وتطور أورام في الدماغ، الاضطراب العصبي المعروف باسم "متلازمة توريت" (Tourette syndrome) والصرع (Epilepsy) الذي يسبب نوبات صرعية.

سن الوالد: يميل الباحثون إلى الاعتقاد بأن الأبوة في سن متأخرة قد تزيد من احتمال الاصابة بالتوحد.

قد أظهر بحث شامل جدا أن الأطفال المولودين لرجال فوق سن الأربعين عاما هم أكثر عرضة للإصابة بالذاتوية بـ ٦ أضعاف من الأطفال المولودين لآباء تحت سن الثلاثين عاما. ويظهر من البحث أن لسن الأم تأثيرا هامشيا على احتمال الإصابة بالذاتوية.

تشخيص مرض التوحد

يجري طبيب الأطفال المعالج فحوصات منتظمة للنمو والتطور بهدف الكشف عن تأخر في النمو لدى الطفل.

في حال ظهرت اعراض التوحد لدى الطفل، يمكن التوجه إلى طبيب اختصاصي في علاج التوحد، الذي يقوم، بالتعاون مع طاقم من المختصين الآخرين، بتقييم دقيق للاضطراب.

نظرا لأن مرض التوحد يتراوح بين درجات عديدة جدا من خطورة المرض وحدة أعراضه، فقد يكون تشخيص الذاتوية مهمة معقدة ومركبة، إذ ليس هنالك ثمة فحص طبي محدد للكشف عن حالة قائمة من الذاتوية.

وبدلا من ذلك، يشمل التقييم الرسمي للذاتوية معاينة الطبيب المختص للطفل، محادثة مع الأهل عن مهارات الطفل الاجتماعية، قدراته اللغوية، سلوكه وعن كيفية ومدى تغيّر هذه العوامل وتطورها مع الوقت.

وقد يطلب الطبيب، بغية تشخيص اعراض التوحد، إخضاع الطفل لعدة فحوصات واختبارات ترمي إلى تقييم قدراته الكلامية واللغوية وفحص بعض الجوانب النفسية.

وبالرغم من أن اعراض التوحد الأولية تظهر، غالبا، في ما قبل سن الـ ١٨ شهرا، إلا أن التشخيص النهائي يكون، في بعض الأحيان، لدى بلوغ الطفل سن السنتين أو الثلاث سنوات، فقط، عندما يظهر خلل في التطور، تأخير في اكتساب المهارات اللغوية، أو خلل في العلاقات الاجتماعية المتبادلة، والتي تكون واضحة في هذه المرحلة من العمر.

وللتشخيص المبكر أهمية بالغة جدا، لأن التدخل المبكر، قدر الإمكان، وخصوصا قبل بلوغ الطفل سن الثلاث سنوات، يشكل عنصرا هاما جدا في تحقيق أفضل الاحتمالات والفرص لتحسن الحالة.

علاج مرض التوحد

لا يتوفر، حتى يومنا هذا، علاج واحد ملائم لكل المصابين بنفس المقدار. وفي الحقيقة، فإن تشكيلة العلاجات المتاحة لمرضى التوحد والتي يمكن اعتمادها في البيت أو في المدرسة هي متنوعة ومتعددة جدا، على نحو مثير للذهول.

بإمكان الطبيب المعالج المساعدة في إيجاد الموارد المتوفرة في منطقة السكن والتي يمكنها أن تشكل أدوات مساعدة في العمل مع الطفل مريض التوحد.

علاج التوحد يشمل

- العلاج السلوكي (Behavioral Therapy) وعلاجات أمراض النطق واللغة (Speech - language pathology)
- العلاج التربوي - التعليميّ
- العلاج الدوائي.
- العلاجات البديلة

نظرا لكون مرض التوحد حالة صعبة جدا ومستعصية ليس لها علاج شاف، يلجأ العديد من الأهالي إلى الحلول التي يقدمها الطب البديل (Alternative medicine).

رغم أن بعض العائلات أفادت بأنها حققت نتائج ايجابية بعد علاج التوحد بواسطة نظام غذائي خاص وعلاجات بديلة أخرى، إلا أن الباحثين لا يستطيعون تأكيد، أو نفي، نجاعة هذه العلاجات المتنوعة على مرضى التوحد.

بعض العلاجات البديلة الشائعة جدا تشمل:

علاجات إبداعية ومستحدثة

أنظمة غذائية خاصة بهم.

كيف تكتشف إصابة طفلك بالتوحد

يكون تأثيرالتوحد فى الغالب على العواطف ، حركات الجسد و مهارات الإتصال . بعض الأطفال قد يعانون من كبر حجم المخ و الدماغ وذلك نتيجة للنمو غير الطبيعى للمخ ، الجينات الغير طبيعية التى تنتقل فى العائلات قد تكون السبب فى ذلك ومازالت الأبحاث مستمرة لتجد طريقة لتشخيص التوحد عن طريق فحص المخ.

الفحص المبكر للتوحد

عدد من الأطفال لا يتم تشخيصهم حتى سن قبل المدرسة ، وقد يفقدون المساعدة التى تُقدم لمثلهم فى سن مبكرة ولذلك فإن الإرشادات تدعو لفحص الطفل عند تسعة أشهر

لمعرفة إذا كان يعانى من تأخر فى اكتساب المهارات . ولذلك يجب الفحص جيداً للأطفال عند عمر السنة ونصف والسنتين وكذلك عند الأطفال الذين يعانون من مشكلات فى السلوك أو التعامل أو لديهم تاريخ عائلى خاص بالتوحد. Advertisement -يتم تشخيص الحالة عن طريق تقييم مشكلات الكلام ، ضعف مهارات الكلام ويقوم الطبيب بعد ذلك بتقييم الطفل كلياً.

مشكلات الكلام

خلال الفحص المنتظم لطفلك يلاحظ الطبيب رد فعل الطفل للصوت ، للإبتسامة والتعبيرات الأخرى. عند وجود أى مشكلة لابد من الرجوع إلى أخصائى تخاطب .أيضاً يحتاج الطفل إلى أختبار السمع ، فى الغالب يتحدث معظم أطفال التوحد ولكن بسن متقدم عن غيرهم من الأطفال.

ضعف المهارات الإجتماعية

يستطيع الأخصائى النفسى التعرف على المشكلات الإجتماعية التى يعانى منها الطفل ، قد يمنع الطفل الإتصال بالعين حتى مع والديه ، ومن الممكن أيضاً أن يقومو بالتركيز على شيئ معين ولا ينتبهوا لأى شئ آخر لمدة طويلة ، و أيضاً فهم لا يستخدمون لغة الجسد و الإيماءات و تعبيرات الوجه للإتصال الإجتماعي .

تقييم الطفل

لا يوجد اختبارات طبية لتقييم الطفل ولكن نحتاج لعمل بعض الفحوصات لإختبار فقد السمع ، التسمم بالرصاص أو مشكلات النمو الغير متعلقة بالتوحد ، قد يحتاج الآباء الإجابة على بعض الأسئلة ليتعرف الطبيب على سلوك الطفل ويقييم مهاراته الإجتماعية.العلاج قبل عمر الثلاث سنوات له دور عظيم فى تحسين حالة الطفل.

متلازمة اسبرجر

غالباً لا يعانى الأطفال فى هذة الحالة من إنخفاض معدل الذكاء أو مشكلة بالكلام ،

ولكن فى الحقيقة هم يتمتعون بمهارات شفهية عالية ، ولكن قد يعانون من مشاكل فى التواصل الإجتماعى وفهم تعبيرات الوجه.

علاج حالات التوحد

يستلزم الاعتماد على طرق كثير وهى :

- برامج العلاج السلوكى
- هذة البرامج تساعد الطفل على تعلم الكلام و الإتصال والتعامل مع الآخرين بصورة أفضل.
- شجع الطفل للقيام بأفعال إيجابية وإبعادة عن الأفعال السلبية.

التعليم

يحتاج هؤلاء الأطفال لمدارس خاصة بها خدمات مُعدة خصيصاً لهم لعلاج الكلام وكذلك علاج المشاكل الوظيفية التى يقابلها الطفل.

العلاج الدوائى

لايتم علاج التوحد دوائياً ، ولكن يتم علاج بعض المشكلات السلوكية المصاحبة له مثل حالات الإكتئاب عن طريق استخدام مضادات الإكتئاب ، و أيضاً إذا كان الطفل يعانى من التشنجات يمكن استخدام مضادات التشنج لمثل هذه الحالات.

الإندماج الحسى

قد يعانى أطفال التوحد من حساسية زائدة للأصوات و للروائح و اللمس و الرؤية والتذوق ، لذا فإن مساعدة الأطفال على التكيف مع الأحاسيس المختلفة له نتائج هائلة فى تحسين حالتهم .

التوحد والتكنولوجيا المساعدة

يستطيع أطفال التوحد التعامل مع التكنولوجيا الحديثة والتى تقوم بتحويل الصور أو النصوص إلى كلام مسموع.

التوحد و تغذية الطفل

قد يعانى الطفل من مشكلات فى الهضم وأيضاً بعض الأطفال يعانون من مشكلة تناول أشياء آخرى غير الأطعمة كالأوراق أو الأتربة. Advertisement بعض الآباء يحاولون إعطاء طفلهم الأطعمة التى لاتحتوى على الجلوتين كالقمح أو الكازيين كاللبن ، آخرون يفضلون إعطاء طفلهم الأطعمة التى تحتوى على الماغنسيوم وفيتامين ب٦ .ولكن لا يوجد نظام غذائى معين يُتبع لأطفال التوحد ، حيث يقوم كل طبيب بمحاولات لمعرفة أى أنواع الأغذية تناسب الطفل حيث تختلف من طفل لآخر.

علاج غير تقليدى

تمتلئ شبكة الإنترنت أنواع مختلفة وجديدة من العلاج لأطفال التوحد مقدمة للآباء فاقدى الأمل ، ولكن قبل استخدام أى منها لابد من التأكد من آمنها وعدم وجود أى مخاطر على الطفل من الطبيب المعالج.

العلاقة بين التطعيمات ومرض التوحد

لا يوجد إتصال بين أخذ التطعيمات وحدوث التوحد ، ولكن مع ذلك فإن بعض الدراسات أشارت بأن أخذ تطعيم الحصبة والحصبة الألمانية قد يزيد من حدوثه.

التوحد بين الأشقاء

وجدت العديد من الدراسات أن وجود طفل لديه التوحد تكون نسبة حدوث التوحد لدى أشقائه ١٩% ، وعند وجود طفلين لديهم التوحد فى نفس الأسرة فإن نسبة حدوثه عند الطفل الثالث أعلى من ذلك ،وتزيد النسبة فى حالة الأشقاء التوأم لتكون ٣١ % ،وعندما يكون التوحد لدى طفل ولد فإن نسبة حدوثه للآخر تزداد بنسبة ٧١%.

تكيف طفل التوحد بالمدرسة

تكيف طفل التوحد بالمدرسة أمر ضرورى ويختلف ذلك من حالة لآخرى ، قد يتواجد الطفل بفصل فى مدرسة عامة وقد يحتاج إلى فصل خاص أو أن يتواجد فى مدرسة مخصصة أو أن يتم تعلمه فى منزله .

التعايش مع مرض التوحد

يمكن التعايش مع مرض التوحد فى نسبة كبيرة من المرضى والذين يملكون قدرات دماغية عالية ولديهم معدل ذكاء عالى ،المرضى الذين يعانون من إنخفاض معدل الذكاء يمكنهم التعايش والعمل وتحسين حالتهم إذا تم التعامل معهم جيداً وتدريبهم على كيفية التعايش باستقلال والتعامل مع حالتهم بصورة أفضل.

الفصل التاسع : صعوبات التعلم

صعوبات التعلم هي من أحدث ميادين التربية الخاصة واسرعها تطورا بسبب اهتمام الاهل والمهتمين بمشكلة الاطفال الذي يظهرون مشكلات تعلمية والتي لا يمكن تفسيرها بوجود الاعاقات العقلية والحسية والانفعالية، بالاضافة إلى ان مصطلح صعوبات التعلم قد لاقى قبولا أكثر من قبل الاهل.

الاشخاص الذين يظهرون صعوبات في التعلم لا تبدو عليهم أعراض جسمية غير عادية بل هم عاديون من حيث القدرة العقلية ولا يعانون من أي اعاقات سمعية أو بصرية أو جسمية وصحية أو اضطرابات انفعالية أو ظروف أسرية غير عادية، ومع ذلك فإنهم غير قادرين على تعلم المهارات الاساسية والموضوعات المدرسية مثل الانتباه او الاستماع او الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الحساب. وحيث إنه لم يقدم لمثل هؤلاء الاطفال أي خدمات تربوية وعلاجية في بادئ الامر، فقد طالب أهل هؤلاء الاطفال مساعدة المتخصصين من أجل حل مشكلة أبنائهم.

تعريف صعوبات التعليم :

تمت المحاولة الاولى لوضع تعريف محدد لصعوبات التعلم في عام ١٩٦٣ حيث اقترح كيرك التعريف التالي:

"يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، الكتابة، أو العمليات الحسابية نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية. ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي". (Kirk and Chalfant, 1948)

وفي عام ١٩٦٨ وضعت اللجنة الوطنية الاستشارية لشؤون المعوقين والتابعة لمكتب التربية الاميركي تعريفها مستندة إلى تعريف كيرك وقد اعتمد من قبل القانون الاميركي للمعوقين في سنة ١٩٧٥ وتعديلاته اللاحقة سنة ١٩٩٠ والذي ينص على

التالي:

"صعوبات التعلم الخاصة تشير إلى اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الاساسية اللازمة سواء لفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. وتظهر على نحو قصور في الاصغاء، أو التفكير، أو النطق، أو القراءة ، أو الكتابة ، أو التهجئة، أو العمليات الحسابية. ويتضمن هذا المصطلح أيضا حالات التلف الدماغي، والاضطرابات في الادراك، والخلل الوظيفي في الدماغ وعسر القراءة أو حبسة الكلام. ويستثنى من ذلك الاطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم يمكن أن تعزى للتخلف العقلي أو لتدني المستوى الثقافي الاجتماعي أو للصعوبات البصرية أو السمعية أو الحركية أو الانفعالية" (Education of All Children Act, 1975).

تم نقد هذا التعريف من قبل الكثير من المختصين لاستخدامه بعض العبارات التي يصعب وصفها إجرائيا مثل العمليات النفسية والاضطرابات في الادراك والخلل الوظيفي في الدماغ والبعض انتقده لإغفاله تحديد درجة شدة الاضطراب أو التأخر.

وبعد هذا التعريف كان هناك تعريفات عدة منها تعريف اللجنة الوطنية الاميركية لصعوبات التعلم NJCLD وصعوبات التعلم هي مجموعة متجانسة من الاضطرابات التي تتمثل في صعوبات واضحة في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع، الكلام، القراءة، الكتابة، الاستدلال الرياضي، يفترض أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي أو ربما تظهر مع حالات أخرى كالتخلف العقلي او العجز الحسي أو الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية أو متلازمة مع مشكلات الضبط الذاتي ومشكلات الادراك والتعامل الاجتماعي أو التأثيرات البيئية وليست نتيجة مباشرة لهذه الحالات أو التأثيرات، (فتحي الزيات، ١٩٩٨).

ومن التعريفات التي وضعت في هذا المجال بعض التعريفات التي حاولت التفريق بين صعوبات التعلم وبين الظروف الاخرى التي تؤثر في انخفاض التحصيل

العلمي حيث يوجد نمطين اساسيين من العوامل التي تؤثر في هذا الانخفاض وهي:

١. **عوامل خارجية:** وترجع إلى العوامل البيئية كالثقافية والاقتصادية والظروف الاجتماعية ونقص فرص التعليم والتعلم، وتمثلت هذه العوامل في تعريف الـ NJCLD في عبارة المؤثرات البيئية.
٢. **عوامل داخلية** : ترجع إلى ظروف داخل الفرد مثل التخلف العقلي والاعاقات الحسية والاضطرابات الانفعالية الشديدة وصعوبات التعلم وقد أشير إليها في تعريف اللجنة الوطنية الاستشارية لشؤون المعوقين من خلال الاضطرابات النفسية.

ذهب البعض إلى أن مشكلة القراءة واللغة هي جوهر صعوبات التعلم في حين أكد الاخرون أن الانتباه هو الاساس فيما اعتبر البعض الاخر أن الاضطرابات النفسية مثل الذاكرة والادراك هي الاساس أيضا.

أما الحكومة الاتحادية الاميركية فحددت عام ١٩٧٧ ثلاث أنواع من المشكلات:

١. **مشكلات لغوية**، تعبير شفهي مبني على الاستماع.
٢. **مشكلات القراءة والكتابة:** التعبير الكتابي ومهارات القراءة.
٣. **مشكلات رياضية** : اجراء العمليات الحسابية والاستدلال الرياضي.

أنواع صعوبات التعلم

وفي ضوء ذلك يمكن تطبيق صعوبات التعلم إلى مجموعتين:

- صعوبات التعلم النمائية
- صعوبات التعلم الاكاديمية

أولا: صعوبات التعلم النمائية

تشمل صعوبات التعلم النمائية المهارات السابقة التي يحتاجها الطفل بهدف

التحصيل في الموضوعات الاكاديمية، مثلا يتعلم الطفل كتابة اسمه عن طريق تطوير الكثير من المهارات مثل الادراك، تآزر البصري الحركي، الذاكرة...

فحين تضطرب هذه الوظائف بدرجة كبيرة ويعجز الطفل عن تعويضها من خلال وظائف أخرى ينتج عنها صعوبة لدى الطفل في تعلم الكتابة أو التهجئة أو إجراء العمليات الحسابية.

ثانيا: صعوبات التعلم الاكاديمية

هي المشكلات التي تظهر من قبل اطفالنا في المدارس وتشتمل على:

- صعوبات بالقراءة.
- صعوبات بالكتابة.
- صعوبات بالتهجئة والتعبير الكتابي.
- صعوبات بالحساب.

تحديد الاطفال ذوي صعوبات التعلم:

هناك ثلاث محكات يجب التأكد منها قبل ان نشخص صعوبات التعلم عند الطفل وهي:

- محك التباعد أو التباين
- محك الاستبعاد
- محك التربية الخاصة

أولا: محك التباعد والتباين:

يظهر الاطفال ذوي صعوبات التعلم تباعداً في إحدى الأمرين التاليين أو كليهما:

- تباعدا واضحا في نمو العديد من السلوكيات النفسية (الانتباه، والتميز واللغة والقدرة البصرية الحركية، والذاكرة وإدراك العلاقات .... وغيرها).

- تباعدا بين النمو العقلي العام أو الخاص والتحصيل الاكاديمي: ففي مرحلة ما قبل المدرسة عادة ما يلاحظ عدم الاتزان النمائي، في حين يلاحظ التخلف الاكاديمي في المستويات الصفية المختلفة.

ثانياً: محك الإستبعاد

إن تعريفات صعوبات التعلم تستبعد تلك الصعوبات التي يمكن تفسيرها بتخلف عقلي عام أو الاعاقات الحسية أو الاضطرابات الانفعالية أو نقص فرص التعلم.

إن السبب في استبعاد هذه الحالات قد يكون واضحا فالطفل الاصم لا يطور لغته بشكل طبيعي وفي هذه الحالة يحتاج الطفل إلى برنامج تربوي للصم بدلا من برنامج صعوبات التعلم لأنه قدراته البصرية والعقلية قد تكون عادية.

ثالثاً: محك التربية الخاصة :

الاطفال ذوي صعوبات التعلم لا يتعلمون بالطرق العادية ويحتاجون إلى طرق خاصة بالتعلم. إن الحاجة إلى طريقة خاصة تكون بسبب وجود بعض الاضطرابات النمائية التي تمنع أو تعيق قدرة الطفل على التعلم. يعتبر هذا المحك ضروريا إذ يتوجب على الفاحص القيام بإجراءات التشخيص المناسبة للكشف عن درجة التباعد بين القدرة والتحصيل وكذلك استبعاد كل الظروف حتى يحدد برنامجا علاجيا خاصا ومناسبا.

أسباب صعوبات التعلم:

ويمكن أن تصنف هذه الاسباب في فئات رئيسية ثلاث:

١. الاسباب العضوية والبيولوجية.
٢. الاسباب الوراثية.
٣. الاسباب البيئية.

الاسباب العضوية والبيولوجية:

يعتقد البعض أن الاطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من تلف دماغي بسيط يؤثر على بعض جوانب النمو العقلي وليس جميعها.

ومما تجدر الاشارة إليه أن التخطيط الدماغي لمعظم حالات صعوبات التعلم لا يظهر مثل ذلك الاضطراب في الموجات الدماغية مما يعني عدم وجود التلف الدماغي.

إن ضعف سند العلاقة السببية بين التلف الدماغي وصعوبات التعلم قاد بعض المختصين في المجال الطبي إلى تفضيل استخدام مصطلح خلل وظيفي بسيط في الدماغ (Minimal Brain Dysfunction) بدلا من مصطلح التلف الدماغي البسيط. ويشار في هذا المجال إلى ثلاثة مؤشرات سلوكية وعصبية هي: الضعف في التآزر البصري الحركي، والافراط في النشاط، وعدم انتظام النشاط الكهربائي في الدماغ.

هناك بعض الافتراضات البيولوجية الاخرى عن مظاهر مصاحبة لصعوبات التعلم ومنها المظاهر الجسمية غير الطبيعية لدى الاطفال قبل سن المدرسة كالتشوهات في شكل الجمجمة أو انخفاض موقع الأذنين في الجمجمة، أو كهربية الشعر.

الاسباب الوراثية:

يقول كالفانت (١٩٨٩) أنه برغم أن أهم الصعوبات التي تواجه الباحثين في هذا المجال هي صعوبة التفريق بين أثر العوامل الوراثية وأثر العوامل البيئية، فإن نتائج الدراسات في هذا المجال تشير إلى وجود أسباب وراثية.

الاسباب البيئية:

غالباً ما يشار إلى بعض العوامل البيئية كأسباب لصعوبات التعلم. ومن الملاحظ أن حالات صعوبات التعلم أكثر شيوعاً في أوساط الأطفال الذين ينتمون للطبقات الاجتماعية الأقل حظاً. ويعتقد بأن سوء التغذية ومحدودية الفرص للنمو والتعلم المبكر من الاسباب ذات الصلة.

وتتضمن الاسباب البيئية قائمة طويلة من العوامل المختلفة التي توردها المراجع العلمية في هذا الخصوص. ومن أهم تلك العوامل: سوء التغذية، والمواد المضافة للمنتجات الغذائية كمواد النكهة الصناعية والمواد الملونة الحافظة، وتدخين الام الحامل أو تعاطيها الكحول أو المخدارت. حتى أن البعض يضيف أثر إشعاعات شاشة التلفزيون ومصابيح الفلورسنت. ولا تزال هذه العوامل كغيرها من الاسباب المحتملة لصعوبات التعلم موضع البحث العلمي في هذا المجال في السنوات الاخيرة.

تشخيص صعوبات التعلم:

إن هناك إجراءات وطرائق متعددة لتنفيذ عملية الفحص والتشخيص، وبالتالي تقدم الخدمات التربوية وتتضمن هذه الاجراءات مراحل متعددة. وتطبيق اختبارات متنوعة، وجمع معلومات من مصادر كثيرة:

وفيما يلي بعض الاختبارات والاجراءات التي يمكن اعتمادها:

- الاختبارات المعيارية المرجع:

وهي الاختبارات التي يمكن أن نقارن أداء الفرد فيها بأداء أقرانه من الافراد من نفس العمر أو نفس الصف والتي من خلالها نستطيع الحكم على مستوى أداء الطفل، هل هو أقل أو أكثر أو مثل أقرانه.

- اختبارات العمليات النفسية:

وهذه الاختبارات بنيت أساسا على افتراض أن الصعوبات التعلم مسببة عن

صعوبات في القدرة أو العمليات اللازمة لعملية التعلم كالإدراك البصري والإدراك السمعي وتآزر حركة العين واليد وغيرها. ومن أكثر الاختبارات شهرة في هذا المجال اختبار الينويز للقدرات النفس اللغوية.

- اختبارات القراءة غير الرسمية:

وهي الاختبارات التي يصممها المعلم ويطبقها وبشكل محدد في مجال القراءة إذ

تتضمن فقرات مكتوبة متدرجة في الصعوبة يطلب من الطفل أن يقرأها بصوت مسموع. وعن طريق سماع ما يقرأه الطفل وتسجيل الاخطاء التي يقع فيها مثل حذف أو إضافة حرف أو إبدال آخر أو صعوبة في الفهم يمكن للمعلم أن يحدد مستوى الطالب القرائي.

- الاختبارات محكية المرجع:

وهي الاختبارات التي يتم فيها مقارنة اداء الطفل مع معيار أو محك معين وليس مع أداء غيره من الاطفال. ويمكن ان تستخدم مثل هذه الاختبارات قبل عملية التعليم لتحديد مستوى أداء الطفل من أجل إقرار بعض جوانب البرنامج الذي يجب أن يتعلمه. ثم إنها تستخدم بعد عملية التعلم وذلك لتقييم فعالية البرنامج.

-القياس اليومي المباشر:

وتتضمن هذه العملية ملاحظة وتسجيل أداء الطفل في المهارات المحددة التي تم تعلمها وذلك بشكل يومي مثل نسبة النجاح التي حققها الطفل، ومعدل الخطأ أو نسبته والفائدة التي يمكن الحصول عليها من هذه الطريقة هي تزويد المعلم بمعلومات

عن أداء الطفل في المهارات التي يتعلمها، والمرونة في تغيير البرنامج من قبل المعلم بناء على المعلومات المتوفرة بشكل مستمر.

الخصائص العامة لذوي صعوبات التعلم

إن التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم ليسوا مجموعة متجانسة، وبالتالي فإن من الصعب الحديث عن مجموعة من الخصائص يتصف بها كل طالب يعاني من صعوبات التعلم. وعلى الرغم من محاولات تصنيف صعوبات التعلم إلى مجموعات فرعية سواء حسب درجة الشدة (شديدة، وبسيطة، ومتوسطة) أو طبيعة الصعوبة (صعوبات القراءة، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الحساب، والصعوبات الخاصة بالانتباه، والصعوبات الخاصة بالذاكرة، والصعوبات الخاصة بالتفكير، والصعوبات الخاصة بالادراك... إلخ) فإنه يلاحظ درجة عالية من التنوع والاختلاف ضمن المجموعة الواحدة. وتتفق معظم المصادر على الخصائص التالية باعتبارها الاكثر شيوعا لذوي صعوبات التعلم.

١ . الخصائص المعرفية:

وتتمثل في انخفاض التحصيل الواضح في واحدة أو أكثر من المهارات الاكاديمية الأساسية المتمثلة بالقراءة والكتابة والحساب. ومن مظاهر الصعوبات الخاصة في القراءة ما يلي:

- حذف بعض الكلمات في الجملة المقروءة أو حذف جزء من الكلمة المقروءة.
- إضافة بعض الكلمات إلى الجملة المقروءة أو إضافة المقاطع أو الاحرف إلى الكلمة المقروءة.
- إبدال بعض الكلمات المقروءة في الجملة.
- إعادة قراءة بعض الكلمات أكثر من مرة.
- قلب وتبديل الاحرف وقراءة الكلمة بطريقة عكسية.
- صعوبة في التمييز بين الاحرف المتشابهة.

- صعوبة في تتبع مكان الوصول في القراءة.
- السرعة الكبيرة أو البطء المبالغ فيه في القراءة.

أما مظاهر الصعوبات الخاصة بالكتابة فتتمثل فيما يلي:

- كتابة الجملة أو الكلمات أو الاحرف بطريقة معكوسة من اليسار إلى اليمين.
- كتابة الكلمات أو الاحرف من اليسار إلى اليمين.
- كتابة أحرف الكلمات بترتيب غير صحيح حتى عند نسخها.
- الخلط في الكتابة بين الاحرف المتشابهة.
- عدم الالتزام بالكتابة على الخط بشكل مستقيم وتشتت الخط وعدم تجانسه في الحجم والشكل.

أما مظاهر الصعوبات الخاصة بالحساب فتتركز حول الارتباك في تمييز الاتجاهات وتشمل:

- الخلط وعدم معرفة العلاقة بين الرقم والرمز الذي يدل عليه أثناء الكتابة عند سماع صوت الرقم.
- الصعوبة في التمييز بين الارقام ذات الاتجاهات المتعاكسة.
- عكس الارقام الموجودة في الخانات المختلفة.
- صعوبة في استيعاب المفاهيم الخاصة الاساسية في الحساب كالجمع والطرح والضرب والقسمة.
- القيام بإجراء أكثر من عملية كالجمع والطرح في مسألة واحدة مع أن المطلوب هو الجمع فقط مثلا.
- الحاجة إلى وقت كبير لتنظيم الافكار.
- ضعف القدرة على التجريد.

٢ . الخصائص اللغوية:

يمكن أن تظهر لمن لديهم صعوبات تعلم مشكلات في كل من اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. ويقصد باللغة الاستقبالية القدرة على استقبال وفهم اللغة.

أما اللغة التعبيرة فهي القدرة على أن يعبر الفرد عن نفسه لفظياً.

٣ . الخصائص الحركية:

يظهر الأطفال ممن لديهم صعوبات في التعلم مشكلات في الجانب الحركي في كل من الحركات الكبيرة والحركات الدقيقة وفي مهارات الإدراك الحركي.

ومن أهم المشكلات الحركية الكبيرة التي يمكن أن تلاحظ لدى هؤلاء الاطفال هي مشكلات التوازن العام، وتظهر على شكل مشكلات في المشي والحجل والرمي والإمساك أو القفز أو مشي التوازن. أما مشكلات الحركات الدقيقة فتظهر على شكل ضعف في الرسم والكتابة واستخدام المقص.

٤ . الخصائص الاجتماعية والسلوكية:

يظهر الاطفال من ذوي صعوبات التعلم مشكلات اجتماعية وسلوكية تميزهم عن غيرهم ومن أهم هذه المشكلات:

- النشاط الحركي الزائد
- التغيرات الانفعالية السريعة
- القهرية أو عدم الضبط
- تكرار غير مناسب لسلوك ما
- الانسحاب الاجتماعي
- سلوك غير اجتماعي
- سلوك غير ثابت

إضافة إلى الخصائص السابقة المميزة لفئة ذوي صعوبات التعلم، فإنهم أيضا يعانون من بعض الصعوبات والمشكلات التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

١ . اضطرابات في الانتباه:

وتتمثل في ضعف القدرة على التركيز والقابلية العالية للتشتت وضعف المثابرة على أداء النشاط وصعوبة نقل الانتباه من مثير إلى آخر.

٢ . الاندفاعية:

وتشير إلى التسرع في السلوك دون التفكير بنتائجه. وتعكس هذه الصفة ضعف التنظيم والتخطيط لمواجهة المواقف أو المشكلات.

٣ . اضطربات في الذاكرة والتفكير:

وتتمثل في الضعف في كل من الذاكرة السمعية والبصرية وصعوبة في استدعاء الخبرات المتعلمة وصعوبات تعلم المفاهيم المجردة.

٤ . صعوبات في الادراك:

وترتبط هذه الصعوبات بالمشكلات في مجال الادراك السمعي والبصري وفهم استيعاب المعلومات التي يحصلون عليها من خلال حواسهم المختلفة.

٥ . دلالات عصبية وظيفية:

وتتمثل في بعض المؤشرات على الاضطرابات الوظيفية في الجهاز العصبي.

الاتجاهات والاساليب المختلفة فى علاج صعوبات التعلم

هناك اتجاهين رئيسين: اتجاه طبي واتجاه نفسي تربوي

أولاً: الاتجاه الطبي:

والواضح من التسمية أن المهتمين بهذا الاتجاه هم الاطباء وخاصة أطباء الاعصاب، والافتراض الاساسي للعلاج هو أن صعوبات التعلم ناتجة عن خلل وظيفي في الدماغ أو خلل بيوكميائي في الجسم ويكون العلاج:

أ- **العقاقير الطبية:** أكثر ما يستخدم في حالات الافراط في النشاط حيث ان التقليل من النشاط الزائد يحسن من درجة استعداد الطفل للتعلم.

ب- **العلاج بضبط البرنامج الغذائي:** يقول فينجولد وهو صاحب هذا الاسلوب أن المواد الملونة والحافظة ومواد الفاكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الاطفال أو حفظ المواد الغذائية المعلبة وغيرها من المواد الكيميائية تزيد من حدة الافراط في النشاط لدى الاطفال لذلك يدعو فيجولد للتقليل من استخدام هذه المواد.

ت- **العلاج عن طريق الفيتامينات:** يشير أنصار هذا الاسلوب إلى أن جرعات الفيتامينات التي تعطى لأطفال ذوي صعوبات التعلم تظهر تحسنا في فترة انتباههم وتقلل من درجة الافراط في النشاط ولا يزال هذا الاسلوب بحاجة إلى المزيد من الدراسة والبحث.

تبين من أن الاتجاه الطبي هو عبارة عن اساليب علاجية غير مباشرة ولا تتناول صعوبة التعلم بحد ذاتها بل الافراط في النشاط وقلة الانتباه.

ثانيا: الاتجاه النفسي التربوي:

ويشتمل الاتجاه النفسي التربوي على الطرائق الثلاث الرئيسية التالية:

١ . طريقة التدريب على العمليات:

تقوم هذه الطريقة على تصميم أنشطة تعليمية تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم.

ويتم في هذه الطريقة استخدام أساليب مختلفة أهمها:

- التدريب النفس لغوي: حيث يتم التدريب على التآزر البصري الحركي. ويستخدم هذا الاسلوب بشكل خاص في علاج صعوبات الكتابة والقراء وأشهرها برنامج كيرك ورفاقه.

- التدريب باستخدام الحواس المتعددة: ويقوم هذا الاسلوب على استخدام القنوات الحسية المختلفة (سمع، بصر، شم، لمس، الحاسة المكانية) في التدريب على العمليات الإدراكية. ويقوم هذا الاسلوب على الافتراض بأن الطفل يتعلم بشكل أسهل إذا تم توظيف أكثر من حاسة في عملية التعلم.
- التدريب المعرفي: يسمى هذا الاسلوب في التدريب إلى تحسين استراتيجيات الطالب في فهم وتنظيم عمليات التفكير المختلفة على اعتبار أن استراتيجياته السابقة غير ملائمة لعملية التعلم. ويتضمن هذا الاسلوب إجراءات مختلفة ومتعددة أهمها التعلم الذاتي والضبط الذاتي.

٢ . طريقة التدريب على المهارات:

إن طريقة التدريب على المهارات تركز على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ قصوراً أو عجزاً. وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن العجز أو القصور في أداء المهارات لا يعود إلى خلل في العمليات الإدراكية وإنما إلى حرمان من فرص التعلم الملائمة.

٣ . الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات:

إن الاتجاه الأكثر حداثة وقبولا في أوساط المختصين في الوقت الحاضر هو الجمع بين الاتجاهين والاستفادة من الميزات الإيجابية لكل منهما.

الفصل العاشر : إضطرابات التواصل (النطق أو اللغة)

عند الحديث عن اضطرابات النطق واللغة يجب أولاً التفريق بينهما، إذ يوجد نوعين من الاضطرابات وهي الاضطرابات النطقية والاضطرابات اللغوية، ويُقصد بالاضطرابات اللغوية هي المشاكل التي تتم في إنتاج المحصول اللغوي الناتج عن وجود اضطرابات في الدماغ، وغالباً ما تكون هذه الأسباب متعلقة بالإصابة بالأورام الدماغية أو الجلطات الدماغية أو الإصابات الدماغية، أو إصابة النسيج الدماغي، وهذا يؤثر على المراكز النطقية الموجودة في الدماغ، لا سيما أن هذه المراكز توجد في الجانب الأيسر عند الغالبية العظمى من الناس، والمشكلة اللغوية تتعلق بعملية تحليل اللغة .

فالاضطرابات الكلامية أو الأمراض الكلامية يَعذر التفريق بينها حتّى على الأفذاذ؛ ذلك أنّ كلّا منها يعني تحوّل اللسان من مكانه و انحراف الأصوات عن صورتها الأولى، ممّا يترتب عليه وجود كلمات صحيحة متحدة المعنى ،رويت مرة بصوت و أخرى بصوت آخر، ومن ذلك قول: هذا الفلان من حِنْتِكَ وجِنْسِكَ، والوَطَثُ و الوَطَسُ.

ولا يستبعد أن تكون هناك شخصية مرموقة في المجتمع بها عيب نطقي، فتحوّل من صوت إلى آخر، فحاكاها من يتخذونها مثلهم الأعلى، ثم سار عليه بعض من لهم صلة بهم، فالنّاس في كلّ عصر مجبولون على تقليد عظمائهم، فيقلدونهم في الملبس و حتى في العادة اللفظية.

أما في العصر الحديث، فإنّ الميدان لم يبق للغويين وحدهم فقد ولجه إلى جانبهم علماء النفس و ناقشه الطرفان كل حسب تخصصه و رؤيته، فعلماء النفس تعاملوا مع هذه الظاهرة على أنّها فسيولوجية يجب البحث عن أسبابها قصد إيجاد العلاج الشافي، و بعد بحث و استقصاء تمكنوا من معرفة الأسباب التي يمكن أن تنجم عنها.

أسباب اضطرابات الكلام:

لكي يمكن إخراج الكلام فإنّه يجب تكييف التنفس بفعل أعصاب النّطق، و يصحب ذلك حركات الفك و الشفتين و اللسان، و للإخراج السليم للكلام يجب أن تكون

أعضاء النّطق و كذلك مجموعة الأعصاب التي تحرّكها سليمة؛ لأنّ أيّ خلل أو إخفاق في أعضاء النّطق عند التعبير وتكييف التنفس سيعتريها عيب في النّطق.

أمّا أسباب هذا الإخفاق فهي:

١-أعضاء النّطق بها خلل في تكوينها، أو في علاقاتها الفردية بعضها مع بعض.

٢-وجود عادات غير صحيحة في النّطق حتى ولو لم يكن بجهاز النّطق أيّ عيب.

أ-الأسباب العضوية:

انحرافات الشفاه: إنّ اضطرابات النّطق الناتجة عن الشفة الشرماء أو الحنك المشقوق هي أكثر التشوهات العضوية شيوعا، و من الطبيعي أن تتوقف على مدى خطورة الإصابة الجسمانية. فإصابة قاع الحنك يؤثر على نطق بعض الحروف، مثل:الجيم(g) و الكاف، و إذا كانت الإصابة في سقف الحنك فإنّ ذلك يؤثر على نطق بعض الحروف الأخرى التي تنتج من اتصال اللسان بسقف الحنك، مثل:التاء و الطاء و الدال.

فإذا وصلت الإصابة إلى الشفة العليا فذلك سيؤثر على نطق حروف، مثل:الباء و الفاء...الخ. وإذا كان الشق خطيرا فإنّه يؤثر على قدرة الشخص على النطق بدرجة خطيرة، حتى يكون من الصعب تفّهم كلامه.

تناسق الفكين و انطباقهما: إذا لم يكن هناك تناسق و انطباق بين الفكين كأن يكون أحدهما بعيدا عن الآخر أو أقصر منه ممّا ينتج وجود فجوة بينهما، و إذا لم يكن وضع اللسان متناسقا يتأثر عن هذا النطق ببعض الحروف، مثل: الزاي و السين و الياء. أمّا إذا كانت الفتحة الموجودة بين الفكين كبيرة فإنّ الحروف التي تحتاج إلى استعمال الشفتين و الأسنان تتأثر بذلك، مثل:حرف الفاء و الذال و الزاي.

عقدة اللسان: إنّ اللسان متّصل بمؤخرة قاع الفم بمجموعة من الحبال، فإذا كانت هذه الحبال قصيرة أو طويلة أكثر ممّا ينبغي فإنّ ذلك يعوق الحركة السهلة للسان، و يتأثر تبعا لذلك نطق بعض الحروف

التي تحتاج لاستعمال طرف اللسان و مقدمته، مثل:التاء و الطاء و الدال.

الأورام في اللسان: إنّ أيَّ تضخم غير عادي للسان يعوق سهولة حركته و دقتها، و تكون النتيجة عموما هي ضخامة الصوت و خشونته و عدم وضوحه، وتتأثر تبعا لذلك الحروف التي تحتاج لطرف اللسان في نطقها، حيث يكون من الصعب على الشخص نطقها.

و يندرج ضمن العيوب العضوية أسباب أخرى منها:

*الضعف العقلي و التأخر في النّمو.

*سوء التغذية و عدم الاهتمام بالصحة العامة للطفل.

*خلل في الجهاز السمعي ممّا يجعل الطفل عاجزا عن التقاط الأصوات الصحيحة للألفاظ.

*لحمية الأنف و تضخم اللوزتين.

ب-الأسباب العصبية:

عسر الكلام: إنّ إخراج الأصوات اللازمة للنّطق يستلزم مجموعة من الأعصاب ذات كفاءة،تستطيع أن تتجاوب بشكل صحيح مع الموجات و التوجيهات التي تصلها.

و أعضاء النطق تقع مباشرة تحت إدارة أعصاب أخرى صادرة من الأعصاب المركزية و من المُخيخ، و ينتج عن أيِّ اضطراب في هذه المراكز اضطراب في النطق يُعرف بعسر الكلام dysarthrias وهو ليس مرضا؛ بل إنّه عبارة عن أعراض لمضاعفات قد نتجت من اضطراب أجهزة الأعصاب، ويتسبب في مثل هذه الاضطرابات:الأورام و التهابات الدماغ وأمراض مجاري الدم و الأمراض التي تصيب مراكز المخ المهيمنة على أجهزة النّطق و حركته.

إصابات المخ: ينتج عنها اضطراب الكلام، بحيث يندفع كالفتيلة أو يكون الكلام ذا

لكنة، و يشبه كلام السكير أو قد يضطرب الحديث فيضغط الشخص على المقاطع بدون أيِّ داعٍ، و عادة يحدث كذلك تداخل كبير بين الحروف الساكنة و المتحركة.

وفي الغالب، يستطيع من لديهم هذا النوع من الإصابات أن ينطقوا الكلمات الفردية، إلاّ أنهم يجدون صعوبة كبيرة في إخراج و نطق الكلام الطويل.

الإصابات في النخاع المستطيل: إنّ الأعصاب المتصلة بالنخاع تتحكم في توجيه الأعصاب المستعملة في الكلام، مثل: الأعصاب الخاصة بحركة اللسان و الشفتين.

ج-الأسباب النفسية:

يمكن إجمالها فيما يلي:

١-الشعور بالنقص، و فقدان الحنان من أحد الوالدين.

٢-المخاوف من الأب أو المدرّس، فينتج عن خوفه من الخطأ التلعثم.

٣- التدليل الزائد، و الاستجابة لرغبات الطفل دون أن يتكلّم فيكفي أن يشير أو أن يعبّر بنصف حركة أو نصف كلمة، أو بكلمة مبتورة.

٤-إجبار الطفل الأَشول على الكتابة باليد اليمنى بعد أن تعوّد على ذلك فيصاحب ذلك لجلجة في الكلام و اضطراب نفسي.

٥ – التأخر الدراسي و الإخفاق في التّحصيل.

و هناك أسباب نفسية أخرى أهمها

- التحدث مع الطفل في موضوع لا يفهم ، فلا يجد ما يعبر به ، فتكون اللجلجة وسيلة كلما ضاع منه اللفظ.
- عدم تصويب الأخطاء الكلامية للطفل، بل تشجيعه عليها أحيانا من باب أنه طفل لا يهم أن يخطئ أو يصيب، فيقول:مَرَضَان بدلا من رَمَضَان فلا يجد من يصحح له.

- تقليد من يعانون من عيوب في النطق و معايشتهم.
- تعليمه لغة أخرى غير العربية قبل سن السادسة فينشأ عن تداخل اللغات فيفكر بلغة ويتحدث بأخرى ولا يستقيم لسانه عندما ينطق بلغته ولا يشعر بالتجاوب مع الآخرين عندما يتحدث باللغة الأجنبية فيكون بذلك عرضة للجلجة.

هذه أهم الأسباب التي تعرض لها علماء النفس ،أمّا اللغويون فقد تعاملوا مع ظاهرة الاضطرابات الكلامية على أنها عملية صوتية تختفي فيها بعض الأصوات و يكون هدا الاختفاء على مستويين:مستوى فونيمات و مستوى مورفيمات.

يحدث المستوي الأول عند فقدان بعض السمات المعينة للفونيمات، فتحصل اضطرابات في القدرة الإدراكية، فالمريض الذي لا يستطيع التمييز بين الفونيم ‘‘الراء’’ و الفونيم ‘‘اللام’’ مثلا، فيكون تنظيمه الفونولوجي ناقصا من عدد عناصره ممّا يؤدي إلى ازدياد الكلمات المتجانسة من الناحية اللفظية ممّا يؤثر في مقدرته الإدراكية.

أمّا المستوى الثاني فإنّه يتعلق بفقدان القدرة على إدراك معاني الكلمات فيستعمل المريض كلمة بدل أخرى، فيختلط عليه فهم الكلام، و كان اللغويون و هم يتعاملون مع هذه الظاهرة الكلامية يضعون المصطلحات المعبّرة عن كلّ مظهر من مظاهرها،أو الدلالة على فقدان صوت من الأصوات.

أنواع اضطرابات النّطق:

١-الحذف (OMISSION):

في هذا النوع من عيوب النّطق يحذف الطفل صوتا من الأصوات التي يتضمنها الكلام، و من تمّ ينطق جزءا من الكلمة فقط، و قد يشمل الحذف أصواتا متعددة و بشكل ثابت يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتّى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع إليه كالوالدين و غيرهم.

و تظهر عادات الحذف عند الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعا ممّا هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سنّا، و تبرز هذه الاضطرابات الكلامية في نّطق الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر ممّا تظهر في الحروف الساكنة الواقعة في بداية الكلمة. وهذا ما يترتّب عنه صعوبة في تحديد الفونيم المقصود، فإذا قال الطفل ''كـ'' ثم سكت فمن الصعب معرفة هل يقصد كَلْبٌ أو كَأْسٌ؛ لأنّ الصوت في آخر الكلمة هو الذي يحدّد الكلمة المقصودة.

٢-التحريف/ التّشويه (disortation):

يتضمن التحريف نطق الصوت بطريقة تقرّبه من الصوت العادي بيد أنّه لا يماثله تماما،أي: يتضمن بعض الأخطاء، و غالبا ما يظهر في أصوات معينة مثل: السين و الشين حيث ينطق صوت السين مصحوبا بصفير طويل، أو ينطق صوت الشين من جانب الفم و اللسان.

كما يمكن يصدر الصوت بشكل هافت نظرا لأنّ الهواء يأتي من المكان غير الصحيح، أو لأنّ اللسان لا يكون في الوضع المناسب أثناء النّطق، مثلا:إذا استعمل الشخص هواء الزفير في إنتاج الصوت ''i''أو ''إ'' عندما لا يجب إنتاج هواء الزفير لذلك تكون الكلمة مفهومة و لكن الصوت مشوّه.

و يبدو أنّ اضطرابات التحريف تنتشر بين الأطفال الأكبر سنّا وبين الراشدين أكثر ممّا تنتشر عند الأطفال.

٣-الإبدال (substitution):

توجد الاضطرابات الكلامية الإبدالية في النّطق عندما يتم إصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المرغوب فيه، مثلا: قد يستبدل الطفل حرف''السين'' بحرف''الشين'' فيقول:سَمْسٌ بدلا من شَمْسٌ، أو يستبدل حرف ''الراء''بحرف ''الواو'' فيقول:''كُوَةٌ'' بدلا من ''كُرَةٌ''.

و تظهر الاضطرابات الإبدالية عند الأطفال صغار السّن أكثر من تواجدها عند الأطفال الكبار، و هذا النوع من اضطراب النّطق يؤدي إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر.

٤-الإضافة (addition):

يتضمن هذا الاضطراب إضافة صوتا زائداإلى الكلمة،و قد يسمع الصوت الواحد و كأنّه يتكرّر،مثال: يتلفظ الطفل جملة:عندي حصان أبيض،فينطقها: عندي حصان أبياض، أو ينطق الكلمات على النحو الآتي:سصباح الخير، سسلام عليكم.

عادات كلامية تتعلّق بالجانب النّطقي:

التأتاة:

يقصد بها إبدال حرف بحرف آخر، ففي الحالات البسيطة ينطق الطفل الذال بدلا من السين، و ‘‘الواو’’ أو’’اللام’’ أو ‘‘الياء’’ بدلا من ‘‘الراء’’، وقد يكون ذلك نتيجة تطبّع الطفل بالوسط الذي يعيش فيه، وقد تنشأ نتيجة تشوهات في الفم أو الفك أو الأسنان التي تحول دون نطق الحروف على وجهها الصحيح.

و ينطق الطفل في الحالات الشديدة بألفاظ كثيرة غير مفهومة، و هذا ينتج عن خلل في سمع الطفل يمنعه من تمييز الحروف التي يسمعها ممن حوله، و نطق ‘‘السين تاء من أكثر عيوب الكلام انتشار ، مثال: نطق كلمة ثَمَاءٌ بدلا من سَمَاءٌ.

– و ينحصر علاج التأتأة في الخطوات التالية:

أ-علاج جسمي:التأكد من أن المريض لا يعاني من أسباب عضوية خصوصا النواحي التكوينية و الجسمية في الجهاز العصبي، و في أجهزة السمع و الكلام.

ب-علاج نفسي: و ذلك لتنمية شخصية المريض و التقليل من التوتر النفسي للطفل، و وضع حدّ لخجله و شعوره بالنّقص. والواقع يعتمد نجاح العلاج النفسي على مدى تعاون الوالدين، من خلال جوّ من الهدوء و التفاهم، كما يجب على المعلمين أيضا تفهّم

الصعوبات التي يعاني منها الطفل نفسيا في المدرسة أو في الأسرة كالغيرة من أخ له يصغره، أو اعتداء أقران المدرسة عليه.

ج-علاج كلامي: و يكون بالاسترخاء الكلامي و التمرينات الإيقاعية و تمرينات النطق، و يكون أيضا بتدريب جهاز النطق و السمع عن طريق استخدام المسجلات الصوتية، ثمّ تدريب المريض لتقوية عضلات النطق و جهاز الكلام بشكل عام.

اللجلجة:

هي اضطراب في إيقاع الكلام و طلاقته، ممّا يؤثر على انسياب الكلام، و يتضمّن التكرارات اللاإرادية للأصوات أو الحروف أو إطالتها أو التوقف الإرادي أثناء الكلام ويصاحب دالك حركات لا شعورية للرأس أو الأطراف.

يُشبه كلام التلجلج الإنسان الذي ينال البرد منه ، فأخذت أسنانه تصطك، وشفتاه ترتجفان، فلا يحسن التعبير السوي، حيث قيل لأعرابي: ما أشدّ البرد؟ قال: ‘‘إذا دمعت العينان و قطر المنخران و لجلج اللسان.’’

ومن أمثلة اللجلجة: النطق بكلمة ‘‘كَتَبَ’’ على أحد الأشكال :

***الأوّل**:تكرار الكاف مرات قبل النطق بالكلمة كاملة:كـَ...كـَ...كـَ-كَتَبَ.

***الثاني**: توقف قبل النطق، ثم دفع الكلمة مرة واحدة: توقف-كَتَبَ.[٤٢]

و هنا نوعان من اللجلجة:

***النوع الأول**: يكون مؤقتا و تظهر أثناء نموّ الطفل خاصة في مرحلة تكوين الجمل بين السنة الثانية و الثالثة.

***النوع الثاني**: لجلجة مستمرة، تبدأ في بداية محاولة الأطفال للكلام.

-أسباب اللجلجة :

*الوراثة. *القلق النفسي. *تلف في مراكز الكلام بالمخ.

– ينحصر علاج اللجلجة في الخطوات الآتية:

- عرض الطفل على طبيب متخصص للتأكد من الأسباب المرضية سواء أكانت طبية أو نفسية.
- تحفيظ الطفل سور من القرآن الكريم و الحديث النبوي الشريف.
- عدم تعليم الطفل لغة أجنبية غير لغته قبل السن السادسة.
- عدم السخرية من الطفل حتى لا يصاب بالإحباط، و إبعاده عمّن يعانون من عيوب نطقية.
- تدريب الطفل على الاسترخاء و التحدّث ببطئ و التعاون مع المدرسة في فهم وضعه داخل الصّف.
- عدم التعجّل في سلامة مخارج الحروف و المقاطع في نطق الطفل و العمل على تصويب أخطاءه.

و لمّا كانت اللجلجة ارتجاج في الصوت يحدثه المتكلّم نتيجة ما يلحقه من تردد و تكرار، فقد شاركها في التسمية مصطلح آخر هو: التأتأة و اعتبر آخرون التهتهة من هذا القبيل.

السرعة المفرطة في الكلام:

يوصف الأفراد الذين يمتازون بالسرعة المفرطة في الكلام بأن لديهم ترددات عالية غير الطبيعية في تكرار الكلمات، أو أشباه الجمل،كما تظهر السرعة المفرطة في الكلام بدون علامات أو إشارات المقاومة و التوتر.

ولا تعرف حتى الآن نسبة محددة لانتشار السرعة المفرطة في الكلام، إلاّ أنّ التقارير الإكلينيكية لأخصائي الأمراض الكلامية المتحدة الأمريكية تظهر أنّ هذه الظاهرة الكلامية تنتشر لدى الأطفال أكثر من الكبار،و بالتحديد في الصفوف الأولى إلى غاية الصف الثاني عشر.

و السرعة المفرطة في الكلام هي مشكلة في الطلاقة تمتاز بالسرعة و الكلام المتقطع، و هذا ما يجعل الكلام غير واضح ، و **تعرّف أيضا السرعة المفرطة في الكلام على النحو الآتي:**

أ-**اضطراب في الكلام**: يمتاز بفترة قصيرة و اضطرابات في التكرارات و النطق و تكوين الكلام.

ب- **نطق متسارع** : يمتاز بتغيرات وضعية و حذف لأصوات كلامية أو لغوية رئيسية، كما يمتاز الكلام بأنّه متشنج، مشدود و هذا ما يجعل الكلام صعب الفهم.

و عرّف أرنولد (١٩٦٠) السرعة المفرطة في الكلام بأنّها:"اضطراب في الكلام يشتمل على أعراض معدل سرعة زائد في الكلام و أخطاء في النطق و مشكلات مصاحبة في القراءة و الكتابة.

فالشخص الذي يعاني من السرعة المفرطة في الكلام يتصف بأنّ كلامه أسرع،كما أنّه يقوم بحذف فونيمات و يكون غير مدرك لخصائص كلامه، و لا يشعر بالانزعاج و لا يتجنب الكلام،كما يكون لديه أخطاء في العمليات التفكيرية تصاحبها مشكلات في القراءة و الكتابة.

إنّ قلق الشخص حول كلامه السريع يؤدي إلى سلوكات و توتر و البحث عن العلاج، و بالإضافة إلى ما تمّ الإشارة إليه سابقا فإنّ المصاب بسرعة في الكلام يحذف بعض الكلمات و هذا ما يولّد لديه صعوبات لغوية تتمثل في عدم إكمال الجمل، كما أنّ لديه درجة دنيا في التعقيد الكلامي.

- ينحصر علاج السرعة المفرطة في الكلام في ما يلي:

*تسجيل سرعة الكلام للشخص، و إعادة التسجيل على مسامعه يزيد من وعيه لمعدل سرعة الكلام.

*تزويد الشخص بتغذية بصرية، مثل:استخدام إشارات تشير إلى سرعة الكلام،أو تبيّن

إذا كان الكلام جيدا أو منخفضا.

*استخدام المنهج التآزري (syneeeergistic approach)، فهو يحسّن التواصل، و يشمل هذا المنهج على خفض السرعة المفرطة في الكلام التي يلجأ إليها المصاب بغية تغطية عاداته اللفظية،و يعمل على إعطاء المتكلّم الوقف في التعبير، و تنظيم أفكاره و إعطائها بنية لغوية.

نستنتج ممّا سبق أن لاضطرابات النطق آثار خطيرة تعوق عملية التعلّم و تجعل التلميذ يدخل في مرحلة الخجل و الانطواء و العزلة نتيجة إحساسه بتميزه الصوتي عن أقرانه فيكون بذلك عرضة للتهكم و السخرية.

و على الرغم من ذلك،يمكن لنا تصويب اضطرابات التلميذ الكلامية و دمجه في الحياة التعلمية و تسهيل عملية التعلم له، و لا يتأتّى ذلك إلاّ باتّباع الاستراتيجيات الآتية:

استراتيجيات علاج صعوبات النطق والكلام

العلاج الجسمي:

إذا كان ضعف السمع هو السبب في اضطرابات النطق، فيمكن التغلب عليه بوساطة سماعات الأذن أو زراعة القوقعة لبعض الحالات التي تعاني من ضعف شديد.

العلاج النفسي:

يكون بتقليل التوتر النفسي للطفل، وتنمية شخصية ووضع حد لخجله ومعرفة الصعوبات التي يعاني منها والعمل على معالجتها.

العلاج الكلامي:

هو علاج مكمل للعلاج النفسي، ويجب أن يلازمه، وهو أسلوب للتدريب على النطق الصحيح، عبر جلسات متعددة عن طريق أخصائي علاج النطق، ويتم تدريب المتعلم

عن طريق:

الاسترخاء الكلامي: حيث يجعل المتعلم في حالة استرخاء بدني، وعقلي ثم يبدأ في قراءة القطعة ببطئ شديد مع إطالة كل مقطع يقرأه، مثال: سبورة ـــ سَ...بُو....رَةٌ.

تمرينات الكلام الإيقاعي: أي ربط كل مقطع من الكلمة بواحد من الإيقاعات الآتية: تصفيق بالأيدي أو ضرب بأحد القدمين على الأرض.

تدريب جهاز النطق والسمع.

تضليل الكلمات: يقوم الطفل أو المتعلم بترديد ما يقوله أخصائي النطق من كلمات وجها لوجه في نفس الوقت، وبفارق جزء من الثانية.

هذه أهم الطرق الّتي تساهم في تصويب اضطرابات المتعلم الكلامية و الّتي يلعب فيها أخصائي النطق و المعلّم دورا كبيرا بغية دمج التلميذ في الجو التعليمي و التخفيف من اضطراباته الصوتية، و لما التخلّص منها بصفة نهائية، إلاّ أنّ ذلك يتطلب جهدا كبيرا و صبرا.

و لكن عملية **تشخيص اضطرابات النطق** و علاجها لا ينعكس دورها على المدرسة و العيادة و إنّما يتعداها إلى أبعد من ذلك،و نقصد هنا دور الأسرة في تفعيل عملية العلاج بهدف التخلص من صعوبات أبناءها الكلامية، و **يمكن لنا أن نحصرها في النقاط الآتية**:

١. الإنصات بصبر إلى حديث الطفل، وعدم الالتفات للطريقة التي يتحدث بها.
٢. تكرار الكلمات التي بنطقها الطفل بشكل سليم.
٣. النظر إليه بصورة طبيعية وهو يتكلّم وتوفير جو عائلي هادئ.
٤. عدم انتقاد الطفل وإجباره على تغيير طريقة كلامه، وتصحيح أخطاءه باستمرار.
٥. مدح الطفل عندما يعبّر عن شعوره وأفكاره.
٦. قراءة الطفل لكتاب بناسب مستواه التعليمي،وتشجيعه على قراءة القرآن.

خاتمة

نادى الإسلام منذ أربعة عشر قرناً بالمحافظة على المعوقين وأعطاهم حقوقهم كاملة في إنسانية أخاذة ، ورفق جميل ، مما أبعد عن المعوقين شبح الخجل ، وظلال المسكنة ، وجعلهم يعيشون فى المجتمع كأفراد ناجحين بل أن البعض منهم وصل لكونه صار قصة نجاح يحتذى بها .. بل إن الإسلام لم يقصر نداءه الإنساني على المعوقين فقط ، بل امتد النطاق فشمل المرضى عامة ، واستطاع المريض - أياً كان مرضه - أن يستظل براية الإسلام التي تحمل في طياتها الرأفة والرحمة والخير ، وأن يتنسم عبير الحياة ، في عزة وكرامة ، كما أن الإسلام لم يقصر هذا النداء على مناسبة خاصة بالمعوقين لأن القواعد التي أرساها الإسلام سارية المفعول منذ أن جاء بها المصطفى صلوات الله وسلامه عليه ، وإلى أن يرث الله الأرض ومن عليها.

والإسلام ينظر لذوي الاحتياجات الخاصة نظرة مختلفة تمامًا عن نظرة الغرب ؛ فهؤلاء النمط من العاجزين وأصحاب العاهات يجب أن يلقوا من الدولة وأبناء المجتمع وذوي اليسار والغِنى كل رعاية وعطف ورحمة ؛ تحقيقًا لقوله عليه الصلاة والسلام :- (الراحمون يرحمهم الرحمن ، ارحموا مَن في الأرض يرحمكم مَن في السماء) ، وقوله صلى الله عليه وسلم :- (ترى المؤمنين في تراحمهم وتوادِّهم وتعاطفهم كمثل الجسد، إذا اشتكى عضوٌ منه تداعى له سائر جسده بالسَّهَر والحُمَّى)

ولنا أن نقول أنه في ظل الإسلام وصل ذوو الاحتياجات الخاصة إلى أعلى المراتب فكان منهم العلماء والمحدثون ، مثل :- ابن عباس وعاصم الأحول ، وعمرو بن أخطب الأعرج ، وعبد الرحمن الأصم ، والأعمش ، وغيرهم.

المراجع

١. الروسان، فاروق (٢٠٠٤) الطبعة الرابعة . سيكولوجية الأطفال الغير عاديين، الأردن، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
٢. حنفي علي عبدالنبي، السعدون عبدالوهاب بن حمد. (١٤٢٥). طرق التواصل للمعوقين سمعيا، دليل المعلمين و الوالدين المهتمين. المملكة العربية السعودية، الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.
٣. عبيد ماجدة سيد. (١٩٩٢). الإعاقة السمعية. المملكة العربية السعودية، الرياض: دار الهديان للنشر
٤. بحوث و دراسات قدمت في ندوة " أساليب اكتشاف الموهوبين و رعايتهم في التعليم الأساسي بدول الخليج العربي". (١٤١٨). الموهوبون سبل اكتشافهم و سبل رعايتهم في التعليم الأساسي. المملكة العربية السعودية، الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج.
٥. الوزنة طلعت بن حمزة. (١٤٢٤). التوحد بين التشخيص و العلاج. المملكة العربية السعودية، الرياض: وزارة الشؤون الاجتماعية.
٦. لشامي وفاء علي. (١٤٢٤). خفايا التوحد: أشكاله، أسبابه، وتشخيصه. المملكة العربية السعودية، الرياض: مركز جده للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية
٧. المغلوث فهد أحمد. (١٤٢٥). كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد. المملكة العربية السعودية، الرياض
٨. الأستاذ: عبد الله الوابلي (١٤١٧/٠٧/١٤هـ)، "المفاهيم الأساسية للتربية الخاصة"، www.dr-khalidh2.com، اطّلع عليه بتاريخ ٢٠١٨/٦/١٤. بتصرّف.
٩. "أهداف التربية الخاصة"، www.moedu.gov.bh، اطّلع عليه بتاريخ ٢٠١٨/٦/١٤. بتصرّف.
١٠. "مقرر مقدمة في التربية الخاصة"، www.ju.edu.sa، اطّلع عليه بتاريخ ٢٠١٨/٦/١٤. بتصرّف
١١. مناهج واساليب التدريس في التربية الخاصة ، أ . د / جمال الخطيب ... أ . د / منى الحديدي .
١٢. سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، أ . د / فاروق الروسان
١٣. المدخل للتربية الخاصة ، د / يوسف القريوتي وآخرون
١٤. التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة ، د / كمال عبدالحميدالزيتون
١٥. مقدمة في التربية الخاصة ، د / تيسير الكوافحة ... أ / عمر فواز

١٦. تنظيم وإدارة مؤسسات التربية الخاصة ، الاستاذ / أيمن عواد غر
١٧. "المدخل إلى التربة الخاصة" أ. د. جمال محمد الخطيب، أ. د. مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ، ص١٩٤.
١٨. "المدخل إلى التربة الخاصة" أ. د. جمال محمد الخطيب، أ. د. مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ، ص١٩٥.
١٩. "المدخل إلى التربة الخاصة" أ. د. جمال محمد الخطيب، أ. د. مني صبحي الحديدي، مطبعة دار الفكر، الطبعة الأولى ٢٠٠٩- ١٤٣٠هـ، ص١٩٦.
٢٠. المدخل إلى التربية الخاصة، د. يوسف القريوتي و د. عبد العزيز السرطاوي، ١٩٩٥
٢١. مجلة الطفولة العربية، العدد ١٩، بعض الخصائص النفسية و السلوكية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم، أ.د. أمان محمود و د. سامية صابر
٢٢. سيكولوجية الأطفال غير العاديين و استراتيجيات التربية الخاصة، د. فتحي السيد عبد الرحيم ١٩٩٢.
٢٣. إستخبارات الشخصية، د.أحمد محمد عبد الخالق ٢٠٠٠
٢٤. مجلة جامعة إم القرى، عدد ٢، دراسة لبعض الخصائص الإنفعالية لدى ذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الإبتدائية، د. فتحي الزيات ١٩٩٨.
٢٥. مجلة الطفولة العربية، العدد ٩، صعوبات التعلم عند الأطفال، الباحث محمد مرسي محمد مرسي.
٢٦. تطبيق نظرية جان بياجيه، منى عز الدين الشوا، ٢٠٠٠
٢٧. د. مجدي أحمد عبد الله ، علم النفس المرضي ١٩٩٦
٢٨. تطور الطفل عند بياجيه، د. غسان يعقوب، ١٩٩٤
٢٩. الموسوعة الطبية، الصحة النفسية والعقلية، د. منى رضا إستشاري أمراض نفسية
٣٠. علم النفس الاجتماعي د. عبد الفتاح محمد دويدار، ١٩٩٤
٣١. ابن منظور ،"لسان العرب"، ج٨، تح: الخياط و المرعشلي، دار لسان العرب، بيروت، لبنان، دط، دت.
٣٢. الخليل بن أحمد الفراهيدي،" معجم العين" ، ج١، تح:عبد الله درويش، مطبعة بغداد، العراق، دط، ١٩٦٧.
٣٣. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات ،"اضطرابات الكلام و اللغة-التشخيص و العلاج-" ، دار الفكر،عمّان،الأردن، ط١، ١٤٢٦هـ-٢٠٠٥.
٣٤. فيصل العفيف ،"اضطرابات النطق و اللغة"، مكتبة الكتاب العربي، بيروت ، لبنان، دط، .

٣٥. محي الدين أحمد حسين ،"التنشئة الأسرية و الأبناء الصغار"، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر،سلسلة ألف كتاب، دط،١٩٨٧.
٣٦. أحمد مختار عمر،" دراسة الصوت اللغوي" ،عالم الكتب، القاهرة، مصر، ١٩٨٥، ط٣.
٣٧. صالح سليم عبد القادر الفاخري،"الدلالة الصوتية في اللغة العربية"، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، مصر، دط، دت.
٣٨. مصطفى فهمي،"سيكولوجية الأطفال غير العاديين"، مكتبة مصر، القاهرة، مصر، دط، ١٩٦٥.
٣٩. مختار حمزة ،"سيكولوجية المرضى و ذوي العاهات"، دار المعارف، القاهرة، مصر، ط٢، ١٩٦٤.
٤٠. عبد الله عبد الرحمن الكندري،"علم النفس اللغوي"، دار السلاسل للطباعة و النشر، الكويت، ط١، ١٤٢٦هـ-٢٠٠٦م.
٤١. إبراهيم أنيس ،"في اللهجات العربية"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، ط٢، ١٩٥٢.
٤٢. صالح الشماع،"اللغة عند الطفل"،دار المعارف، القاهرة، مصر، دط،١٩٥٥.

الفهرس

إهداء	٧
مقدمه	٨
الفصل الأول : مفهوم التربية الخاصة	١٠
مفهوم التربية الخاصة	١٢
فئات التربية الخاصة	١٧
أهداف التربية الخاصة	١٧
مصطلحات في التربية الخاصة	١٨
❖ - استراتيجيات التربية الخاصة :	٢٠
الفصل الثاني : الموهبة والتفوق والابداع	٢٣
تعريف الموهبة والابداع والتفوق	٢٤
من هم ذوي الاحتياجات الخاصة	٢٦
أنواع الإعاقة	٢٧
الفصل الثالث : الإعاقة العقلية	٢٩
تعريف الإعاقة العقلية	٣٠
أنواع الإعاقة العقلية	٣٠
أسباب الإعاقة العقلية	٣١
خصائص المتخلفين عقليًا	٣٢
الخصائص السلوكية للمعاقين عقليا	٣٢
طرق قياس وتشخيص الإعاقة العقلية	٣٩
الفصل الرابع : الإعاقة السمعية	٤٨
تعريف الإعاقة السمعية	٤٩
أسباب الإعاقة السمعية	٥٠
المؤشرات الدالة على الإعاقة السمعية للأطفال	٥٢
خصائص الأطفال ذوو الإعاقة السمعية	٥٥
الإعاقة السمعية وطرق الوقاية منها	٥٨

الفصل الخامس : الإعاقة البصرية	٥٩
تصنيف الإعاقة البصرية:	٦١
أسباب الإعاقة البصرية:	٦١
أنواع الإعاقة البصرية:	٦٢
تشخيص الإعاقة البصرية:	٦٣
الخصائص النفسية والسلوكية للمعاقين بصرياً	٦٤
أدوات خاصة للتعامل مع المعاق بصريًّا	٦٥
• البدائل التربوية لتعليم الأطفال المعاقين بصريا:	٦٦
الفصل السادس : الإعاقة الحركية	٦٨
تصنيف الإعاقة الحركية	٦٩
أنواع الإعاقات الحركية :	٧١
أسباب الإعاقة الحركية	٧٣
الخصائص والسمات الشخصية للمعاقين حركياً	٧٤
قياس وتشخيص الإعاقة الحركية	٧٥
الوقاية من الإعاقة الحركية	٧٧
البدائل التربوية للطفل المعاق حركياً	٧٨
الفصل السابع : الإعاقة الإنفعالية	٧٩
تعريف الاعاقة الإنفعالية :	٨٠
تصنيفات الإعاقة الانفعالية :	٨١
أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية :	٨٢
صفات الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا :	٨٤
خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا :	٨٥
خصائص خاصة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا :	٨٧
أنواع العلاج للمضطربين سلوكيا وانفعاليا :	٨٨
الفصل الثامن : التوحد	٩١
أعراض مرض التوحد	٩٢
خصائص ومميزات أطفال التوحد	٩٣

أسباب وعوامل خطر مرض التوحد	٩٥
عوامل خطر الإصابة بالتوحد	٩٦
تشخيص مرض التوحد	٩٧
علاج مرض التوحد	٩٨
كيف تكتشف إصابة طفلك بالتوحد	٩٩
الفصل التاسع : صعوبات التعلم	١٠٤
تعريف صعوبات التعليم :	١٠٥
أنواع صعوبات التعلم	١٠٧
تحديد الاطفال ذوي صعوبات التعلم:	١٠٨
أسباب صعوبات التعلم:	١٠٩
تشخيص صعوبات التعلم:	١١١
الخصائص العامة لذوي صعوبات التعلم	١١٣
الاتجاهات والاساليب المختلفة في علاج صعوبات التعلم	١١٦
الفصل العاشر : إضطرابات التواصل (النطق أو اللغة)	١١٩
أسباب اضطرابات الكلام:	١٢٠
أنواع اضطرابات النّطق:	١٢٤
عادات كلامية تتعلّق بالجانب النّطقي:	١٢٦
استراتيجيات علاج صعوبات النطق والكلام	١٣٠
خاتمة	١٣٢
المراجع	١٣٣

نبذة عن المؤلف

مسفر عقاب بن مسفر العتيبي

- بكالوريوس رياضيات
- حاصل على دورة مديري المدارس
- حاصل على اكثر من ٨٠٠ ساعة تدريبية متنوعة
- مدرب ومستشار تربوي معتمد
- حاصل على جائزة الاداري الريادي في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة من البورد الاقليمي الخليجي للجودة من جمهورية مصر العربية
- جائزة التميز لجمعية الاعاقة الحركية العالمية
- عضو جمعية الاعاقة الحركية العالمية
- العديد من خطابات الشكر والتقدير في المملكة العربية السعودية ومحب ومساهم في الأعمال التطوعية .
- مؤلف كتاب " استراتيجيات التعامل مع طلاب التربية الخاصة "
- مؤلف كتاب " الكفايات والمهارات الادارية والفنية لوكيل المدرسة "
- مؤلف كتاب " مقدمة فى التربية الخاصة "