



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حمّة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الإجتماعية

مستوى الثالثة ليسانس: تخصص علم النفس العيادي

مقياس:

الاضطرابات الحسية الحركية والأدائية

من إعداد الدكتورة : مقاوسي كريمة

تخصص علم النفس العيادي

السنة الدراسية 2019-2020

فهرس المحتويات

المحور الأول:الاعاقة الحسية والحركية والعقلية

محاضرة 1:الاعاقة العقلية

محاضرة2: الاعاقة السمعية

محاضر3:الاعاقة البصرية

محاضرة4:الاعاقة الحركية

المحور الثاني: الاضطرابات الآدائية

المحاضرة 5:اضطرابات صورة الجسم

المحاضرة 6:اضطرابات الجانبيه

المحاضرة7:التنظيم الزماني.

المحاضرة8:فرط الحركة مع او بدون نقص الانتباه

المحور الثالث:اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبه

المحاضرة9:عسر القراءة.

المحاضرة10:عسر الكتابة.

المحاضرة11:عسر الحساب.

المحاضرة12:عسر الخط.

المحور الرابع: الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل

محاضرة13: الخلجات (العرات أو اللزمات).

محاضرة14: أكل الاظافر.

محاضرة15: الايقاعات الحركية والتأرجحات

محاضرة16: قلع (نتف) الشعر

مقدمة: إن الوعي بوجود الأطفال ذوي الإعاقة العقلية موجود منذ عقود طويلة، إلا أن الطبيعة المحددة لهذه الظاهرة وتعريفها والاتجاهات الاجتماعية نحوها لازالت تتغير باستمرار، وكذلك الأفكار عن الخدمات التربوية المناسبة لهذه الفئة تتغير باستمرار مع تزايد المعرفة .

تشكل الإعاقة العقلية قلق متزايد بسبب زيادة اعداد الطلاب شجع الاباء والمعلمين على حد سواء لفهم الإعاقة بشكل افضل، ولكن لحد الآن لم تعرف الاسباب الفعلية وراء الاصابة بالاعاقة العقلية، إلا أن هناك العديد من الخطوات يمكن الاخذ بها لمساعدة الطلبة المعاقين عقليا.

1-الفرق بين الاضطراب والاعاقة والعجز:

-**الاضطراب:** هو الاختلاف أو الانحراف الملحوظ في النمو أو في السلوك عما يعتبر طبيعياً.
-هو مرض يعطل العمل الفردي للشخص المصاب ويؤثر سلبا على أداء الفرد ويبطء من ادائه مرة تلو الأخر.

-تظهر اعراض الاضطراب في مراحله الأولى ولكنها صعبة التحديد من حيث مدى تأثيرها على الفرد

اغرب الأعراض التي تظهر تكون اضطرابات نفسية

-الاسباب الرئيسية ترجع بالدرجة الأولى إلى الوراثة.

-يمكن معالجة الاضطراب النفسي دون الرجوع إلى الادوية.

-**الاعاقة:** هي حالة بدنية أو عقلية تحد من حركة الشخص، وتحد من حواسه وانشطته، قد تكون بسبب فقدان الفرد جزء من وظائف جسده.

-فتعرف بأنها معاناة كل فرد نتيجة عوامل وراثية أو بيئية من قصور جسمي أو عقلي تترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية تحول بينه وبين تعلم أو أداء بعض العمليات العقلية أو الحسية، التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح .

-تحدث الاعاقة لاسباب كثيرة منها الامراض الجسدية، التعرض لحادث وقد تكون لاسباب وراثية.

-**الاصابة:(الاعتلال-الضعف-القصور):**حيث يولد الطفل بنقص أو عيب خلقي أو قد يتعرض بعد

ولادته للاصابة بخلل فسيولوجي وقد يكون مؤقتا أو دائما حيث اذا اكتشف مبكر يمكن

معالجته لكي لا يتحول إلى عجز. (الخطيب،2004،ص13-14)

-العجز:يشير إلى حالة من القصور في مستوى أداء الوظائف الجسدية أو النفسية مقارنة بالعاديين نتيجة للإصابة بخلل أو عيب في البناء الجسدي أو النفسي للفرد مثل فقد يد أو جزء من يد.

-من هم ذوي الاحتياجات الخاصة:هم الافراد الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة والتأهيل الخدمات الداعمة لهم، ليتسنى لهم تحقيق أقصى ما يمكنهم من حاجات، فهم يختلفون جوهريا عن الافراد الاخرين في واحدة أو أكثر من مجالات النمو والاداء التالية:المعرفي ، الجسدي، الحسي، السلوكي، اللغوي، التعليمي.

الاطفال غير العاديين:هم الافراد الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن الافراد العاديين في نموهم العقلي والجسمي والانفعالي والحركي واللغوي مما يستدعي اهتماما خاصا من قبل المربين لهؤلاء الافراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختبار طرائق التدريس الخاصة بهم، وذلك من اجل مساعدتهم في نمو شخصيتهم نمو سليما متكاملا متوازنا يؤدي إلى تحقيق الذات ومساعدتهم في التكيف مع المجتمع الذي يعيشون فيه.

-التربية الخاصة:مجموعة من البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصا لتلبية الاحتياجات الخاصة بالاطفال غير العاديين وتشمل على طرائق التدريس وادوات وتجهيزات ومعدات خاصة فضلا عن الخدمات المساندة الاخرى.

-التأهيل:يستخدم للإشارة إلى البرامج التدريبية التي تهدف إلى تطوير القدرة على الأداء لدى الاشخاص الذين ولدو معوقين أو اصبحوا معوقين بعد الولادة بفترة قصيرة لم تتح لهم الفرصة لتطوير قدراتهم. (الدهراوي،2003،ص18)

-اعادة التأهيل:تستخدم للإشارة الى البرامج التدريبية الموجهة نحو الاشخاص الذين أصبحو معوقين في مرحلة لاحقة من حياتهم بعد أن كانت قدرتهم على الأداء طبيعية.

-الخدمات المساندة:تطوير المواصلات العلاج النطقي، الخدمات النفسية، الارشاد والعلاج الطبيعي.

-الاعاقة النمائية:تشير للاعاقه الشديدة والمزمنة والتي تظهر قبل أن يبلغ الفرد 21سنة وهذه الاعاقه قد تكون في الجانب العقلي أو في الجانب الجسمي أو في الاثنين معا.

(القمش، 2011، 204، 205)

2- تطور الاهتمام بالمعاقين عقليا:

-في بلاد اليونان ينظر اليها نظرة تحقير، حيث تشير بعض الدراسات أن الاغريقين واليونانيين كانوا يشخصون الاعاقة العقلية على أساس ما يلزمها من تشوهات وعيوب جسمية، حيث يعتبرونهم منبوذين.

(الزيري وأخرون، ص106).

-وعندما ظهرت الديانة المسيحية انعكست تعاليم المسيح على المعوقين فأصبحوا موضوع اهتمام وعطف.

-وحين ظهر الاسلام عرف المسلمون الانحرافات الذهنية واستخدموا العلاج النفسي واشتهر فيه كثير من اطباءهم مثل الرازي ولكنهم لم يشخصوا الاعاقة العقلية.

-وفي عصر النهضة الاوروبية ناد بمسؤولية الفرد عن اعماله.

-اما حركة انشاء مراكز ومؤسسات المعوقين عقليا قد بدأت في بداية القرن 19 على يد كل من هورس مان وصمويل جريدلي، دور ثياد.

-أما ذروة الاهتمام على المستوى الحكومي والشعبي فقد ظهرت في امريكا عام 1972 حيث تبنى الرئيس كندي رعاية المعوقين عقليا لأن شقيقته كانت معوقة عقليا، وطلب من رجال التربية وعلم النفس والطب وعلم الاجتماع دراسة هذه المشكلة دراسة وافية. (بركات، 1978: 123 124)

3-**تعريف الاعاقة العقلية:** ان تعريف الاعاقة مر بعدة مراحل وسوف يظل في حالة تطور مستمر وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة، ويمكن تقسيم الاعاقة العقلية كمايلي:

-التعريف الطبي، السيكومتري، الاجتماعي، الجمعية الامريكية للاعاقه العقلية.

3-1-**التعريف الطبي:** يعد التعريف الطبي من أقدم تعريفات الإعاقة العقلية، حيث ظهرت تعريفات طبية عديدة للإعاقة العقلية تركز في جوهرها على إبراز العوامل الأساسية والباثولوجية المسببة للإعاقة، والمؤثرة سلبياً على الذكاء والقدرات العقلية، ولذلك فقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية، وفي عام 1900م ركز ايرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة وفي عام 1908م ركز أريد جولد (Treed Gold) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال حجم الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

(GUELF I , 2005:55)

وفي ضوء ماتقدم تؤكد التعريفات الطبية على العوامل المسببة للإعاقة العقلية كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض وما يترتب على ذلك من قصور في كفاءة الجهاز العصبي وضمور أو تلف في خلايا المخ وأنسجته وشذوذ واضطراب في النواحي والوظائف العضوية والحركية بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة.

3-2- التعريف السيكومتری: ظهر نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينيه وكذلك مقياس وكسلر وقد اعتمد التعريف السيكومتری على نسبة الذكاء كمحك.

يعرفه الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSM-IVR) بأنه "الاداء الأدنى من المعدل الطبيعي للوظائف العقلية بشكل واضح حيث تكون درجة الذكاء (IQ) يقارب الـ70 درجة أو أدنى في اختبار الذكاء الفردي، مع عجز أو اختلال متزامن في الوظيفة التكيفية الراهنة (أي فعالية الشخص في تلبية معايير متوقعة بالنسبة لعمره أو مجموعته الثقافية) في اثنين من المجالات التالية على الأقل: التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية والشخصية، استخدام موارد المجتمع، التوجه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، الأمن. وذلك قبل عمر 18 سنة".

(GUELFI , 2005:55)

3-3- التعريف الاجتماعي: و عرف EDGAREDOLL الإعاقة العقلية مند عام 1914 وهو من أول تعريفات التخلف العقلي التي يمكن أن توصف بالتحديد و الوضوح وصفات المتخلف عقليا في ضوء هذا التعريف:

- عدم الكفاءة الاجتماعية وعدم النضج الاجتماعي.
- تدني أو انخفاض القدرة العقلية العامة (الذكاء).
- ظهور التخلف العقلي خلال فترة النمو.
- استمرار التخلف العقلي خلال مرحلة النضج.
- عودة التخلف العقلي إلى عوامل تكوينية.
- المتخلف عقليا غير قابل للشفاء.

ونجد من تعريف EDGAREDOLL انه يؤكد على أهمية الكفاءة الاجتماعية والنضج الاجتماعي كأساس للحكم على الفرد بأنه متخلف عقليا ولقياس مفهوم الكفاية الاجتماعية أو النضج الاجتماعي قام DOLL 1947 بإعداد مقياس فينلاندي للنضج الاجتماعي. (كريمان، 2007: 353).

3-4- تعريف الجمعية الأمريكية: جمع بين المعيار السيكومتري والمعيار الاجتماعي:

الاعاقة العقلية يمثل مستوى الاداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18 سنة كما أنه قصور ينشأ أثناء مرحلة الارتقاء ويرتبط بواحد أو أكثر من المظاهر الأتية: النمو والتعليم والتوافق الاجتماعي. (أبو النصر ، 2005: 122) .

4- اسباب الاعاقة العقلية: إن معظم اسباب الاعاقة العقلية غير معروفة حيث تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف 25% وأن 75% من هذه الاسباب غير معروفة لحد الآن.

-اسباب وراثية: قد تنتقل الاعاقة عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها الخصائص الجسمية والنفسية كالتطول-القصر-النحافة-لون الجلد

-زيادة كرموزوم أو غياب كرموزوم مثل متلازمة داون، متلازمة تيرنر(فقدان كرموزوم اكس بشكل كامل أو جزئي).

-ضعف حجم الجمجمة.

-الاستسقاء الدماغى.

-العامل الرزيسى الأم سالب الطفل موجب.

-اسباب بيئية: وتنقسم إلى أسباب قبل الولادة، ، بعد الولادة.

-اسباب قبل الولادة:

بعض حالات التخلف العقلي عوامل وراثية تتمثل في المؤثرات التكوينية الموروثة المنتجة لصفات معينة تبدو في اعراض بعض صور التخلف العقلي ، وهي تنتقل عن طريق المورثات المحمولة على الصبغيات من جيل الى اخر مع احتمال اخفائها في بعض الاجيال.

(Liford , 1996:164)

اذ ان التخلف العقلي قد يكون وراثيا ، بمعنى ان النقص العقلي يكون في الاسرة او ربما يكون هناك شذوذ في تكوين الطفل يرجع الى شذوذ في الخلايا الحينية التي يتخلق منها ، او يرجع الى اضطراب كروموسومي كمتلازمة ضعف كروموسوم (X) ، كما اثبتت البحوث ارتباط بعض اشكال التخلف العقلي النادرة نسبيا بانواع الشذوذ الصبغى كما في المنغولية وتعرف ايضا بمتلازمة داون (Down's Syndron) او بسبب الاضطرابات الايضية التي تحدثها مورثات متحولة ، كما في مرض البول الفينيكلتوني او ما يسمى (Phenylketon uria) وهناك حالات من التخلف العقلي لا

ترجع لعوامل وراثية او لشذوذ جيني ، انما مردها عدوى يصاب بها الجنين من امه فتؤثر في خلايا مخه وتتلفها او تعوق نموها جزئيا او كليا .

(ابراهيم ، 1998: 150)

وقد يصاب مخ الجنين بسبب عقار تتعاطاه الام ويلحقها منه التسمم. ومن اكثر الامراض التي تصيب الطفل بالنتشوه الجسمي والمخي وهو جنين ويلحقه منها التخلف العقلي مرض الحصبة الالمانى ، وقيل ان 20% من حالات التخلف العقلي بسبب العدوى قبل الولادة او بعدها سببها هذا المرض ، وكذلك قد يتسبب التسمم الذي تتعرض له الام نتيجة استنشاق ابخرة اول اوكسيد الكربون او الرصاص او تناول الزرنيخ في نقص نمو المخ عند الطفل وهو بعد جنين ، وفي الحالات النادرة قد يحصل تلف المخ لوجود اختلاف بين دم الام ودم الجنين.

(الحفنى ، 1999: 595-596)

-الالتهابات الفيروسية والبكتيرية مثل(الجدري، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الالمانية، الزهري).

-تعرض الجنين أو الأم الحامل للاشعاعات.

-استخدام الأدوية والعقاقير الطبية.

-ادمان المخدرات والكحول والتدخين.

-سوء تغذية الأم الحامل.

(Liford , 1996. P164)

-صغر أو كبير سن الام الحامل.

-أسباب بعد الولادة: هنالك مسببات او عوامل تؤدي الى تشوهات او التهابات في مخ المصاب إذ قد تحدث اثناء ولادته او قد تصيبه خلال مراحل طفولته المبكرة ، فقد تسبب بعض الامراض المعدية كالتهاب السحايا والجدري والدفتريا والحصبة الالمانية الاصابة بالتخلف العقلي او قد يتعرض الصغير لبعض حالات التسمم بتناوله لاي مبيد حشري مما يؤدي الى اصابته بالتخلف العقلي ، وكذلك قد يتعرض للتسمم بالتطعيم ضد التيفويد او الجدري او التيتانوس، وقد يتأثر المخ بتأثير اصطدام الدماغ باجسام صلبة ، وقد يحدث الشيء نفسه اذا كانت الولادة متعسرة فيحدث نزيف بمخ الطفل بتأثير الضغط على الرأس ، وقد يصاب بالانوكسيا او نقصان الاوكسجين اذا تأخر تنفسه ويؤدي ذلك ايضا الى اصابته بالتخلف العقلي ، وقد ثبت علميا ان الاطفال الذين يولدون بوزن اقل من 1500 جرام يصابون باضطرابات عصبية ومنها حالة التخلف العقلي .

(الحفنى ، 1999: 596)

كما يُعد عدم توازن افرازات الغدد الصماء من عوامل حالات معينة من التخلف ، كما في حالة تلف الغدة الدرقية او ما يسمى بالقصور الدرقي ، اذ انه يؤدي الى الاصابة بنوع معين من انواع التخلف العقلي يعرف بالقماءة.

(ابراهيم ، 1998: 150)

وقد يكون السبب في التخلف العقلي من البيئة بسبب الحرمان المادي الذي يعيشه بعض الناس، والملاحظ ان اكثر المتخلفين عقليا يأتون من الاحياء الفقيرة ، وثبت ان عدد التلاميذ المتخلفين عقليا في مدارس الاحياء الفقيرة قد يكون اضعاف عدد المتخلفين عقليا بين تلاميذ الاحياء الراقية ، كما ان نقص التنمية الذهني والحرمان العاطفي من اهم العوامل التي تحول دون النمو العقلي ، واخيرا ينبغي الاشارة الى ان نسبة الاطفال الذين يولدون قبل الاوان، فان اصابهم تزيد عشرات المرات عن الاطفال العاديين ، وكثيرا ما تكون لاسباب غير معروفة او غير مؤكدة .

(Liford , 1996. P164)

5-تصنيف الإعاقة العقلية: تصنف الإعاقة العقلية الى عدة تصنيفات مثل:

التصنيف الطبي، التربوي، الجمعية الامريكية

5-1-التصنيف الطبي: تصنف وفقا لاسبابها وخصائصها الاكلينيكية منها:

-**استسقاء الدماغ:** استسقاء الدماغ هو حالة انحباس السائل المخي الذي يحيط بالمخ داخل تجويف الدماغ ويحدث أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى اتساع تجويف البطين الدماغى لعدم التوافق بين إنتاج السائل الدماغى وامتصاصه مما يزيد الضغط على الخلايا الدماغية وإتلافها

- **النمط المنغولي :** الذي يشبه المصاب به المنتمين للجنس المنغولي ، ويتميز بكثرة الحركة والميل الى المرح ، وله اوصاف جسمية تتمثل بالرأس الصغير المستدير والانف الافطس والجفون المنحدرة وغلظ الشفتين ، وهو يولد غالبا بالحجم الطبيعي ، ويكون نموه بطيئا بحيث لا يبلغ اكثر من نمو شخص سوي في العاشرة من عمره مهما بلغ عمره الزمني.

- **النمط القزم :** ومن ابرز صفاته قصر القامة واصفرار الجلد وتجعده في مواضع كثيرة وقلة شعر الرأس والحاجبين وانخفاض درجة الحرارة نسبيا واضطراب التنفس وبطء الاستجابات الحركية سببه (نقص افراز هرمون الثيروكسين).

(ابراهيم ، 1998: 149-151)

- نمط ذوي الجمجمة الكبيرة : ومن ابرز صفاته كبر الجمجمة وتكورها مع بروز الجبهة وعرضها وصغر المخ ، إذ يكون ضامرا ، وفراغ الجمجمة مملوء بالسائل المخي الذي يضغط على بعض اجزاء المخ فيسبب عاهات في الحس والحركة ، كضعف البصر او السمع واحيانا يسبب شللا في الاطراف

- نمط ذي الجمجمة الصغيرة : وابرز اوصافه صغر الجمجمة مع قصر ارتفاعها رغم نمو الوجه بحجم طبيعي وجلد الرأس يكون سميكاً وبه تجاعيد وتقلصات والمخ يكون صغيراً لا يزن اكثر من خمسمائة غرام لدى البالغين ، صعوبة التأزر الحركي البصري وسببه تناول الكحول، التدخين.

(ابراهيم ، 1998: 149-151)

5-2-التصنيف التربوي: يهدف الى وضع المعاقين في فئات تبعا للقدرة على التعلم وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية اللازمة:

-فئة القابلين للتعلم(50-70):تعلم القراءة والكتابة والحساب.

-فئة القابلين للتدريب:(30-50):لا يستطيعون القيام بالقراءة والكتابة والحساب، القيام بالعناية بالنفس كاللباس والاكل والنظافة.

-فئة الاعتماديون اقل من 30 يحتاجون إلى رعاية دائمة. (أبو النصر، 2005: 127 - 129)

5-3-تصنيف الجمعية الامريكية:من اكثر التصنيفات قبولا مايلى:

-الاعاقة العقلية البسيطة: نسبة الذكاء (55-69).

-الاعاقة العقلية المتوسطة:(40-54):تعليم مهارات الحياة اليومية، وتعتمد على التكرار والاعادة.

-الاعاقة العقلية الشديدة:(25-39):القيام بمهام بسيطة وتحت الملاحظة.

-الاعاقة العقلية الشديدة جدا(تقل عن 24):مساعدة ورعاية خاصة.

وفي عام 1992 اختلفت طريقة تصنيف الجمعية الامريكية للاعاقه فصارت مستويات تحدد مدى الدعم المختص الذي يحتاج اليه الطفل:

-الدعم المتقطع:وهو الدعم او التدخل عند الحاجة فقط مثل ازمة قلبية.

-الدعم المحدود:وهو الدعم المحدود لفترة زمنية محددة.

-الدعم الواسع:وهو الدعم المنظم في البيت أو في المدرسة أو العمل.

-الدعم المنتشر:وهو الدعم العام في جميع الظروف. (أبو النصر، 2005: 127 - 129)

6- خصائص الإعاقة العقلية: تترك الإعاقة العقلية أثارا واضحة في جميع نواحي النمو لدى الطفل، وتبدو هذه الآثار في صورة المظاهر السلوكية الدالة على هذه النواحي النمائية: الذهنية، الجسمية، الحركية، والانفعالية وتختلف هذه المظاهر تبعا لدرجة الإعاقة، لذا نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعاقين عقليا بعضهم بعض، هذا فضلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد وبين العاديين والتعرف على خصائص النمو لدى المعاقين عقليا يعتبر امرا في غاية الأهمية حيث انه يساعد الأخصائيين والمربين في التعرف على احتياجاتهم وتصميم المناهج وتصميم البرامج اللازمة لهم وتقديم افضل الخدمات التي تفي باحتياجاتهم.

-الخصائص الجسمية:

يعد المعاقون عقليا ادنى من العاديين في الحجم والوزن والطول إذا أخذناهم كمجموعة كما أنهم أكثر تعرضا للأمر بالإضافة إلى أن المعاقين عقليا يتأخرون في عملية التحكم في عمليا ضبط الإخراج والوقوف والتسنين والكلام وقد أشار كروك شانك إلى أنهم عادة ما يكونون أصغر بعض الشيء من حيث التقاطيع وأنهم يميلون إلى البطء في المشي.

ولقد أثبتت الدراسات في المجال الحركي في مجال الإعاقة العقلية وجود فروق واضحة بين الأداء الحركي والنفس حركي بين المعاقين عقليا والأسياء ويزداد هذا القصور بزيادة درجة التخلف. وقد يصاحب ذوي الإعاقة العقلية الشديدة تشوهات شديدة جسمية خاصة في الرأس والأطراف ويعاني المعاقون عقليا من بطئ النمو الحركي وما يتضمنه من مهارات مثل مهارات المشي، الاتزان والمهارات الدقيقة وغيرها من المهارات الحركية من تأزر أو توافق عضلي عصبي مما يعيقهم عن ممارسة النشاط الذهني العضلي الحركي بحرية تامة مما يؤدي ذلك إلى تقليل المكاني الذي يتحركون فيه مما يثبط الدافع إلى البحث والاستكشاف ويحد من كم الخبرات المكتسبة ويقال فرص التفاعل الاجتماعي ومشاركة الآخرين في العمل والنشاط.

-الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

إن التكيف الاجتماعي والانفعالي مرتبطان ارتباطا كبيرا مع القدرة العقلية ويمكن القول أن المعاقين عقليا يظهرون تدنيا واضحا في التكيف الاجتماعي ونقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية والانعزالية والعدوانية مع تدني مفهوم الذات وفي هذا الصدد نجد أن النقص في بعض من المهارات الاجتماعية الشخصية قد يؤدي إلى الاحباط الذي يثير السلوك العدواني لدى بعض الأطفال المعاقين عقليا كما أن التدني في مستوى حصيله المهارات الاجتماعية والشخصية وقد يدفع بالفرد للجوء إلى السلوك العدواني كأسلوب لعملية التعزيز الاجتماعي وكذلك شدة الانتباه.

(العزة، 2009: 67-71)

هناك أنواع مختلفة في التواصل الاجتماعي الذي يعاني منه الأطفال سواء كانوا عاديين أم معاقين عقليا، وتبين الدراسات العلمية أن الأطفال المعاقين عقليا بوجه خاص يحتاجون إلى برامج تدريب منظمة لتحسين وتطوير المهارات الاجتماعية لديهم لأنهم لا يتفاعلون بشكل مناسب مقارنة

بأقرانهم العاديين، هذا ويعد الانسحاب الاجتماعي أحد هذه المشكلات حيث أنه نمط سلوكي شائع لدى هؤلاء الأطفال وقد اظهرت بعض الدراسات ومنها دراسة جمال الخطيب 1992 ان الانسحاب الاجتماعي الذي يعاني منه بعض الاطفال المعاقين عقليا يعد نتيجة رد فعل عاطفي شديد من قبل هؤلاء الاطفال على الاحداث المؤلمة التي يعيشونها فالوالدان أقل تقبلا للطفل المعاق عقليا من الطفل العادي حيث يعاني بعضهم من نبذ الأبوين ورفضهما لوجوده او من عدم فهمهما لاحتياجاته ومعاملته بأساليب غير سوية لا تتلاءم مع نموه ومع قدراته ومع احتياجاته النفسية مما يسبب الما نفسيا وعجز في التواصل لدى الطفل فينسحب الى عالمه الداخلي ويبدأ الانسحاب الاجتماعي وقد تصل الى العزلة الاجتماعية .

-الخصائص اللغوية:

الأشخاص الذين يعيشون حالات الإعاقة العقلية يواجهون صعوبة في الكلام والنطق ومن أكثر هذه المشاكل التي يواجهونها المهارات اللغوية والتي تعيق تفهمهم مع المجتمع فهم يعانون من بطئ في النمو اللغوي وتأخر في الكلام حيث تكون حصيلته اللغوية قليلة ولا يكون حتى جملا بسيطة حتى الشهر السادس والثلاثين وتكون قدرته اللغوية غير متنوعة حتى بلوغه العام السادس واضطرابات في الصوت ويلاحظ ان المفردات التي يستخدمونها بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني.

-الخصائص العقلية والمعرفية:

هي أهم ما يميز المعاق عقليا عن الشخص العادي، حيث تقل نسبة الذكاء عن 70 ولا يزيد العمر الذهني عنده عن عشرة أو إحدى عشر سنة، ولا تؤهله للتحصيل الدراسي، مهما بلغ من العمر، ومهما تعرض لبرامج ومثيرات تربوية.

ويتميز المعاقون عقليا كذلك بضعف الانتباه وصعوبة الاحتفاظ بهذا الانتباه لمدة طويلة، أو بالدرجة التي يستطيع الطفل العادي فعلها، لهذا فهم يحتاجون إلى مثيرات قوية تلفت انتباههم أكثر من مجرد المثير اللفظي.

أ- الانتباه:

إن جميع الأطفال في سن مبكرة يعانون من مشكلات في الانتباه وهذا أمر طبيعي وينمو الانتباه عند الأطفال تبعا لنموهم الجسمي والذهني والنفسي وتبعا لمراحل نموهم أما إذا لم يستطع الطفل القيام بالمهام المطلوب القيام بها والتي تحتاج إلى الانتباه قياسا مع انتباه الطلبة العاديين فإنه سيكون لديه مشكلة في الانتباه ويعتبر الانتباه متطلب رئيس وسابق لعملية التعلم إن قدرة المعاق على الانتباه إلى المثيرات ذات العلاقة بالموقف التعليمي أدنى من قدرة الطفل العادي.

ب- التذكر:

يزداد التذكر عند الفرد بازدياد قدراته الذهنية وبسلامة جهازه العصبي والذهني والعكس صحيح ويمتاز أصحاب هذه الفئة بنقص شديد في قدرتهم على الاسترجاع والتذكر بسبب عدم قدرتهم على الانتباه والاختزان والاستيعاب إلا بصعوبة بالغة إذ أن الذاكرة القصيرة المدى هي التي تتأثر قياسا مع الطفل العادي. (العزة، 2009: 67-71)

ت- الادراك الحسي:

يتميز الاطفال المعاقين عقليا بانخفاض مستوى الادراك الحسي ويؤثر هذا الانخفاض على مستوى توافق هؤلاء الاطفال وعلى علاقاتهم بالآخرين وعلى مقدر تحملهم للمسؤولية وعلى امنهم ونظرا الى الادراك يعتبر بوابة المعرفة ومفتاح الطريق الى فهم الماقين عقليا لعناصره يؤدي الى عدم فهم المعاقين عقليا لعناصر البيئة الاجتماعية من حولهم وفشلهم في القيام بعمليات التوافق الاجتماعي والبيئي التي تطلبها عملية المعيشة في الاسرة والجماعات المختلفة.

ث- التخيل والتفكير:

يلاحظ ان المعاقين عقليا بشكل عام ذو خيال محدود يزداد القصور في القدرة على التخيل بازدياد درجة الإعاقة العقلية والتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل والتذكر والتعليل لذا فالمتخلفون عقليا يتسمون بانخفاض واضح في القدرة على التفكير المجردة.

ج- الفهم:

أما بالنسبة للفهم فقد اشارت دراسة جون Joun (1990) على أن الاطفال المعاقين عقليا أظهروا انخفاضاً في الفهم بصفة عامة وأكدت دراسة لي انثوني Lee Anthony على ان الاطفال المعاقين عقليا اقل من الاطفال الذاتويين في مستوى الفهم القرائي.

7- **تشخيص الإعاقة العقلية:** إن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية الكاملة والشاملة وفي الوقت المناسب، لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية:

7-1- **البعد الطبي:** التاريخ الوراثي، المظهر الجسمي والحركي، العوامل المسببة، الفحوصات المخبرية.

7-2- **البعد السيكومتري:** مقاييس القدرة العقلية مثل ستانفورد بينيه للذكاء، مقياس وكسلر للذكاء.

7-3- **البعد الاجتماعي:** مقاييس اللوك التكيفي مثل مقياس الجمعية الأمريكية .

7-4- **البعد التربوي:** مقياس التحصيل التربوي مثل مقياس المهارات اللغوية، العدديّة، القراءة، الكتاب.

(الرحو، 2005: 273-274).

8-الخدمات المقدمة للمعاقين عقليا :

-الدعم:يحتاجون للدعم لتطوير قدراتهم ومهاراتهم كل حسب قدرته:

الدعم المتقطع:حسب الحاجة مثل المرور بأزمة طبية.

الدعم المحدود

الدعم الشامل

الدعم العام

-الدعم الفردي للمعاقين عقليا:المساعدة المالية أو التقنية للذين لا يعيشون مع افراد العائلة.

-البيئات التعليمية:-الغرفة الصفية العادية-تكامل التعليم العام والخاص.

(القمش، 2011 :241، 242)

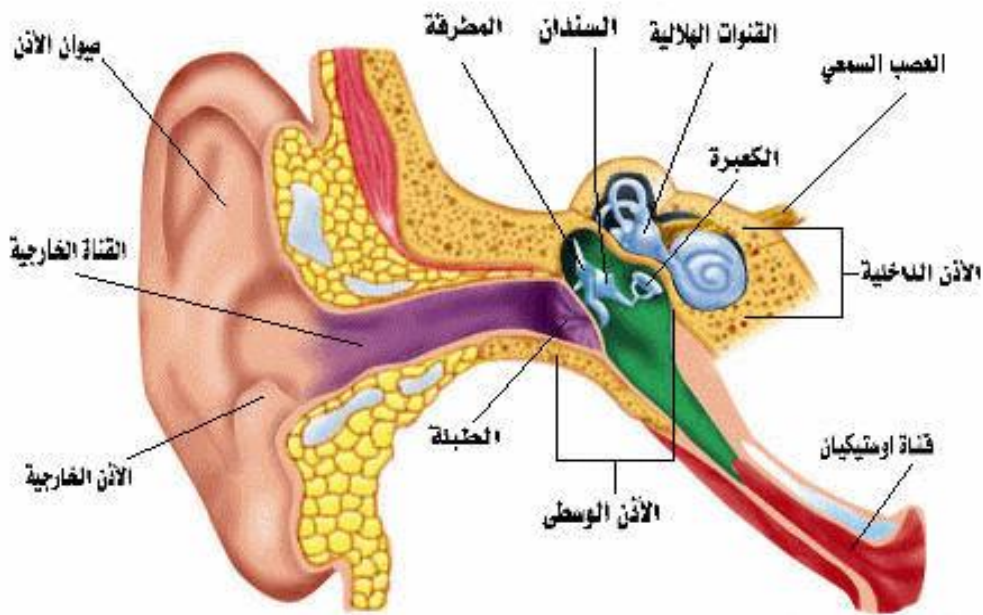
محاضرة 2: الإعاقة السمعية

مقدمة: يعتمد ادراك الانسان لعالمه على المعلومات التي يستقبلها عبر الحواس المختلفة وبخاصة السمع والبصر، وحدث أي خلل في واحدة أو أكثر من هذه الحواس ينجم عنها صعوبات عديدة ومتنوعة، ولأن السمع يلعب دورا رئيسيا في نمو الانسان، فهذه الحاسة هي التي تجعل الانسان قادرا على تعلم اللغة وحجر الزاوية لتطور السلوك الاجتماعي، كذلك تمكنه من فهم بيئته ومعرفة المخاطر الموجودة فيها فتدفعه إلى تجنبها .

إن حاسة السمع تكون طبيعية قبل الولادة وبعد الولادة مباشرة تضعف حاسة السمع لأن القناة السمعية تمتلئ بالسوائل، ولكنها تصبح عادية بعد عدة أيام من الولادة حيث يستطيع الطفل تمييز الاصوات المختلفة.

لا يمكننا وصف الإعاقة السمعية وفهمها دون معرفة آلية السمع الطبيعية ودون معرفة تشريح الجهاز السمعي وفسولوجيته.

1- تشريح جهاز السمع: تعد الأذن من أكثر اعضاء الجسم أهمية وهي تتكون من ثلاثة اجزاء أساسية وهي:



أولا: الأذن الخارجية: تبدأ الأذن الخارجية بالجزء الخارجي الظاهر من الأذن وتنتهي بعد قناة الأذن ببطلة الأذن.

(حنفي، 2003 : 12)

وظيفتها:تجميع الموجات الصوتية والتي تولد ضغطا على طبلة الاذن وتؤدي الى اهتزاز الغشاء.

وتتكون من :صيوان الأذن، القناة السمعية الخارجية.

-صيوان الأذن: وهي الجزء الخارجي الظاهر من الأذن ، وهو هيكل غضروفي مغطى بالجلد ، وليس له وظائف مهمة سوى تجميع الأمواج الصوتية وادخالها إلى قناة الأذن الخارجية.

-القناة السمعية الخارجية:وهي القناة التي تقع في أول الأذن من الخارج، وهي التي ينتقل خلالها الصوت إلى الأذن الوسطى. (حنفي،2003 : 12)

ثانيا:الأذن الوسطى:تبدأ بطبلة الأذن وتنتهي بالنافذة البيضاوية وتتكون مما يلي:

-طبلة الأذن:(غشاء الطبلة) وهو غشاء رقيق جدا يفصل الأذن الوسطى عن الجزء الداخلي للاذن، وهو يتذبذب ردا على الطاقة الصوتية ، ثم يرسل الاهتزازات الميكانيكية الناتجة إلى الأذن الوسطى.

-السلسلة العظمية:إن الصوت الذي انتقل من الأذن الخارجية إلى طبلة الأذن يصل إلى العظيمات هي المطرقة التي تتصل بطبلة الأذن وتقوم بنقل الاهتزازات إلى العظيمات الأخرى، أما الركاب فيتصل بالنافذة البيضاوية.

-العظيمات الثلاثة: تنقل الذبذبات الصوتية من غشاء الطبلة إلى النافذة البيضاوية.

-القناة السمعية:(قناة اوستاكيوس)وهي قناة صغيرة جدا تمتد من الأذن الوسطى إلى خلف الحنجرة وظيفتها احداث توازن في ضغط الهواء في الاذن الوسطى.

-النافذة البيضاوية: وهي فتحة بيضوية في الشكل العلوي من غشاء الأذن توجد بين الأذن الوسطى والدهليز. (عبيد،2000 : 43)

ثالثا:الأذن الداخلية:تبدأ من النافذة البيضاوية وهي بحجم حبة البازلاء يطلق عليها إسم المتاهة أو التيه، ذلك لأنها تحتوي على ممرات متشابكة بالغة التعقيد، وتختلف الأذن الداخلية عن الأذن الوسطى بأن الأذن الداخلية مملوءة بالسائل بدلا من الهواء وتتضمن جزءان:

(العزة،2010 : 43)

-القنوات نصف دائرية:تشبه هذه القنوات الاقواس ، وهي قنوات مليئة بالسائل الذي يرتبط بعملية التوازن والحركة وتزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه والاحساس بالسرعة.

-قوقعة الأذن:تشبه الحلزون وهي تحتوي على خلايا شعرية ، والقوقعة مسؤولة عن سماع الاصوات، فبعد مرورها بطبلة الأذن تصل إلى الأذن الداخلية بعد أن تحدث اهتزازات في العظيمات الثلاثة، وهذه الاهتزازات الميكانيكية تجعل السائل في الأذن الداخلية والخلايا الشعرية يتحرك، وترجم

النهايات العصبية للخلايا الحركات إلى امواج كهربائية والتي تنتقل خلال العصب السمعي الى الدماغ، حيث يترجم الدماغ الامواج الكهربائية الى بيانات حقيقية ككلام مسموع أو مهموس، أي أن وظيفة القوقعة هي تحويل الصوت الى موجات كهربائية.

إن مراكز النطق عند غالبية الناس في الجانب الايسر من الدماغ. (العزة، 2010 : 43)

2-1-1- تعريف عام بحاسة السمع والاعاقة السمعية

قدرة الانسان على ادراك المؤثرات الصوتية اي معرفة وفهم دلالاتها تعتمد اعتماداً كبيراً على سلامة قدرته الحسية السمعية وما يصاحبها من عمليات دماغية كتحليل الذبذبات الصوتية الى مكوناتها الاولية حتى يتم تمييزها ومطابقتها بدلالاتها المختزنة في ذاكرته. وسماع الانسان لهذه الاصوات ما هو إلا دلالة حية على ارتباطه ببيئته واتصاله بمحيطه، واستمرار لوجوده، حتى في احلك الظلمات فإن قدرته على سماعها تمنحه الثقة التي يتوخاها وتوفر له الامان الذي يرتجيه.

(المختار، 2001 : 13).

وجهاز هذه القدرة الحسية هو الاذن باقسامها وعصبها الثامن الناقل للنبضات العصبية الناتجة عن تحليل الذبذبات الصوتية الى المراكز الدماغية التي تعمل على ترجمتها وادراك مدلولاتها. وتلعب القدرة الحسية السمعية عند الانسان دوراً مهماً في حياته، فهي النافذة التي يطل منها إدراكه العقلي على العالم الصوتي من حوله والمنبه له من الاخطار التي من الممكن ان تعمل على إيذائه والقضاء على استمرار بقاءه.

(Levine, 2008: 56)

وتكون الاعاقة السمعية على مستويات متفاوتة من الضعف السمعي يتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً، وخلافاً لأعتقادات البعض بأن الضعف السمعي ظاهرة يعاني منها الكبار في السن فقط، تؤكد الاحصائيات على ان مشكلات سمعية متنوعة تحدث لدى الاطفال والشباب، ولذلك يصف كثيرون الاعاقة السمعية بأنها اعاقة نمائية بمعنى انها تحدث في مرحلة النمو.

(الروسان، 1999 : 23).

وشدة الاعاقة إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل اخرى اهمها:-

- العمر عند فقدان السمع.
- العمر عند اكتشاف فقدان السمع ومعالجته.
- المدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع.
- نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.
- فاعلية ادوات تضخيم الصوت.
- الخدمات التأهيلية المقدمة.
- العوامل الاسرية والقدرات التعويضية او التكيفية.

(Levine, 2008: 60)

- الشخص الاعم هو الشخص الذي تحول اعاقته السمعية دون فهمه للكلام عن طريق حاسة السمع وحدها سواء باستخدام السماع الطبية، او بدونها، اما الشخص ضعيف السمع فهو الشخص الذي يعاني من صعوبات في السمع. (Levine,2008:60)

2-1-2- اسباب الاعاقة السمعية:

- العوامل الوراثية.
- التشوهات الخلقية سواء ذلك في طبلة الاذن او العظيماات او القوقعة او صديوان الاذن.
- اصابة الام بالعدوى خلال الحمل وخاصة الحصبة الالمانية.
- الولادة قبل الأوان (الاطفال الخداج).
- المضاعفات الناتجة عن بعض الولادات العسرة والتعقيدات التي قد تحدث عملية الولادة.
- اصابة المولود باليرقان خاصة إذا كان في الساعات الاولى بعد الولادة او في الايام الثلاثة الاولى.
- زيادة الافرازات الشمعية في الاذن مما يؤدي إلى اغلاق القناة السمعية.
- الحوادث والصفعات واللدمات على الاذن.
- اصابة الطفل ببعض الامراض المعدية مثل التهاب الغدة النكافية والتهاب الاذن الوسطى الحاد والمزمن والتهاب السحايا.
- تناول العقاقير والادوية.
- التعرض لفترات طويلة للضجة والضوضاء والاصوات العالية. (Holm,2001: 32).

4-تصنيفات الاعاقة السمعية:تختلف التصنيفات تبعا لاختلاف التخصص العام وتبعا للمعيار الذي تتم على أساسه التصنيف، ولكن بشكل عام يمكن تصنيف الاعاقة تبعا لثلاث خصائص وهي:

أولاً:التصنيف حسب درجة فقدان السمع:تقسم الى اربعة اقسام:

-**الاعاقة السمعية البسيطة:(27-40) ديسيبل** درجة الصوت ديسيبل، يكون الطفل قادرا على سماع الصوت الخافت، لديه القدرة على تمييز بعض الاصوات.

-**الاعاقة السمعية المتوسطة:(56-69)ديسيبل**، الفرد هنا يفهم كلام المحادثة العالية وجه لوجه فقط.

-**الاعاقة السمعية الشديدة:(70-90)ديسيبل**، هنا الفرد غير قادر على سماع الاصوات العالية، كما أنه يعاني من اضطرابات بالغة في اللغة.

(عبيد، 2000 :179).

-الإعاقة السمعية الشديدة جدا:وتزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة عن 92 ديسيبل، ويعتمد الافراد في هذه الفئة على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع، كما أن لغتهم تكون ضعيفة جدا.

(عبيد، 2000: 179).

ثانيا:التصنيف وفق العمر الذي تبدأ عنده الإعاقة السمعية:

1-الصمم قبل اللغوي:يحدث قبل أن يتكلم الشخص أي قبل مرحلة اكتساب اللغة(قبل 3 سنوات)، وتعود اسباب هذا الاضطراب إلى مشاكل جينية أو وراثية أو أثناء الحمل.

تتعلم هذه الفئة لغة الإشارة الموجهة بصريا كلغة أولى، وينقسم هذا النوع الى قسمين هما:

-صمم منذ الولادة:اي ان الطفل يولد وهو أصم. (زريقات،2003: 52)

-الاطفال الذين يصابون بالصمم بعد الولادة مباشرة: أي قبل أن يتعلم الطفل اللغة.

2-الصمم بعد اللغوي:يظهر بعد أن يتعلم الشخص كيف يتكلم، وهذه الفئة قادرة على الكلام، لأن الإصابة حدثت بعد تطور اللغة لديهم ، وينقسم هذا النوع بدوره الى قسمين:

-الصمم المفاجئ:يصاب فجأة والسبب يكون مرض أو حادث أو جراحة ، واهيانا يكون السبب مجهولا، والصمم المفاجئ يعد ظاهرة نادرة.

-الصمم المتأخر:يحدث بشكل تدريجي خلال عدة سنوات.

(كريمان،2013 : 241).

ثالثا:تصنيف الإعاقة حسب طبيعة الإعاقة:تصنف الى اربعة اقسام وهي:

1-فقدان السمع التوصيلي:تستقبل الاذن الخارجية الموجات الصوتية وترسلها الى قناة الاذن، وتضرب الموجات طبلة الاذن ثم تنتقل الذبذبات عبر المطرقة والسندان والركاب ثم الى حلزونة الاذن في الاذن الداخلية، ان اي خلل في اي مكان يمنع تسلسل الاهتزازات ووصولها تحديدا الى العصب السمعي سيؤدي الى مايسمى بفقدان السمع التوصيلي، حيث تصبح الاصوات وكأنها أمام عائق، وهذا الخلل يمكن اصلاحه طبيا أو جراحيا أو باستخدام مضخمات الصوت، ومن اسبابه:تراكم السمع،امراض الاذن الوسطى،ثقب طبلة الأذن، دخول الاجسام الغريبة.

2-فقدان السمع الحسي العصبي:يحدث هذا النمط عندما تتضرر الاذن الداخلية أو العصب السمعي، أي تكون الاذن الداخلية غير قادرة على التقاط الاهتزازات أو غير قادرة على ارسالها الى

الدماغ، وهذا لا يؤثر فقط على القدرة على سماع الاصوات الضعيفة، لكن يؤثر على القدرة على فهم الكلام.

الاسباب الأكثر شيوعا هي:التهاب الاذن الداخلية، التعرض للضوضاء، اصابات الرأس، وهذا لايعالج طبيا وجراحيا لكن قد يستفيد من سماعات الاذن.

(كريمان،2013 : 241).

3-فقدان السمع المختلط:بمعنى أن الفرد يعاني من عيوب في الاذن الخارجية أو الاذن الوسطى وعيوب في الاذن الداخلية أو في العصب السمعي، وتتضمن اعراض واسباب فقدان السمع المختلط اعراض واسباب فقدان السمع التوصيلي وفقدان السمع الحسي العصبي.

4-فقدان السمع المركزي:سبب فقدان السمع المركزي هو حدوث ضرر في العصب السمعي والمراكز السمعية في الدماغ، أي أن العصب السمعي قد لا يستطيع ارسال الموجات الكهربائية إلى الدماغ وان المراكز السمعية في الفص الصدغي في الدماغ قد لا تستلم الاشارات بشكل صحيح، ويمكن أن تنتج عن جروح في الرأس، الأورام ، ومن اعراضه أن الفرد يستطيع معرفة الصوت ولكنه غير قادر على فهمه.

(زريقات،2003 : 52)

5-خصائص الاطفال ذوي الاعاقة السمعية:

1-الخصائص المعرفية:لديهم ذكاء عادي ، لكنهم لا يستطيعون السماع، فهم يمرون بنفس التسلسل في التطور المعرفي لباقي الاطفال العاديين ولكن بمعدل ابطئ، حيث أن هناك علاقة طردية بين درجة الاعاقة السمعية والمشكلات اللغوية عند الفرد وكذلك نشاط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية بمعنى تدني المعاقين من الناحية اللغوية، وكذلك تدني الاداء على اختبارات الذكاء.

-يواجهون مشكلات في التعبير عن بعض المفاهيم المجردة.

2-الخصائص الاجتماعية والانفعالية:يعانون مشكلات في التكيف الاجتماعي بسبب النقص الواضح في قدرتهم اللغوية وصعوبة التعبير لفظيا عن انفسهم وكذلك صعوبة تفاعلهم مع الاخرين في البيت والعمل والمجتمع، لذلك فالمعاقين يميلون للتفاعل مع اشخاص يعانون من الاعاقة السمعية نفسها.

-أما الانفعالي فهم يعانون من سوء التكيف النفسي، تدني الذات، عدم الاتزان العاطفي، اكثر عرضة للاكتئاب والقلق والعدوانية وعدم الثقة بالآخرين.

(الملاح،2016 : 14-16)

3- الخصائص الأكاديمية: يعانون انخفاضاً في تحصيلهم الأكاديمي لأنه مرتبط بالنمو اللغوي، ولذلك تتأثر مهارات القراءة، الكتابة والحساب، لكن لا يعانون انخفاضاً في قدراتهم العقلية، والانخفاض الأكاديمي يعود إلى عدم ملائمة المناهج الدراسية، أو أساليب التدريس أو انخفاض دافعية المعاق للدراسة.

4- الخصائص اللغوية: يؤثر فقدان السمع بشكل واضح على النمو اللغوي، وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية، فهو لا يحصل على التغذية الراجعة المناسبة عند صدور الأصوات وخصوصاً في مرحلة المناغاة، ولا يحصل على إثارة سمعية كافية أو التعزيز من الآخرين، ويعانون صعوبات في النطق وعدم اتساق في نبرات الصوت، أما الكلام فيكون بطيئاً.

(الملاح، 2016: 14-16)

6- طرق تشخيص الإعاقة السمعية:

1- دور المدرسة في التشخيص: يتم تشخيص الأطفال شديدي فقدان السمع عادة من قبل المدرسة عن طريق الفحوص الصحية العامة التي تتم عن طريق الأطباء، وأحياناً ما يمر الأطفال بسيطي أو متوسطي الإعاقة دون تشخيص، حيث يشير الأداء الأكاديمي إلى وجود مشكلة.

(الجوالدة، 2012: 41)

2- دور المعلم في التشخيص: يقترح ستيفنز وآخرون أن يلاحظ المعلم أشياء عدة منها:

- هل يعاني الطفل من مشاكل تتعلق بالأذن، الم، رنين، كذلك الرشح المتكرر قد يعيق السمع.

- عند الاصغاء للراديو والتلفاز، هل يرفع الطالب الصوت بدرجة يشكو منه الآخرون.

- هل يقترب من المتكلم.

- هل يطلب باستمرار إعادة ما تم قوله.

- هل الطالب لا يستجيب عندما تتكلم معه بصوت عادي.

3- دور أخصائي السمع في عملية التشخيص: أصبح وجوده في المدارس أمراً ضرورياً لتشخيص الذين يعانون من ضعف السمع وذلك لتقديم الخدمات التربوية اللازمة لهم، تقويم السمع، التوصية بالأجهزة، تقديم النصح حول المحافظة على الصوت.

أخصائيو السمع طورو اختصاصاً آخر يسمى علم السمع التعليمي.

4- دور اختبارات السمع: لتحديد فيما اذا كان هناك شيئاً خاصاً في عملية السمع في احد اجزاء الاذن الداخلية منها:

-مقياس قوة السمع: وهو الاختبار الالهم الذي يقيس القدرة على السمع من اجل تخصيص الرعاية الصحية واعادة التأهيل للأفراد فاقد السمع.

-قياس السمع بالتوصيل العظمي: مع الرضع 3 سنوات، حيث يتم تسجيل الصوت في الدماغ.

-مقياس الملاحظة السلوكي السمعي: لدى الاطفال دون 3 سنوات، يوضع الطفل في بيئة غنية بالالعاب جذابة ويقوم مراقب خارجي بملاحظة ردود الفعل ، تحريك الرأس، تحريف العين، الابتسامة، التحرك نحو المصدر.

(الجوالدة،2012: 41 - 42 - 43)

7-الخدمات المقدمة لذوي الاعاقات السمعية:

-الانابيب: تجميع مزمن للسائل وراء الطبلة الاذن يمنعهم من سماع الاصوات.

طور الدكتور هازنفيلد طريقة جديدة تتضمن ازالة السائل من وراء الطبلة ثم ادخال انبوب صغير خلال طبلة الاذن كي يتحرك الهواء من الخارج الى الداخل بشكل يمنع تجمع السائل..

-سماعات الاذن: ادوات كهربائية تساعد على فهم الخطاب، فهي تساعد على سماع الكلام وهي تعمل بالبطارية.

-دور المترجم: وهو حلقة وصل بين المجتمع وفاقد السمع.

-الحواسيب: استخدام معالجات خاصة لترجمة اللغة المكتوبة الى اشارات بالاصبع على شاشة الكمبيوتر.

(الجوالدة،2012: 255 - 256)

محاضرة 3: الإعاقة البصرية

مقدمة: تعتبر وظيفة السمع من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي ، ويشعر هذا الفرد بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على السمع بسبب ما يتعلق بالأذن نفسها ، وتتمثل آلية السمع في انتقال المثير السمعي من الأذن الخارجية على الوسطى ومن ثم إلى الأذن الداخلية فالعصب السمعي ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي حيث تفسر المثيرات السمعية.

1-تعريف الإعاقة البصرية:

- ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، فمنها:

- بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلبًا في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفًا أو عجزًا في الوظائف البشرية

(العزة، 2001: 79)

- هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان .

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: (الزاوية القانونية والزاوية التربوية):

- يعتمد التعريف القانوني على حدة البصر (Visual Acuity)، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). بعبارة أخرى: حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضور بحيث يصبح مركزًا على الشبكية، وحدة الإبصار العادية هي 20/20. فأن نقول إن حدة إبصار الشخص 60/20 مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد 60 قدم، وتبعًا لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفًا (قانونيًا) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من 200/20، كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار (Field of vision) ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه، ومجال الإبصار يقاس بالدرجة وهو يبلغ حوالي (180) درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية، فإذا كان مجال البصر يساوي (20) درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانونيًا.

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 166، 167)

- أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ولذلك فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم، وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة

عن طريق بريل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونياً غالباً ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي (Residual Vision)، وأما ضعاف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20 إلى 200/20 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة.

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 167-166)

2- تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين (Blind) وتطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ برايل Braille Readers): وهم الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة.

الثانية: فئة المبصرين جزئياً (Bartially sighted) وهذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية، ويطلق على هذه الفئة (قارئ الكلمات المكبرة Large- Type Readers): وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة مع تكبير الكلمات.

(كوافحه، عبدالعزيز، 2010 : 84).

3- أسباب الإعاقة البصرية:

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية منها:

- أسباب ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض.
- أسباب أثناء الولادة: وتشمل العوامل الوراثية، فكثيراً ما تظهر تأثيراتها منذ الولادة فهي تسمى بالعوامل الولادية (Congenital)، وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة.
- أسباب ما بعد الولادة: وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث.

(الحديدي، 2004 : 180)

1- انفصال الشبكية (Retinal Detachment):

ينجم انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها، أسبابها: إصابات الرأس وقصر النظر والسكري.

2- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy):

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى، وإذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه، ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حاليًا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر.

3- انتكاس النقطة المركزية (Macular Degeneration):

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور، ويؤدي هذا الاضطراب إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية

4- الماء الأسود (Glaucoma):

هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا، وتعالج الجلوكوما لدى الأطفال جراحياً في العادة، أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير، وتندهر الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر؛ لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى، ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقافه، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرضى قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً، وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري، هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

أ- المياه السوداء الولادية (Congenital Glaucoma):

تكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة.

تكون القرنية مدفوعة إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 170 - 171).

ب- المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة في صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في

الصباح، ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية، وجلوكوما الراشدين) أوليًا - أي: ليس ناتجًا عن مرض ما في العيون - أو قد يكون ثانويًا (ناتجًا عن مرض ما في العين)

5- الماء الأبيض (Cataract):

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار؛ ولكنه قد يحدث مبكرًا أيضًا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Cataract) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيدًا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءًا تدريجيًا ويحدث صعوبة في الرؤية، وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتم، وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفًا جدًا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 200/20 إلى 400/20 في العين التي أجريت لها عملية جراحية، ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90-95%.

6- ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين، وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعًا لدى الشباب، وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيًا، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي.

7- التليف خلف العدسي (Retrolental Fibroplasia):

مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأوكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة، وتتأثر الأوعية الدموية وتلف الشبكية، وأحيانًا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision) وبشكل عام، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 170 - 171-172).

8- الحول (Strabismus):

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة، ومن المهم أن تتحرك العينان معًا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي

(Binocular Vision)، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معاً بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عيناً واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل، وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم، ويعتبر الحول إلى الداخل (Esotropia) وهو ما يعرف بالحول الأنسي أكثر أنواع الحول شيوعاً بين الأطفال، وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة، وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف، وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (Exotropia) أو ما يعرف بالحول الوحشي ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث أن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

9- توسع الحدقة الولادي (Aniridia):

هو تشوه ولادة ينتقل على هيئة جين سائد، تكون فيه الحدقة واسعة جداً نتيجة عدم تطور القرنية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدودة وربما أيضاً رؤية ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار، ويستخدم الأفراد المصابون أحياناً النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

10- البهق (Albinism):

ينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقرًا وشعره أبيضًا وعيناه زرقاوتين، وتكون القرنية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء، وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحياناً بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عادياً، وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الإنكسار والرؤية وخاصة عندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء، وبوجه عام، تتراوح حدة البصر لدى هؤلاء الأشخاص بين 20/70 إلى 20/200

11- التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa):

وهو حالة التهاب وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصى في الشبكية تدريجياً، ويحدث عمى ليلي (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدوداً أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح البصر نفقياً، وغالباً ما يكون هذا المرض مرتبطاً بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

12- القصور في الأنسجة (Coloboma):

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية، ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورؤية وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء (الخطيب، الحديدي، 2009 : 172).

13- القرنية المخروطية (Keratoconus):

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي، وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين، وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الإناث منه لدى الذكور.

14- رآرة العين (Bystagmus):

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون، وهذا ينجم عنه غثيان ودوار، وقد تكون حالة الرآرة مؤشراً على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية.

15- العين الكسولة (Amblyopia):

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيداً طبياً، ويحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين، ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر، ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة، وأي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلباً على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين.

16- أخطاء الإنكسار (Errors of Refraction):

أ- قصر النظر (Myopia):

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة، وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالباً ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8-12 سنة)، ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكراً جداً، ويزداد قصر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة، وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (Blurred Central Vision)، ويمكن تحسين حدة البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تماماً، ويبدو أن هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثياً فذلك أمر غير معروف.

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 173 - 174).

ب- طول النظر (Hyperopia):

يحدث طول النظر عندما تكون مقلة العين قصيرة فتتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها، وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء القريبة، أما رؤية الأشياء البعيدة فقد تكون عادية، وفي كل من قصر النظر وطول النظر قد تكون الحالة شديدة فتؤدي إلى ضعف بصري شديد، وفي العادة تستخدم النظارات والعدسات اللاصقة لكي تصبح قدرة الإنسان البصرية ضمن الحدود العادية، وعند الكبار، قد

يحدث فقدان تدريجي لقوة العدسة (Presbyopia)، فبسبب عامل العمر تضعف قدرة العين على التكيف ويحدث صعوبة في التركيز على الأشياء القريبة وفي القراءة، وقد يحتاج الإنسان العادي إلى نظارات للقراءة بعد أن يبلغ الثانية والأربعين من عمره..

ج- حرج البصر (Astigmatism):

تعتبر هذه الحالة أيضاً من حالات أخطاء الإنكسار التي تؤثر على حدة الرؤية المركزية وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة ولذلك فإن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه عليها وبعضه الآخر خلفها، ولهذا لا تكون الصورة واضحة فيعاني الفرد من صداع وتعب عند القراءة.

17- التهاب القرنية (Keratitis):

هو التهاب ينتج عن البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات، أو نقص فيتامين (أ)، وفي هذا الالتهاب، الذي قد يظهر في حالات الإصابة بمرض الزهري والتراخوما، يتكون على القرنية سحابة، ويشكي الشخص المصاب من ألم شديد في العين، ومن حساسية للضوء ودماع، وغالباً ما تتأثر كلتا العينين، ولكن الالتهاب يبدأ عادة بإحدهما، ويستطيع اختصاصي طب العيون تشخيص حالات التهاب القرنية، وتحديد أسبابه، وبالتالي معالجته بالعقاقير الطبية المناسبة، أما إذا لم يعالج الالتهاب فقد تحدث مضاعفات، ومنها الجلوكوما، وفقدان البصر.

18- البصر البعيد (Distance Vision):

يشير هذا المصطلح إلى قدرة العين على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة، فعلى سبيل المثال، عندما يتم تقييم حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن، أو اللوحات المشابهة يطالب الشخص برؤية أشياء يبعد عنها مسافة (6) أمتار، و توفر مقاييس حدة الإبصار التقليدية معلومات عن قدرة الإنسان على رؤية الأشياء من مسافات بعيدة فقط.

19- الحساسية للضوء (Photosensitivity):

الحساسية للضوء أو ما يعرف برهاب الضوء (Photophobia) حالة شائعة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري ناتج عن نقص الصبغيات (المهق)، وبعض أمراض العين الأخرى (كالتهاب الملتحمة، أو الجلوكوما الحادة، أو تقرحات القرنية)، ومن ناحية طبية، فالحساسية للضوء تعامل بوصفها مؤشراً مرضياً وليس كمعيار تشخيصي، ويمكن التخفيف من هذه الحساسية عادة بارتداء نظارة سوداء.

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 174 - 175)

20- الخلع العدسي (Dislocated Lens):

اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين، ومن الأسباب الرئيسية، لذلك إصابة العين بجسم غير حاد (كقبضة اليد

مثلاً)، وكذلك العوامل الوراثية كما في متلازمة مارفان مثلاً، وقد يكون الخلع جزئياً أو كلياً، وفي الخلع الجزئي، يمكن رؤية العدسة، وقد سدّت جزءاً من الحدقة

(الدهمشي، 2007: 202-203)

4-سمات وخصائص المعاق بصرياً:

نظرا للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصريا مثل الجهات الأسرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصريا، فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، ذلك لأنهم ليسوا على مجموعة متجانسة، لقد حدد لونييلد (1955) أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عند تحديد خصائص المعاقين بصريا وهذه الاعتبارات هي:

1- الربط بين الخصائص والمسببات: فعلى سبيل المثال الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصابها تخلف عقلي، بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصابها في الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

2- تكييف وتفتين الاختبار على عينات من المعاقين بصريا: فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصريا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كُيفت وقننت على عينات من المعاقين بصريا.

3- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصريا: وهو ما يعرف باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصريا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى التربوي أو التأهيلي، أو العلاجي إلى ظهور العديد من النفسية السلبية لدى المعاقين بصريا.

4- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية: أن معظم البحوث التي تجري على المعاقين بصريا تشمل من يقيمون منهم في المؤسسات والمدارس الخاصة بالمعاقين بصريا، وهؤلاء يعتبرون فئة مختارة لا تمثل جميع المعاقين بصريا، العديد من الدراسات التي تناولت هذه الفئة من المعاقين ألفت الضوء على بعض هذه الخصائص وذلك نظرا لبروزها وارتباطها بالجانب التربوي والتأهيلي للمكفوفين .

(سالم، 1988: 56).

5-خصائص المعاقين بصريا:

أولاً: الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعوقين بصرياً والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wicc-R)، وكذلك الحال على مقياس ستانفورد - بينيه

للذكاء، ودعم ذلك الدراسة التي قام بها سامويل هيز (Hayes, 1941) وأشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعوقين بصرياً هو ضمن المعدل الطبيعي للفرد العادي.

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب المبصرين والطلاب المعاقين بصرياً، إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً، حيث إن معظم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمل على فقرات تحتاج إلى حاسة البصر، ولهذا فإنه لقياس ذكاء المعاقين بصرياً من الضروري الاعتماد على مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعي فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع، ورغم ذلك فقد أكد لوفيلد 1955م على أن الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور الآتية:

(كوافحه، عبدالعزيز، 2010:89)

• معدل نمو الخبرات وتنوعها.

• القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.

• علاقة المعاق بصرياً ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

ثانياً: الخصائص اللغوية:

المظاهر النمائية اللغوية تتطور لدى المكفوفين تطوراً طبيعياً إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى، ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تظهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المداخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها.

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الطفل الكفيف يعاني من مشكلة التواصل اللفظي والتعبيرات بمفهومها الشامل، إذ يتمكن من إعطاء تعريف لغوي صحيح للكلمة، ولكنه لم يتمكن من تعيين الشيء الذي ترمز له تلك الكلمة.

كما إن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصرياً، فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي

ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المكفوفين والتي أجمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:-

1- الاستبدال: وهو استبدال صوت بصوت.

(الخطيب، الحديدي، 2005:108)

2- التشويه أو التحريف: وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغيير معناها وبالتالي عدم مفهوم ما يراد قوله.

(الخطيب، الحديدي، 2005: 108)

3- عدم التغير في طبقة الصوت: بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.

4- العلو: ويتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.

5- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث: يتمثل في عدم التغيير أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما. (شكير، 2005: 245-264).

6- القصور: في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.

7- اللفظية: وهي الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى، وينتج عن هذا القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة، فيعمد المعاق بصريا إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ عله يستطيع إن يوصل ما يريد قوله.

8- قصور في التعبير: وينتج عن القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الإحداث وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها .

(سالم ، 1988 : 68).

ثالثاً: الخصائص الحركية:

يواجه المكفوفون مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر، بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكيات النمطية.

(كوافحة، عبد العزيز، 2003: 90)

فالطفل الكفيف يبدأ بالوصول إلى الأشياء فقط بعد أن يصبح بمقدوره تحديد مصادر الأصوات والوصول إليها، ونتيجة لذلك فلا غرابة في أن يكون نمو الطفل الكفيف من حيث معدل سرعته بطيئاً، وقد لاحظت فريبرج تأخراً في النمو الحركي لدى الأطفال المكفوفين وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم استثارة الأشياء لدافعية هؤلاء الأطفال، ولذلك فإن أكثر الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المكفوفون على الصعيد الحركي هي تلك التي تتعلق بالتحرك والتنقل، ولذلك يعتبر التدريب على العرف والتنقل عنصرين رئيسيين في مناهج المكفوفين

وقد طور العالم (كورت) 1983م نموذج لتطوير الإدراك والانتباه عند الكفيف يتكون من:

1- القدرة النفسية على الرؤية: لتحديد المسافات والقدرة على التنقل.

2- الصفات الشخصية: الطموح والقدرة على التطور الذاتي والصحة الجسدية.

3- مفاتيح ومعايير بيئية: مثل كثافة اللون وبعد الجسم عن الكيف والتفاصيل الداخلية للشيء ونوعيته.

(الخطيب، الحديدي، 2005: 221).

رابعاً: الخصائص التعليمية:

من أهم الخصائص التعليمية للمعاقين بصريا التي أوردتها وانفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال:

1- بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة لبرابل أو الكتابة العادية: أورد نولان 1966م أن معدل سرعة قراءة الطالب المعاق بصريا لبرابل فيما بين الصف العاشر والثاني عشر بلغ حوالي 89 كلمة في الدقيقة وهذا يمثل ثلث معدل سرعة القراءة العادية.

2- أخطاء في القراءة الجهرية: خرجت دراسة بتمان 1963م بالنتائج الآتية:

أ- أن مستوى أداء هذه المجموعة في القراءة يعتبر بوجه عام مشابه لمستوى أداء المبصرين من نفس المرحلة الدراسية.

ب- إن أقل الدرجات انخفاضا هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الجهرية، وإن أعلاها هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الصامتة.

ج- زيادة أخطاء القراءة مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الكلمات والحروف.

3- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي .

(سالم ، 1988 : 58 - 59).

خامساً: الخصائص الاجتماعية:

تؤثر الإعاقة تأثيرا واضحا في السلوك المعوقين، حيث توجد لديهم صعوبات كبيرة في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين، وذلك نظرا لنقص خبراتهم الاجتماعية، وقلة الفرص الاجتماعية المتاحة لهم في الاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم، وكلما كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين إيجابية كلما سهلت عليهم فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتمت لديهم درجة اكبر من الثقة بالذات وبالآخرين.

(الزعيبي ، 2003: 178).

وبسبب فقدان الطفل للبصر يصبح كفيفاً بحاجة إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين ويصاحبه عدم اهتمام من قبل الوالدين، مما يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به مما يؤثر بشكل أو بآخر على علاقة الكفيف بوالديه، وهذا يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما يعوق محاولاته اكتشاف البيئة

وهذا يؤثر بالتالي على نموه الاجتماعي من جانب، ومن جانب آخر فإنه يشجع استمرار الطفل بالاعتماد على الوالدين وهذا يصاحبه حماية زائدة من الوالدين لأنه معاق وعدم التعامل مع الأشياء من حوله، وعندما ينتقل من بيئة الأسرة إلى مجتمع الزملاء فإنه يلاحظ عليه تأخراً في بعض النواحي الاجتماعية، من تعلم وتقليد ما هو مقبول اجتماعياً.

(الداهري، 2005: 260).

سادساً: الخصائص الانفعالية:

مشكلة تكيف الكفيف يتدخل فيها مجموعة من العوامل فقد تأتي من جانب المبصرين، كما تأتي من جانب المكفوفين مما قد يجعل من الصعب أن يتقبل كلا منهما الآخر وأن يتفاهم معه.

(صبحي، 1979: 24-25).

قد يجد الكفيف نفسه أمام مواقف تغلب عليها سمات الشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له وقد يجد هذه المواقف في بيته وبين أسرته وقد يجد نقيض هذه المواقف خارج بيته مما يدفعه إلى الانزواء في بيته، كما انه في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الرعاية فينتهي الصراع بين الدافعين إما تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تسيطر عليها المواقف العدوانية أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية وتتتاب الكفيف نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق يؤثر في كيان شخصيته فهو يخشى أن يرفض بسبب عجزه أو تستهجن أفعاله.

وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة قد يخيل إليه أنها عدوانية أو أنها على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرضي نفسه، كما يلجأ إلى التعويض، كاستجابة لشعوره بالعجز والنقص، فيكرس وقته وجهوده لينجح في ميدان معين يتفوق في على أقرانه، وهو بلجؤه إلى هذه الحيل، يكون مدفوعاً بأنه أقل كفاءة من المبصر، وتؤكد له مناسبات كثيرة صدق هذا الشعور، لأنه في مجال الإدراك أقل كفاءة من البصر .

وتشير دراسة كوبر سميث عام 1982م التي تناولت عدد 271 من الأطفال كفيفين لمعرفة عوامل تعزيز وتطوير الذات فوجد أهم هذه العوامل هي علاقة الآباء الوثيقة بهم وتقبلهم لوضعهم، ومن الخصائص النفسية (الانفعالية) أيضاً كما يراها الدكتور سميث أن الطفل الكفيف يحاول أن يصل إلى الكمال فهو يعتقد أن الطفل المبصر لا يخطأ، وهنا يأتي دور الآباء في تصحيح هذه النظرة، فلا بد أن يُعلم الطفل أن قدراته ذات حدود، فلا يمكن أن يُضغَط عليه لتجاوز هذه الحدود لأن كل شخص له حدود معينة

(بركات ، 1978 : 285-287)

6- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

هناك بعض المؤشرات غير المطمئنة تصدر عن الطفل وهي تدل على وجود مشكلة بصرية عنده، والتي يجب أن ينتبه إليها الأهل والمعلمون في المدرسة وخصوصاً عند الأطفال الذين لديهم مشكلات بصرية أقل حدة، ومن هذه المؤشرات ما يلي:

- 1- إحمرار العينين.
- 2- فرك العينين بشكل مستمر.
- 3- كثرة إدماع العينين.
- 4- كثرة إدماع العينين.
- 4- ظهور عيوب ظاهرة للعينين مثل الحول.
- 5- تكرار رمش العينين.
- 6- تحاشي الضوء أو الطلب بزيادة الضوء.
- 7- تقريب أو إبعاد الأشياء لرؤيتها.
- 8- الاصطدام بالأشياء بشكل متكرر.
- 9- الشعور بالتعب بسرعة أثناء القراءة.
- 10- الصداع المستمر.
- 11- كرة الأخطاء في القراءة والكتابة.
- 12- مشكلات في التمييز بين الألوان.
- صعوبة تلقف الأشياء التي ترمي باتجاهه

(Hallan,d & Kauffman, 1992:86).

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقاييس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام طريقة لوحة سنلن (Snellenchart) من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يساراً أم يميناً ويقف الفرد عاد على مسافة 6 أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة 6 أمتار فإننا نستطيع القول أن نتيجة الفرد في الإبصار هي 6/6.

(الروسان، 2000: 87).

أما إذا استطاع الفرد اجتياز اتجاه الحروف. حتى الصف السابع من مسافة 6 أمتار بنجاح فإننا نستطيع القول أن قدرته على الإبصار هي 6/12.

(الروسان، 2000: 87).

ولقد وجهت انتقادات عديدة لهذه الطريقة، ومنها صعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية وصعوبة استخدامها مع الأطفال غير المتعلمين، بسبب صعوبة فهم التعليمات لذلك فقد ظهرت هناك بعض المقاييس التي تستخدم لقياس الإعاقة ومنها:

- مقياس فروستج للإدراك البصري:

Forsting Developmental Test of Visual Perception (DTVP)

يعتبر هذا المقياس من المقاييس الرئيسية لذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقات البصرية الجزئية، ويصلح للأفراد من (3- 8) سنوات، ويمكن استخدامه بطريقة فردية/جماعية ويقاس هذا الاختبار جوانب محددة متصلة بالإدراك البصري ويتألف من (57) فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية التالية:

- اختبار تآزر العين مع الحركة (EyeHand coortion substest): ويقاس هذا الاختبار قدرة الطالب على رسم خط مستقيم أو منحنى أو رسم زوايا ذات اتساعات مختلفة دون توجيه من الفاحص ويتكون من (16) فقرة.

- اختبار الشكل والأرضية (Figure – Ground substest): يقاس هذا الاختبار قدرة الطالب على إدراك الأشكال على أرضيات متزايدة في التعقيد، ويتألف من (8) فقرات.

- اختبار ثبات الشكل (Constancy of shap substest): يقاس هذا الاختبار قدرة الطالب في التعرف على أشكال هندسية معينة، تظهر بأحجام مختلفة وبفروق دقيقة، وفق سياق أو نسب معينة وفي مواقع مختلفة، ويستخدم للتمييز بين الأشكال الهندسية المتشابهة (دوائر مربعات، مستطيلات، أشكال بيضاوية، متوازيات أضلاع) ويتألف من (19) فقرة.

- اختبار الوضع في الفراغ (Position IN space substest): يقاس هذا الاختبار قدرة الطالب على تمييز الانعكاسات والتعاقب في الأشكال التي تظهر بتسلسل وتستخدم رسوم تخطيطية تمثل موضوعات عامة ويتألف من (8) فقرات.

- اختبار العلاقات المكانية (special Relations substest): يقاس قدرة الطالب على تحليل النماذج والأشكال البسيطة التي تشتمل على خطوط مختلفة الأطوال والزوايا، إذ يطلب من المفحوص- نسخها أو تقليدها باستخدام التنقيط ويتألف من (8) فقرات

(عبدالهادي، 2000: 88).

7- نماذج التدخل المبكر مع المعاقين بصريا:

- التدخل المبكر في المراكز:

وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في مركز او مدرسة، وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين او ثلاث إلى ست سنوات، وقد يلتحق الأطفال بالمراكز لمدة (3-5) ساعات يوميا بواقع (4-5) أيام أسبوعيا وإن كان بعض الأطفال يحضرون للمركز بواقع يوميين أو ثلاثة أيام فقط، وتشتمل الخدمات التي يتم تقديمها في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج المناسبة لهم ومن ثم متابعة أدائهم .

- التدخل المبكر في المنازل:

وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم، وفي العادة تقوم مدربة أو معلمة أسرية مدربة جيدا بزيارة المنزل من مرة الى ثلاث مرات أسبوعيا، وغالبا ما تهتم برامج التدخل المبكر هذه بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين، وفي هذه الحالات تقوم المعلمة بتقييم الأطفال وتحديد حاجاتهم وتساعد الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات، ومن أفضل الأساليب لتدريب أولياء الامور على العمل مع أطفالهم المعوقين في المنزل القيام بوصف الأنشطة والتدريبات التي عليهم تنفيذها، وتوضيح كيفية تنفيذها لهم، والطلب منهم القيام بتنفيذها وتزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائهم، وأفضل الأنشطة هي الأنشطة التي تكون جزءا من عملية الرعاية اليومية الروتينية للطفل، وينصح باستثمار قدرات الأخوة وغيرهم كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئا يتقل كاهل الوالدين.

- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:

تبعاً لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سنا في المنزل وللأطفال الأكبر سنا في المركز، وأحيانا يلتحق الأطفال في المركز لأيام محددة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوت حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة.

(الحديدي، 2000: 90-91).

8- استراتيجيات التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصرياً:

1- تذكر أن الوالدين أهم عنصر في حياة الطفل وان تدخلك إنما هو تدخل مرحلي.

- ضع يديك على يدي الطفل ليحس بالحركة وبالتالي يعرف مالذي تريده منه.

3- فف خلف الطفل وليس أمامه.

4- تذكر أن الخبرة الحقيقية أكثر فائدة للطفل من وصف الخبرة.

- 5- تذكر أن قدرة الطفل على التقليد وعلى التعلم التلقائي محدودة ولذلك فإن كثيراً من الأحداث اليومية الروتينية تحتاج إلى توضيح.
- 6- تحدث مع الطفل عن كل صوت يسمعه وعن كل حركة يقوم بها.
- 7- يجب أن يتم التدريب البصري على نحو وظيفي متسلسل.
- 8- خفف المساعدة التي تقدمها للطفل ليتعلم الاعتماد على نفسه.
- 9- كن ثابتاً واستخدم المصطلحات نفسها حتى لا تترك الطفل.
- 10- استخدم البديهة، علم الطفل النشاطات في الاوقات والأماكن المناسبة والطبيعية.
- 11- يجب أن تتصف بالتلقائية في تفاعلك مع الطفل.
- 12- اطرح القليل من الأسئلة، وقدم الكثير من الأجوبة واستمع جيداً.
- 13- خصص وقتاً كبيراً للتواصل للمسي مع الطفل (احمله، عانقه، هز جسمه) واستخدم الأصوات الدافئة والمطمئنة.
- 14- احتفظ بسجلات مناسبة حول نمو الطفل ونضجه.
- 15- زود الطفل بتغذية راجعة.

(الحديدي، 2000: 101-102).

9- الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً:

لما كان الأثر الأكبر للإعاقة البصرية هو الحد من خبرات الفرد، فإن دور ينبغي على البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للأشخاص المعوقين بصرياً القيام به هو مساعدتهم في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات والإدراك باستخدام الحواس غير البصرية (وخاصة السمعية واللمسية) وبالمشاركة بالخبرات النشطة واعتماداً على القدرات البصرية المتبقية، يجب تشجيع الطفل المعوق بصرياً على توظيف البصر المتبقي لديه.

ومع أن مكونات المنهاج الدراسي العادي مهمة وضرورية للأطفال المعوقين بصرياً، إلا أن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى أنشطة تعليمية وتدريبية خاصة، ويطلق على ذلك اسم (المنهاج الإضافي) وتتمثل عناصر هذا المنهاج في:

أ- الكفاية الشخصية والتكيف الشخصي والمهارات الحياتية اليومية.

ب- الحركة والتنقل.

ج- مهارات التواصل.

(الحديدي، 2000-187)

د- التوجيه المهني.

هـ- الأدوات والمعدات الخاصة.

و- الإثارة البصرية.

فإذا كان الأطفال المبصرون قادرين على تعلم المهارات الحياتية اليومية والعناية بالذات من خلال الملاحظة والتقليد فالأطفال المعوقون بصرياً بحاجة إلى برامج تدريبية منظمة في هذا الخصوص لأنهم محرمون من القدرة على الملاحظة والتقليد، والكلام ذاته ينطبق على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة حيث أن التفاعل الاجتماعي غالباً ما يتضمن التواصل غير اللفظي، ولذلك فإن الأطفال المعوقين بصرياً يحتاجون إلى تعليم مباشر لاكتساب مهارات التواصل الفعالة، ولكي يصبح الأطفال المعوقين بصرياً معتمدين على أنفسهم يجب تعليمهم مهارات التنقل والحركة بشكل مستقل وآمن.

كذلك ينبغي على المعلمين أن يهتموا بتطوير المهارات التواصلية للأطفال المعوقين بصرياً والتي تشمل الاستماع والكلام والكتابة والقراءة وذلك يعني استخدام العديد من الأدوات والمعدات الخاصة، إضافة إلى ما سبق، يجب تشجيع هؤلاء الأطفال على استخدام أية قدرات بصرية وظيفية متبقية لديهم

- مهارات التواصل:

يعتبر تطوير مهارات التواصل أحد أهم الأهداف التي يجب على البرامج التدريبية للأطفال المعوقين بصرياً تحقيقها، فالتفاعل الهادف والبناء مع الأشخاص الآخرين له أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال، ومبرر هذا القول هو أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية شديدة محرومون من إمكانية التواصل العيني مع الآخرين، والافتقار إلى ذلك قد لا يترك تأثيرات على الطفل فقط ولكنه قد يترك تأثيراً على الوالدين أيضاً.

وتقترح الباحثة المعروفة في ميدان الإعاقة البصرية سلمى فريبيرج توظف الخبرات غير البصرية لتعويض الأطفال المعوقين بصرياً عن الخبرة البصرية، وعلى وجه التحديد، تقترح فريبيرج استخدام الإثارة السمعية واللمسية، فتلك الإثارة تساعد الطفل المعوق بصرياً على التواصل مع الآخرين وعلى إدراك معنى الأشياء من حوله، ولتحقيق ذلك يقترح على الوالدين التحدث إلى الطفل وملامسته ومعانقته فذلك يشعره بالارتياح والطمأنينة ويشجعه على الاستجابة للآخرين

(الحديدي، 2000: 186-188-187).

- مهارات الحركة والتنقل:

يفتقر الكثيرون من المكفوفين وضعاف البصر إلى مهارات التنقل والحركة باستقلالية، ولذلك يجب تزويد هؤلاء الأشخاص ببرامج منظمة وهادفة لتوفير الفرص الكافية لتعلم مهارات التعرف (القدرة على إدراك الأشياء المحيطة وعلاقتها بالفراغ والتنقل) (القدرة على التحرك من مكان إلى آخر)، وتشير

الحديدي إلى أن مهارات التعرف تتطلب الاستيعاب (الحصول على المعلومات من خلال الحواس الأخرى، التحليل (تنظيم المعلومات وتصنيفها)، الاختيار (تحليل المعلومات واتخاذ القرارات المناسبة)، التخطيط (تخطيط العمل اعتماداً على المعلومات المتعلقة بالظروف البيئية الحالية)، التخطيط (تخطيط العمل اعتماداً على المعلومات المتعلقة بالظروف البيئية الحالية)، والتنفيذ (أداء الخطوات التي تشمل عليها الخطة، وأما مكونات عملية التعرف فهي علامات الطريق، الدلالات، الاتجاهات، القياس وتنيمات المباني.

- تطوير المهارات السمعية و اللمسية:

تهدف برامج التربية الخاصة المعدة للمكفوفين إلى تزويدهم بأكبر قدر ممكن من المعلومات عن حقائق العالم الذي يعيشون فيه، وإلى مساعدتهم على تطوير الثقة بقدرتهم على التعامل مع تلك الحقائق، ولتحقيق تلك الأهداف، يلجأ المعلمون إلى الطرائق التربوية الخاصة وفقاً للقوانين التالية:

• التركيز على اللمس:

يتمثل الهدف الأساسي المتوخى من تقديم البرامج التربوية للأطفال المكفوفين حصولهم على المعلومات الكافية، وذلك من لاخل القيام بالنشاطات المختلفة التي تشمل على استخدام حاستي اللمس والسمع، فمن خلال اللمس يتعلم الطفل المكفوف حجم الأشياء وشكلها وملمسها وحرارتها... إلخ.

• الخبرات المتكاملة:

يحدد فقدان البصر إلى درجة كبيرة قدرة الإنسان على إدراك الموقف أو الشيء ككل متكامل، فالشخص المكفوف يكتسب بعض المعلومات من خلال اللمس والبصر والبعض الآخر من خلال اللمس ولهذا يجب أن توجه البرامج التربوية نحو تنظيم وتكامل خبرات الكفيف لكي لا تبقى المفاهيم لديه جزئية ومحدودة، وذلك يتحقق من خلال الإثارة البيئية المنظمة والمتسلسلة

• التعلم بالعمل:

قد لا يحاول الطفل المكفوف الوصول إلى الأشياء من حوله لأنه لا يراها فلا تجذبه ولهذا فإن علينا زيادة دافعيته لاكتشاف البيئة، ومن هنا تتبع أهمية التحرك للكفيف، وتنظيم الزيارات والرحلات إلى الأماكن المختلفة، وتوفير خبرات غنية في غرفة الصف، وتنظيم المواد التعليمية جيداً بحيث تشمل على تفسيرات لفظية واضحة ومحددة، وهكذا يشتمل تعليم المكفوفين على محاولة توفير الفرص الكافية لهم ليمروا بخبرات شبيهة بالخبرات التي يمر بها المبصرون، ولكن من خلال الاعتماد على الخبرات اللموسة والتوضيحات اللفظية

(الخطيب، الحديدي، 2009 : 189)

• حاسة السمع:

السمع ليس مهماً للكفيف فحسب، ولكنه ذو أهمية بالغة للناس جميعاً، فالإنسان المبصر يتعلم الكثير من خلال الاستماع إلى الآخرين، إلا أن فقدان البصر يجعل حاسة السمع أكثر أهمية بالنسبة للمكفوف، ولعلنا نحتاج إلى التأكيد مرة أخرى هنا على أن البحث العلمي لم يدعم الاعتقاد القائل بأن حاسة السمع لدى المكفوف تفوق حاسة السمع لدى المبصر، فالفرق بين الاثنين - إذا وجد - هو أن الشخص المكفوف ينمي ويطور مهارات الانتباه السمعي بشكل فعال، فالإدراك السمعي بالنسبة للكفيف لا تقتصر على استخدامات على فهم ما يقوله الآخرون ولكنه يتعلق مباشرة بالقدرة على التنقل والتحرك في البيئة، إذ إن المكفوف يعتمد إلى درجة كبيرة على المثيرات السمعية في المشي والتنقل من مكان إلى آخر، ولعل قدرة الكثيرين من الكفيفين على التنقل وكأنهم يحسون بالحواسر هي التي دفعت بعض الباحثين بأن لدى الكفيف حاسة سادسة.

- التوجيه المهني:

وهو مساعدة المعاق بصرياً على اختيار ما يناسبه من أعمال في ضوء التعرف على ظروف الإصابة والخبرات السابقة ومدى تقبله للعمل المعروض عليه ولتحقيق ذلك يستلزم أن تتضمن عملية التأهيل المهني الآتي:

• **تحليل المهن:** وذلك لمعرفة احتياجات كل مهنة ومتطلباتها من استعدادات وقدرات ومهارات لوضع المعاق بصرياً في العمل المناسب له.

• **تحليل شخصية المعاق بصرياً:** وذلك لمعرفة قدراته ونواحي القوة والضعف فيه عن طريق الطبيب والأخصائي الاجتماعي والنفسي.

• **التوجيه:** وهذا يتطلب مراعاة التوفيق بين حاجات المعاق بصرياً والنواحي المكفولة في مجال العمل وذلك لوضع كل فرد في المهنة المناسبة له ومساعدة المعاق بصرياً على التكيف النفسي والاجتماعي لبيئة العمل الجديدة.

• **التدريب المهني:** وهذا يستلزم أن يتقبل المعاق بصرياً عاهته وتكيفه مع وضعه الجديد حتى يستقر نفسياً وبعد ذلك تبدأ خدمات التدريب على المهنة الملائمة له.

• **التشغيل:** وهي المرحلة الأخيرة من مراحل التأهيل المهني فلا فائدة من التدريب دون إيجاد العمل المناسب للمعاق بصرياً في المهنة التي تدرب عليها ونجح فيها.

(الحديدي، ، 2000: 190)

• **التتبع:** ويجب هنا متابعة المعاق بصرياً بعد التحاقه بالعمل وذلك لإرشاده للتغلب على العقبات أو مشكلات العمل التي قد يواجهها.

إن المعاقين بصرياً هم طاقة بناءة يمكن استغلالها والإفادة منها، وإلا فإن الآلية تنعكس ويصبحون عوامل هدم وتشويه بدلاً من كونهم عوامل بناء وتدعيم، فمن المعروف أن المعوقين عامة والمعاقين بصرياً خاصة إن لم يشغلهم عمل يصرفون فيه جهدهم ويقضون فيه وقتهم، فانهم يتحولون إلى عناصر هدامة يتفشى بينها الانحراف الاجتماعي بشتى صورته ويصبحون عالة ثقيلة على المجتمع، إن الأمر لا يستلزم أكثر من الاعتراف بكرامة الفرد المعوق وتدعيم الثقة في قدراته وتقبله في المجتمع بما يضيف المزيد إلى الكفاية الإنتاجية

(مرسي، 1975: 409).

أدوات خاصة:

• آلة بريل (Brialle):

تعتبر آلة بريل الوسيلة الرئيسية 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 (المنقب) وذلك من خلال تثيق الورقة، وتكتب المعلومات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة ونقرأ من اليسار إلى اليمين

• الابتاكون (Optacon):

هو أداة للقراءة تستخدم تقنيات إلكترونية بالغة التعقيد تعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى نبضات لمسية يستطيع الشخص المكفوف الإحساس بها بإصبع واحد، ولأن القراءة بالابتاكون ليست سريعة، فهي ليست بديلاً 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 عمله هذه الدوائر هو أنها تعرض المادة المكتوبة على شاشة جهاز التلفزيون الأمر الذي يسمح للشخص ضعيف البصر بقراءتها بسهولة وبسرعة نسبياً.

• 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.

(الخطيب، الحديدي 2009: 194).

• الآلة الكاتبة (Typewriter):

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

• مواد التكبير (Large – Print Materials):

يجد بعض التلاميذ الضعاف بصرياً 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، وللاآلة 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 صوتياً

- البدائل التربوية:

هناك خمسة بدائل تربوية رئيسية لتعليم الأطفال المعاقين بصرياً هي:

أ- مؤسسات الإقامة. ب- الصفوف الخاصة.

ج- غرف المصادر. د- التعليم المتنقل.

هـ- الصفوف العادية.

(الخطيب، الحديدي، 2009: 195 -194)

محاضرة 4: الإعاقة الحركية

مقدمة: يلاقي مفهوم الإعاقة الحركية جدلا واسعا بين العلماء حيث لم يتوصل هؤلاء العلماء الى تحديد واضح ومحدد لمفهوم من هو المعاق حركيا.

- حيث يدور الاتفاق بين الباحثين حول الإعاقة الحركية على أنها ليست المقصودة الجسمية في حالات الامراض العارضة أو حتى المزمنة والتي بدورها لا تؤثر على قدرة الانسان الطبيعية في أداء دوره الاجتماعي.

- بل تعني الإصابة الجسدية التي لها صفة الدوام والتي تؤثر تأثيرا حيويا على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيرا كاملا أو نسبيا.

- كما يمكن اعتبار كل ما يتصل بالعجز في وظيفة الاعضاء الداخلية للجسم ، سواء كانت اعضاء متصلة بالحركة كالاطراف أو المفاصل أو اعضاء لها علاقة بعملية الحياة البيولوجية مثل القلب والكليتين والرئتين.

- لذلك يمكن اعتبار من لديهم عجز واضح في الجهاز الحركي أو البدني بصفة عامة مثل بتر جزء أو اكثر من اعضاء الجسم أو كسر الاطراف ، وكذلك المصابون بالامراض المزمنة كأمرض القلب وشلل الاطفال مما يعيق حركة الانسان وتفاعله مع البيئة ويكون له أثر على علاقاته الاجتماعية معاقون حركيا.

- وهو يختلف عن المعاق حسيا ، الذي هو شخص لديه عجز في احد اجهزته الحسية مثل الاصم والابكم، والمكفوف.

- يمكن تقسيم الإعاقة الحركية الى قسمين:

1- الإعاقة الناتجة عن الجهاز العضلي أو العظمي الشديد والتي تؤدي الى عدم تمكن المعاق من التفاعل بشكل سليم مع المجتمع نتيجة هذه الإعاقة.

2- الإعاقة الجسمية الناتجة عن الامراض المزمنة والتي يكون لها أثر سلبي على الأداء الحركي الطبيعي للجسم مثل بعض الامراض المزمنة مرض القلب فقر الدم السكري.

1- تعريف الإعاقة الحركية: حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج الخاصة.

(الروسان ، 2007).

ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع... الخ (الروسان ، 2007).

ولا تقتصر الإعاقة الحركية على إصابة الإنسان بالشلل فتوجد إصابات أخرى تتعلق بتلك التي تحدث في الأعصاب.

وأسباب هذا النوع من الإعاقات تكمن في حدوث خلل في الرسائل الكهربائية المنبعثة من المخ والتي تفقد القدرة على الوصول بشكل صحيح للعضلات، حيث أن العضلات هي التي تحرك المفاصل، حيث يوجد لكل عضلة الوقود والفرامل على كل جانب لتمكنها من التمدد والتقلص. وفي بعض الأحيان مع إصابات المخ يتم إعاقة هذه الرسائل وتسبب تحفيز إحدى جوانب هذه العضلات بشكل زائد، وهذا السلك (العضلة) المنهك يكون غير موصل جيد للكهرباء للتحميل الزائد عليه وبالتالي تتأثر حركة العضلات. وإذا لم تصل الرسالة العصبية لهذه العضلات يكون رد الفعل لها شديداً.

* تيبس العضلة وتقلصها (Contracture & Plasticity):

هو فرط رد الفعل الطبيعي للعضلة مما يسبب إجهاد غير متكافئ على المفاصل، ومن الممكن أن يؤدي ذلك بدوره إلى توتر العضلة وتقلصها بشكل دائم مما يؤدي قصرها وثباتها على ذلك وعندما يحدث ذلك تتصلب الأرجل والأيدي وتظل على وضع واحد.

* التحول العظمي (Heterotopic ossification):

وهو ينشأ من الاضطرابات الأخرى المتصلة بالعضلات والمفاصل والمتسببة فيها إصابات المخ، والتي تنمو العظام فيها بشكل زائد عن المعدل الطبيعي لها في الأنسجة اللينة التي توجد حول المفاصل وبذلك تعوق من حركة المفاصل ويأتي الشعور الدائم بوجود جبييرة داخلية.

(الحديدي ، الخطيب ، 1997: 47)

2-نسبة الإعاقة الحركية :-

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي ، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية ، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث... الخ. لذا ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى . ويلاحظ بعض المؤلفين أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض . وتعزى هذه الزيادة إلى

عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية . فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما كانت عليه في الماضي إلا أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكراً جداً في الماضي .

(الحديدي ، الخطيب ، 1997 : 47)

3- تصنيف الإعاقات البدنية:-

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

1- الشلل المخي 2- تشقق العمود الفقري

3- إصابة الحبل الشوكي 4- الصرع

5- استسقاء الدماغ 6- شلل الأطفال

7- التصلب المتعدد للأنسجة العضوية

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

1- بتر الأطراف و/أو تشوهها 2- الحنف

3- تصلب عظام الورك 4- تشوه مكونات العظام

5- التهاب عظام المفاصل 6- الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين

7- التهاب المفاصل 8- التهاب المفاصل الروماتيزمي

9- الشفة المشقوقة، الشق الحلقي 10- الجنف (ميل العمود الفقري إلى أحد الجانبين)

11- الكساح

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

1- ضمور العضلات

2- ضمور العضلات الشوكية

(سليمان، 2001 : 200).

رابعاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن عوامل مختلطة وتضم:

- 1- الأطفال المقعدون (الأشكال المتعددة للقعاد)
- 2- عيوب عظمية شائعة
- 3- تشوه الوجه
- 4- الكوريا (أو الرقاص)
- 5- المصابون في الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل
- 6- الجذام
- 7- الإصابات الصحية: أ/ الأزمة الصدرية "الربو" ب/ التليف المراري/ الكبدي CF ج/ اضطرابات القلب د/ مرض السكر "السكري" هـ/ متلازمة داون "المنغولية"
- 8- النشاط الزائد
- 9- الأصابع الملتصقة والزائدة
- 10- النقرس (داء الملوك).

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

أولاً: 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 جانباً واحداً من الجسم، أي طرفاً علوياً، أو طرفاً سفلياً، 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.

ثانياً: 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 تؤدي بحياة المريض بعد فترة من الزمن.

(سليمان، 2001 : 200-201-202).

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 وتتعلل وظائفها الأساسية كلياً أو جزئياً.

رابعاً: 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.

خامساً: حالات أخرى ذات تشخيصات مختلفة

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

سادساً: الشلل النصفي

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 أشكالاً سريرية عديدة، وذلك لأنَّ المنطقة المصابة من الدماغ تختلف من حالة إلى أخرى، كما أن العوامل التي تؤدي إلى الإصابة تختلف أيضاً، 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 .

1. **بعض آفات الدماغ:** أورام الدماغ، وسرطانات الدماغ، وذلك بسبب تخريبها للخلايا الدماغية أو الضغط عليها .

2. **بعض الأمراض العامة التي تصيب السحايا الدماغية:** النزف السحائي .

3. **تصلب الشرايين:** إن هذا المرض لا يسبب الشلل، ولكن بعض ما ينتج عنه هو السبب، ومن ذلك:

(سليمان، 2001: 200-201-202).

النزف الدماغى: ويحدث هذا النزف لدى المصابين بالتصلب الشرياني الدماغى (أو تصلب شرايين الدماغ) عند ارتفاع الضغط الشرياني لديهم إثر التعب أو الجهد، أو بعد صدمة نفسية مفاجئة، وارتفاع الضغط الشرياني هذا، ينفجر أحد شرايين الدماغ ويتجمع الدم مخرباً الأنسجة الدماغية وضاعطاً عليها، وفي أغلبية الحوادث يكون النزف الدماغى مميتاً ، ولكن المريض إن شفى فهو يصاب غالباً بالشلل.

التخثر الشرياني: ويقصد به إصابة بعض شرايين الدماغ بالخرثرة (التجلط) Thrombus ، وهذه الخرثرة إذا ما كبرت وسدت قناة الشريان، انقطع الدم عن المنطقة الدماغية التي يغذيها ذلك الشريان، فتتخرب أنسجتها ويحدث الشلل.

الانسداد الدموى: إذا أصيبت الشرايين الدماغية بالانسداد (Embolus). الدموى، يحدث الموت في الخلايا الدماغية التي ينقطع عنها الإرواء الدموى، ويؤدي ذلك إلى ظهور الشلل النصفى.

وبتعدد التعريفات التي تصدت لتحديد من هو الشخص المعاق جسمياً ومع اختلافها في زوايا الرؤية إلا أنها تركز على الجوانب التالية :-

1-المعاق جسمياً هو من يعاني تلفاً أو ضعفاً في وظيفة جسمية.

(سليمان، 2001: 200-201-202).

2- المعاق جسمياً هو الشخص الذي يعجز عن أداء الوظائف المهمة في الحياة .

3- المعاق جسمياً هو الذي لا يستطيع أن يؤمن لنفسه بصورة كلية أو جزئية ضروريات حياته، وتحقيق احتياجاته وكسب عيشه بنفسه عند اكتمال نموه.

4-المعاق جسمياً يعتبر فرداً غير عادي ويصنف ضمن فئات ذوي الحاجات الخاصة .

فالإعاقة الحركية ليست إعاقة في وظيفة عضو الحركة فحسب بل هي إعاقة في المحيط النفسى والمحيط الخارجى والاجتماعى للمعوق

4-الخصائص الشخصية للمعاقين حركياً:-

الخصائص 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، 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 . (حسن ، 2007: 55) .

اهتمت دراسة في سيكوديناميات مبتوري الأطراف قامت بها 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. (Babbitt&Burbach, 1989:80)

5- الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية :-

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

- 1-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 .
- 2-العوامل الوراثية والتي تنتقل من الآباء إلى الأبناء إما على شكل صفة متنحية أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي .
- 3-عدم توافق العامل الريزيبي بين الوالدين .
- 4-تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً .
- 5-تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
- 6-الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة .
- 7-إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل .
- 8-تعرض الأم الحامل للعوامل الخطرة مثل سوء التغذية ، والتدخين ، والأشعة السينية .

(الحديدي ، الخطيب ، 1997 : 269)

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

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

11- إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة ، والحوادث داخل البيت أو خارجه
(الحديدي ، الخطيب ، 1997 : 269)

6- 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 .

وبالرغم من أن المعالجة والخدمات الطبية بمختلف أشكالها تمثل عناصر رئيسية في برامج هذه الفئة ، إلا أنه عندما يتضح أن حاجة الطفل أصبحت ماسة 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 تربية 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 ، 2001 : 200-201).

7- البرامج التربوية للمعاقين حركياً :-

أولاً : البرنامج الأكاديمي :-

1- ينبغي عند تخطيط برامج تعليمية للأطفال المعوقين بديناً مراعاة أنهم يحتاجون كغيرهم من الأطفال إلى الشعور بالأمن والقبول والحب والانتماء وأنهم يهدفون إلى إشباع حاجاتهم إلى تقدير الذات وتحقيقها ، وهم يختلفون فيما بينهم في مستوى نموهم العقلي وفي استعداداتهم الخاصة

تماماً كما تختلف أي مجموعة عشوائية من الأطفال ، فقد نجد بينهم أطفالاً متفوقين عقلياً وآخرين متخلفين ، كما أن بعضهم يقعون في فئة العاديين من حيث نموهم العقلي ويحتاج الطفل المصاب بإعاقة بدنية بسيطة إلى نوع من البرامج التعليمية لا يختلف كثيراً عما يقدم إلى الطفل العادي،ولهذا تنقسم مناهج المعاقين حركياً إلى قسمين أساسيين :-

أ - المناهج العادية وهي نفس المناهج التي تقدم إلى الطفل العادي .

ب - المناهج الخاصة وهي التي خطت لتواجه الإعاقة الحركية التي أصيب بها الطفل وذلك لطالما أن الطفل الذي تقدم إليه هذه المناهج لا يعاني من أكثر من إعاقة واحدة .

2- برامج العناية بالذات : إن الشعور بالاستقلالية ولو بقدر بسيط يحفظ شيئاً من إحساس الفرد بكرامته وقيمه الذاتية ، بينما يدفعه الاعتماد على الغير إلى عدم تقدير الذات وعدم المبادرة بالقيام بأي عمل ويحرمه من كل تطلعات مستقبلية ، فمن أهداف برامج تربية المعوقين حركياً هي أنها تسعى لتحقيق المعاق أعلى قدر مستطاع في النشاطات اليومية والاعتماد على النفس من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستعمال الحمام ، والحركة سواء المشي أو استعمال الكرسي بعجلات . ولكي تتحقق الاستقلالية في هذه الأنشطة يخضع المصاب إلى برنامج طبيعى وعلاجي تحت إشراف طبيب متخصص ومعالجين حكمين واختصاصي علاجي بالتشغيل معتمدين على استعمال أدوات مساعدة كالأطراف الصناعية والعكاز .

3- برنامج النشاطات الترفيهية : وهي من العناصر الرئيسية التي تساعد الفرد على الاندماج في مجتمعه وإعطاء الفرد المعاق حركياً الفرصة لممارسة نشاطات معينة حسب ميوله ورغباته ، وهذا يحسن من نظرتة لنفسه ومفهومه عن ذاته ، ويهدف هذا البرنامج إلى تعريف المنتفع من خدمات المركز بالإمكانيات الترفيهية له وكيفية الاستمتاع بها وأنجح السبل إلى تعديلها .

4- برنامج المهارات والخبرات الحياتية : لا تقتصر هذه الخبرات على المركز أو البيت ولكن تطبق خارج نطاقها في الشارع والأماكن العامة واستعمال وسائل النقل والاستفادة من الخدمات الموجودة في المجتمع .

5- برنامج العلاج الطبيعي : هو عبارة عن استخدام الوسائل الطبيعية مثل الحرارة والماء والكهرباء والتمارين والتدليل لمعالجة الإصابات الجسمية وللوقاية من التشوهات التي قد تحصل .

(عبيد ، 2001:100)

ثانياً : برامج التأهيل المهني :-

إن فكرة تأهيل المعوقين شهدت تطوراً سريعاً في أساليب وطرق التأهيل المختلفة مما ساعد على بالتالي على زيادة قدرة المعوق على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات واحترامها .هذا وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه : " الإفادة من مجموعة الخدمات المنظمة في المجالات الطبية والاجتماعية والتربوية والتقييم المهني من أجل تدريب أو إعادة تدريب الفرد والوصول به إلى أقصى مستوى من مستويات القدرة الوظيفية ". أما التأهيل المهني فهو ذلك الجزء من العملية المستمرة المنظمة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية ، كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل ، وبالتالي تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها ، كما تشمل هذه العملية بالإضافة إلى ذلك متابعة المعوق ومساعدته على التكيف للعمل والاستمرار في الرضا عنه . والتأهيل يجب أن يتم ضمن الإطار الاجتماعي والبيئة التي يعيش فيها المعوق ، والتأهيل مسؤولية اجتماعية وليست مسؤولية جماعة أو فئة معينة ، والتأهيل يجب أن يعطي الثقة بالنفس وتحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية للمعاق ، وأن يتقبل المعاق كما هو (عبيد ، 2001:100) .

والبرامج التربوية للمعاقين حركياً هي طرائق تعليم وتربية المعوقين حركياً، وبالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين حركياً حسب نوع الإعاقة ودرجتها فيمكن أن تميز البرامج التربوية التالية للمعوقين حركياً:-

1- **مركز الإقامة الكاملة:** وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوو الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، بحيث تقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

2- **مراكز التربية الخاصة النهارية:** وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة الحالات المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

3- **برامج الدمج الأكاديمي:** وتناسب مثل هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع أو السكري أو التهاب المفاصل أو السل أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل

هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة، وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة، وإزالة العوائق البنائية.

(الحديدي ، الخطيب ، 1997:233)

8-الوقاية من الإعاقات الجسدية :-

1-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 .

2-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 .

3-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 ، 1997:233)

المحور الثاني: الاضطرابات الادائية

المحاضرة 5: اضطرابات صورة الجسم

المحاضرة 6: اضطرابات الجانبيه

المحاضرة 7: التنظيم الزماني

المحاضرة 8: فرط الحركة مع او بدون نقص الانتباه

محاضرة 5: اضطرابات صورة الجسم

مقدمة: تشكل وظيفة الجسم ومظهره جانبا مهما من جوانب الحياة، ويتمثل ذلك في تفاعلات الآخرين أو ردود افعالهم تجاه جسم أي منا ، وكذلك عندما نتفاعل مع العالم الاجتماعي المحيط بنا.

(الحجاوي، 2004: 296)

ويعد مظهر الانسان من الامور الرئيسية التي تشغل بال كثير من الناس، ويظهر ذلك جليا في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما اطلق عليها علماء النفس بصورة الجسم.

-والتمييز بين النظرة الداخلية والنظرة الخارجية يعتبر ذو اهمية بالغة لاننا لا نرى انفسنا بالطريقة التي يراها بها الاخرين.

(vash,2015:96)

-ومعظم التجارب أو الخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الافراد مملوءة أو مشحونة بالاستياء والسخط وعدم ارضا والانشغال الزائد عن الحد أو المبالغ فيه الذي يشعر به الفرد ذاتيا، لذلك يقوم هؤلاء الافراد بمحاولات عديدة لتغيير مظهرهم ويعيشون في نضال مستمر من أجل تحقيق هذا الهدف، وكل هذه الجهود تسهم إلى حد كبير في ظهور عدد من الاضطرابات النفسية.

-وهذه الاضطراب ادخل في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية تحت نمط الاضطرابات جسمية الشكل.

1-تعريف صورة الجسم:

1-1-تعريف الصورة: هي تصور فكري مجرد لشيء ما او فئة من الاشياء، وهذه الصورة تقوم على أساس المدركات الماضية، وقد تكون مرئية أو سمعية أو لفظية.

(بدوي، 207:1986)

2-1-تعريف الجسم: كائن مادي مدرك يحتل منطقة من الفضاء، المعرفة التي لدينا عن اجسامنا تتطور ببطئ انطلاقا من احساساتنا.

(تومسون، 2:1990)

-هو مجموعة من المركبات البيولوجية المختلفة في اللحم، العظام، ويتطور وينمو خلال مراحل الحياة ويختلف الجسم من جسم الى اخر خلال الاحجام والاوزان.

1-3-صورة الجسم:هي الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل الجسم الى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة.

(تومسون،2:1990)

-هي صورة ذهنية ايجابية أو سلبية يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة.

-الملح الاساسي لتعريف المظهر الجسمي هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه، أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي، وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمي الى ثلاث مكونات:

*مكون ادراكي:يشير الى دقة ادراك الفرد لحجم جسمه.

*مكون ذاتي:يشير الى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة

الجسم.

*مكون سلوكي:يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

(vashi,2015:101-103)

1-4-تعريف اضطراب تشوه صورة الجسم:توجد عدة تعاريف منها:

-انشغال زائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمي لدى شخص يبدو طبيعيا أو عاديا. (vash,2015:95)

-انشغال زائد عن الحد بالمظهر الوجهي أو الصدر أو اجزاء اخرى من الجسم في نفس الوقت.

(عبازة واخرون،2014 : 36)

-نفور ذاتي لجزء معين من الجسم قد يبدو عاديا أو طبيعيا للملاحظ أو لمن يلاحظه.

(الدسوقي،2006:17)

-انشغال مفرط من جانب شخص ذو مظهر جسمي عادي بعيب طفيف في مظهره الجسمي،وربما لا يكون لهذا العيب وجود على الاطلاق سوى في مخيلة هذا الفرد.

(محمد،1999 : 288)

2-أسباب اضطراب صورة الجسم:

لا توجد أي معلومة مفيدة أو ذات معنى عن العوامل البيولوجية أو النفسية التي تدل على استعداد مسبق أو قابلية للتعرض لهذا الاضطراب والدليل المتوفر أو المتاح عن أسباب المرض يأتي من مصدر ضعيف جدا.

-السمة الاساسية لاضطراب تشوه صورة الجسم هي الانشغال النفسي الزائد عن الحد بقضايا أو موضوعات تتعلق بالجسم.

-الاضطراب الوحيد الذي يتزامن حدوثه بالفعل بطريقة متكررة مع اضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب الوسواس القهري.

-يوجد الكثير من اوجه التشابه بين الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم والوسواس منها أنهم يشكون دائما من وجود افكار ملحة وتطفلية وفضيحة بشأن مظهرهم.

-بعض السلوكيات القهرية كالنظر بطريقة متكررة في المرآة لكي يتفحصو الملامح الجسمية التي ينشغلون بها.

-بداية عمر حدوث الاضطراب.

-العلاج الدوائي "الانافرانيل" بروزاك" يوفران الراحة النفسية للأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وهذه الادوية نفسها ذات تأثير فعال في علاج اضطراب الوسواس القهري.

-استخدام العلاج المعرفي السلوكي (فنية التعريض)مفيدة لكلا الاضطرابين.

-اوضحت نتائج الدراسات الحديثة أن اضطراب تشوه صورة الجسم يزداد انتشارا بين الافراد الذين اجريت لهم جراحة تجميل، تقويم الاسنان، معالجات خاصة للجلد ، كذلك جميع الذين يعانون من الوسواس يطلبون جراحة التجميل.

-الذي يساعد على انتشاره أنه اضطراب خفي لا يسعى الافراد الذين يعانون منه الى طلب المساعدة أو العلاج ، وعندما يسعون الى ذلك لا يستشيرون الطبيب النفسي ولكنهم يستشيرون طبيب الامراض الجلدية.

-في بعض الاحيان يذهب الافراد الذين يعانون من الاضطراب طبيب اخصائي أو عام ، ولكنهم خجولين من أن يكشفو اعراضهم المرضية ومن ثم يقدمن اعراض خاصة بالاكنتاب، الخوف الاجتماعي.

(phillips,2015:163)

-يتراوح سن بداية حدوث الاضطراب من المراهقة المبكرة حتى العشرينيات ويصل الذروة بين 18-19 سنة.

3-العوامل المساهمة في تطور اضطراب تشوه صورة الجسم:

-الاستعداد المسبق للفرد نحو التقدير المنخفض للذات.

-رفض الجاذبية من الطرف الاخر في مرحلة المراهقة.

-الدافع البيولوجي المتزايد نحو الناحية الجمالية.

-التعليقات الساخرة من جانب الاخرين.

-يقارنون صورة جسمهم المدركة بنموذج مثالي للكمال يصعب تحقيقه.

4-العوامل السيكولوجية والانفعالية لاضطراب تشوه صورة الجسم:يشعرون بمجموعة مختلطة من

الانفعالات يجدون صعوبة في الافصاح عنها تتمثل في :

-الاشمئزاز من جسمهم وتزداد عندما يتعرضون لاشارات وتلميحات.

-الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية.

-الاعراض الاكتئابية نتيجة للعزلة الاجتماعية والاحباط.

-فقدان الامل في المستقبل.

-التمويه وذلك بإخفاء العيب مثل المكياج، النظارات، تسريحة الشعر وذلك للطمأنينة.

(phillips,2015:163)

5-محكات تشخيص اضطرابات تشوه صورة الجسم:

-انشغال الفرد بعيب تخيلي في المظهر ، وهذا الانشغال مبالغ فيه الى حد كبير ويركز بين الحين والآخر على العديد من اجزاء الجسم.

-شكوى الفرد من العيوب الطفيفة في الوجه، أو عدم التناسق بين اجزاء الجسم بحيث تكون صغيرة أكثر من اللازم أو كبيرة، او الشعر الخفيف، الصلع، حب الشباب، التجعيدات، الجروح الدوالي، أو ربما تصل الى عدم وجود أي شئ أكثر من الفرد يشعر أنه قبيح.

(buchanan,2014: 20)

-عدم الرضا عن الكثير من مناطق الجسم خاصة الانف، لون الجلد، الفم، الشفتين، الفك، أو ربما يكون متضمنا داخل دائرة انشغال الفرد.

-لكي يكون التشخيص الخاص باضطراب تشوه صورة الجسم واضحا يجب أن يدوم الانشغال بالعيوب التي يتم تخيلها في المظهر لمدة ساعة في اليوم على الأقل

-فحص الفرد المتكرر لمظهره وذلك لقياس العيب المدرك عن طريق أخذ صورة بين الحين والآخر سواء بواسطة كاميرا تصوير أو فيديو التي اخذها لنفسه منذ فترة، أو مقارنة مظهره بمظهر الناس الاخرين.

-اتباع الفرد لمجموعة من الوسائل تتمثل في استخدام المكياج والتصفيف الزائد.

-اعتكاف المرضى الذين لديهم حالة حادة لهذا الاضطراب في منازلهم خوفا من الظهور امام الاخرين.

(buchanan,2014: 20)

6-كيف تتشكل صورة الجسم:

تنمو وتتشكل صور الجسم عمد كل واحد منا أثناء نموه وتشكله، اي أننا لا نولد ولدينا صورة سابقة التجهيز عن اجسامنا، وانما نكتسبها بالتدرج خلال اكتسابنا لخبرات الحياة بوجه عام، وربما يحتاج الوليج الى بلوغ عمر 18 شهر أو عمر السنتين حتى يتمكن من تكوين صورة عقلية ثابتة المعالم لجسمه ولنفسه ايضا، فمن المعروف أن الطفل خلال معظم السنة الأولى من العمر لا يستطيع التفريق بين جسمه وثدي امه فهو يحسب ثدي امه عضو من اعضائه، أي أن الكائن البشري لا يعرف ذلك ربما حتى عمر السنة أو السنة والنصف ماهي حدود ذاته وما هي حدود جسمه، والمقصود بمعرفة حدود الذات لشخص معين هو أن يعرف أين ينتهي هو وبيده الآخر، وذلك على كلا المستويين المادي(الجسدي) والمعنوي(الانفعالي والمعرفي).

ويعتبر الجلد مثلا اكثر حدودنا المادية وضوحا بالنسبة لنا فهو الحد الفاصل بين ما هو أنا وما ليس أنا، وليست الصورة العقلية للجسم مفهوما جامدا يتشكل ويبقى ثابتا كما قد يظن البعض، وانما هي مفهوم يتغير بشكل دائم ما دامت هناك حياة بأبعادها الاجتماعية والمعرفية، فهي تتشكل وتتغير نتيجة لتفاعل الشخص مع الاخرين ذوي الدلالة ومع غيرهم من افراد المجتمع، وكذلك مع الصور التي يراها الاخرون، وفي وسائل الاعلام المرئية، كما انها تتغير حسب المرحلة العمرية للشخص وحسب ردود الافعال التي يتلقاها الشخص من الاخرين تجاه شكل جسمه ايضا.

(عبد السمع،2014: 8,9)

وصورة الجسم شأنها شأن الذات تنزع الى الاتساق، فهي تشتق وتستمد خصائصها من خصائص مفهوم الذات، فتصبح موجهة للسلوك، بحيث تتسق معظم الطرق التي يختارها الطفل لسلوكه مع مفهومه عن صورة جسمه، وهذا هو معنى ثبات الذات، أي أن الطفل لا يتصرف بطريق تناقض مفهومه عن ذاته، ولذا فإن أفضل طريقة لاجداث تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم صورة الجسم.

وعلى هذا فإن فكرة الطفل عن صورة جسمه هي التي تحدد الى درجة كبيرة سلوكه واستجاباته في المواقف المختلفة، فالطفل يقوم بعملية تقييم لخبراته هل هي ذات قيمة موجبة أو ذات قيمة سالبة؟ ويتكون لدى الطفل حاجة الى التقدير الموجب لصورة الجسم، ولذا فإنه في استقباله للخبرات يرحب بالخبرات التي ترضى حاجته الى التقدير الموجب لصورة جسمه، ويحرف أو يهمل ادراك الخبرات التي لا ترضى حاجاته لتقدير صورة جسمه.

وعندما تتعارض الخبرات التي يتعرض لها الطفل مع فكرته عن جسمه أو مع دافعه الى التقدير الموجب لصورة جسمه فإنه يقع فريسة للصراع، فالطفل يفهم خبرات لا تتسق مع فكرته عن صورة جسمه أو ما يسمى بالصورة المدركة على أنها تهديد له مما يسبب عنده القلق والتوتر، فيلجأ الى تخفيضها أو التغلب عليها بوسائل دفاعية اهمها تشويه أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن جسمه أو يتجاهلها كلية، وإذا زاد التعرض بين الخبرات المدركة والصورة المدركة فإن الطفل يلجأ الى مزيد من الدفاعات، فإذا فشلت هذه الدفاعات ايضا أو اتخذت شكلا اخر وقع صريعا الامراض النفسية.

(عبد السمع، 2014: 8,9)

7-العوامل التي تؤثر على صورة الجسم:

-الاباء والعائلة: يذكر كل من نورسكي وايكديا أن الملاحظات السلبية من قبل افراد العنلة لها تأثير سلبي على صورة الجسم، بالاضافة الى أن المضايقة والتعليق على عادات الاكل لدى الطفل تؤدي الى ممارسته للرجيم بشكل غير صحي في سن مبكرة، ويضيف داريس أن الاباء الذين يمارسون الرجيم ويتحدثون دائما بشكل سلبي عن اجسامهم ومن العوامل الاخرى المؤثرة التوقعات غير المنطقية من قبل الاسرة فعندما لا تتحقق مثل هذه التوقعات يشعر الطفل بعدم الكفاءة والاحباط والاحساس بالذنب، وقد يفرغون هذه الشحنات السلبية عن طريق الرجيم او التمرينات الشاقة كوسائل للسيطرة على اجسامهم.

(صفوت: 2012: 20)

-**الاصدقاء والاقربان:** يلعب الاقربان دورا مكملا في بناء صورة الجسم خاصة اثناء المراهقة ويذكر فريدمان أن الاصدقاء يزودن بعضهم البعض بالامان العاطفي، كما يواجهون نفس المشاكل ويملكون نفس النظرة الى العالم، من ناحية اخرى قد يقوم بعض الاصدقاء بتشجيع كل منهم للاخر على سلوكيات غير صحية مثل اضطرابات الاكل والرجيم غير الصحي، فالعلاقات بالاصدقاء تؤثر تأثيرا مباشرا ذلك انها قد تصنع أو تحطم تقدير الذات.

فأراء وتعليقات الاخرين عوامل يبدء تأثيرها من عمر صغير من خلال تعليقات الاهل والمقربين وتستمر بعد ذلك طوال العمر من المدرس والزملاء في المدرسة والاصدقاء في الجامعة وفي العمل ومن شريك الحياة... الخ

-**الايذاء الجنسي:** يتسبب في تدمير الجسم خاصة لدى الاطفال، فضحايا الايذاء الجنسي غالبا ما يعيشون خبرة مؤلمة جدا مع اجسامهم لانها تذكرهم بخبرة سيئة، يلاضافة إلى أن الضحية قد تشعر بمسئوليتها تجاه الايذاء ومن ثم تعتقد أن جسمها كموضوع يستحق الازدراء والعقاب، كما أن الفتيات اللاتي يتعرضن للايذاء الجنسي فس سن مبكرة قد يخفن من الدخول الى مرحلة المراهقة أو أن يصبحن سيدات حيث يعتقدن أن ذلك سيعرضهن للايذاء بشكل اكبر ، وبالتالي قد يعرضن انفسهن للجوع بشكل مبالغ فيه لايقاف عملية النمو والدخول الى مرحلة الانوثة.

دراسة قامت بها الجمعية الامريكية لفتيات الجامعة فتوصلت الى أن 70% من الطالبات تعرضن للمضايقة اثناء فترة الدراسة، 50% تعرضن للمسواتلث تعرضن للاثاعات والربع تعرضن للتحرش الجنسي ويذكر بيفر أن هذه المضايقات تؤثر سلبا على تقدير الذات وصورة الجسم.

(فرغلي، 2009: 20،22)

-**وسائل الاعلام والثقافة:** تؤثر وسائل الاعلام والثقافة في صورة الجسم وتقدير الذات، فكل

وسائل الاعلام المختلفة توضح للفتاة انه لكي تتجح في الحياة لابد أن تكون جذابة ونحيفة وجميلة وكأنها تبعث برسالة مؤداها أن المظهر أكثر أهمية من الشخصية والطباع والمشاركة الاجتماعية، ويذكر بيفر أن نقص تقدير الذات وانخفاض الثقة بالنفس وصورة الجسم السلبية تزداد اثناء فترة المراهقة.

(Grogan,2012: 112)

-**التربية البدنية:** يذكر نورسكي واكيديا: أن الرياضة تحافظ على فقدان الوزن بطريقة فعالة للوصول الى شكل مرغوب من الناحية الجمالية والرياضية، وان الافتقار الى فصول التربية الرياضية يمكن أن يتسبب في كراهية الاطفال لقاعة الالعاب الرياضية وبالتالي كراهية نشاط التربية الرياضية مدى الحياة، وان نسبة كبيرة من الاطفال الذين لجبهم مهارة رياضية ويخجلون من رؤيتهم بملابس رياضية يمكن أن تؤثر على صورة الجسم لديهم.

محاضرة 6: اضطرابات الجانبية

1-تعريف الجانبية: تعرف على انها السيطرة العاملة لجهة محددة من الجسم، هذه السيطرة تنشئ عند الولد افضلية في استعمال جهة واحدة من جسمه، جهة اليسار أو اليمين، هناك سيطرة جانبية على اربعة اعضاء في الجسد: اليد، العين، الرجل، الاذن.

تكتمل السيطرة الجانبية من النمو الجسدي وتتلور في عمر 6 أو 7 سنوات.

-نلاحظ ان الجهة اليمنى هي الجهة المسيطرة عند اغلبية الناس، وهذا لا ينفي وجود اشخاص يملكون جانبية مسيطرة في الجهة اليسرى.

-ادراك الولد بجهته المسيطرة يشكل اساسا لمعرفته المفاهيم يمين يسار.

-تظهر السيطرة الجانبية بطرق مختلفة عند الانسان:

شخصا يمينا Droitier الجهة اليمنى هي المسيطرة.

شخصا عسراويا Gauchier الجهة اليسرى هي المسيطرة.

شخصا يستخدم يديه الاثنتين Ambidextre تكون قدراته متساوية في الجهتين.

شخص يستخدم يده اليمنى في أنشطة وحددة واليسرى في أنشطة اخرى.

(Albaret,2011:233)

2-الاعراض:

-يعاني بعض التلاميذ من تأخر في تحديد الجهة المسيطرة فتلاحظ المعلمة مازال ينقل القلم أثناء الكتابة من اليمين الى اليسار أو العكس.

-يصبح خطه غير دقيق وبطيء.

-يمكن ان يكون الطفل قد تزجه طبيعيا وعصيبا للكتابة باليد اليسرى ولكن الضغوطات الخارجية غيرت له ذلك فأجبرته على الكتابة باليد اليمنى، فينتج من هذه الحالة مشاكل وصعوبات في الخط والتركيز.

-يشعر حينها الولد بما يشهر به كل شخص عندما يحاول الكتابة باليد غير المسيطرة لديه:

(Albaret,2004:21)

*الانزعاج الدائم.

*الضغط النفسي.

*التعب.

*عدم التمكن من السيطرة على القلم والحركة.

(Albaret,2004:21)

3-الارشادات:

- لا يجدر بالاهل أو المعلمة الايحاء الى التلميذ بأن استعمال يد معينة هو افضل من استعمال اخرى.
- يترك التلميذ على راحته لاختيار اليد التي تناسبه.
- بعض التلاميذ يملكون مهارة استعمال اليدين في الكتابة.
- ان تبديل القلم بين اليدين حتى عمر 4 سنوات ونصف هو امر طبيعي غير مقلق ولكن بعد ذلك يصبح من الضروري استشارة اختصاصي.

4-بعض التمارين الخاصة بالاطفال الذين يعانون من اضطرابات الجانبية:

الهدف العام:اكتشاف الجهة المسيطرة

- تبدأ في عمر 4 سنوات تساعد على تحديد اليد والقدم الأقوى أو المسيطرة.
- النشاط الأول: تحديد القدم المسيطرة من خلال السرعة
- سير النشاط: سباق قفز على رجل واحدة مرة اليمنى ومرة اليسرى ليحدد التلميذ بعدها بأيهما أسرع.
- النشاط الثاني: تحديد القدم المسيطرة من خلال قوة التحكم العضلي
- سير النشاط: يقف التلميذ على رجل واحدة لاطول مدة زمنية وتحديد بعدها ايهما أقوى.
- النشاط الثالث: تحديد القدم المسيطرة من خلال القدرة على التصويب
- سير النشاط: ركل الكرة نحو الهدف مستعملا في كل مرة قدما مختلفة.
- النشاط الرابع: تحديد اليد المسيطرة من خلال التحكم الحركي.
- سير النشاط: ضبط الايقاع على طبل واكتشاف أن استعمال اليد الاخرى ليس بسهل.

(بيطار واخرون:98-99)

المحاضرة 7: التنظيم الزمني

1-تعريف: الزمن مفهوم مجرد غير محسوس يصعب تحديده في معظم الاحيان يواجه التلميذ صعوبة في فهمه.

-يعرف على أنه تعاقب للاحداث.

-يستطيع التلميذ أن يكتسب مفهوم الزمان من خلال ادراكه نمطية تكرار الزمان Temps cicliques :نهار وليل، الاسبوع ، الفصول...الخ، ومن خلال ادراكه لتسلسل الاحداث وفهمها وترابطها بعضها ببعض.

2-مكونات الزمان:

لاكتساب مفهوم الزمان على التلميذ أن يدرك جميع مكوناته:

-نمطية تكرار الزمان: ادراك تكرار الفصول والايام والاعياد.

-التسلسل والترتيب: ادراك تسلسل الاحداث فنستطيع عندها استعمال العبارات الزمنية مثل بعد/قبل، والتمييز بين الحاضر والماضي والمستقبل.

-المدة: ادراك الفترة الزمنية الممتدة بين حدث واخر فيستطيع عنده تقدير عدد الدقائق والساعات والايام.

3-نمو المفاهيم الزمنية:

ان مقارنة التلميذ للمفاهيم الزمانية في أنشطة الحياة اليومية تؤمن له الارضية المناسبة لفهم الزمان وتنظيمه.

-تجدون في الجدول ادناه تسلسل نمو هذه المفاهيم: (بيطار واخرون:108)

العمر	المفاهيم الزمانية
2-3سنوات	الآن -قريبا-بعد قليل-بسرعة-على مهل.
3-4سنوات	يبدء بفهم التسلسل ويستعمل كلمة البرحة يكتسب مفهوم الماضي والحاضر والمستقبل
4-5سنوات	يستخدم مفردات الزمن بطريقة سهلة ويزيد بعض المفاهيم الجديدة مثل ليل -نهار
5سنوات	يدرك الطفل الفصول الاربعة:ربيع، خريف، صيف،شتاء
6 سنوات	يعرف ايام الاسبوع

7 سنوات	يعرف تاريخ ولادته
8 سنوات	يتعرف على الاشهر ويبدء باستعمال الساعة.

4- الاعراض:

يعاني صعوبة في تنظيم الزمان عندما يواجه مشاكل في :

-تحديد تسلسل الاحداث.

-تحديد البداية والنهاية.

-تحديد قبل وبعد.

-التمييز بين سرعة الاشياء.

-صعوبة في تصريف الافعال داخل الجملة

-تنظيم وقته:صعوبة ادراك المدة المخصصة لانجاز نشاط ما.

5- الارشادات اللازمة لتفادي صعوبة ادراك الزمان:

لتفادي صعوبة ادراك الزمان، ولمساعدة التلاميذ الذين يعانون هذه الصعوبات على المعلمة أن تنمي ادراك الولد بمكونات الزمان كلها: المدة ، التسلسل والترتيب، النمطية.

1-الهدف العام: تنمية المفاهيم المتعلقة بالتسلسل والترتيب

-سير النشاط: ضمن مجموعة ينفذ التلميذ حركتين متتاليتين، ويصف ماذا يفعل في الوقت عينه مثلا:

-أولا اضغ يدي على رأسي، ثانيا أصفق، ثم اغمض عيني.

-الهدف العام: ادراك تسلسل الاحداث.

-النشاط الاول: حفظ تسلسل عشوائي .

-سير النشاط: يقول التلميذ ثلاث كلمات تتعلق بالالوان وعلى التلاميذ أن يكرروها.

-النشاط الثاني: حفظ التسلسل المنطقي لبعض الاحداث.

(بيطار وآخرون:109-110)

-سير النشاط: قصة قصيرة نتلوها على التلاميذ وتطلب منهم تمثيلها مراعين تسلسل الاحداث.

-النشاط الثالث: ايجاد التسلسل المنطقي من خلال ترتيب الصور.

-سير النشاط: تعطي المعلمة مجموعة صور تدل على تطور زمني معين وتطلب اليه ترتيبها مثل: صور النبتة التي تكبر، صور الشمس التي تغيب.

-النشاط الرابع: تنمية التتابع النمطي.

-سير النشاط: اعطاء مجموعة من الخرز ليصنعها عقدا مراعيًا تسلسلا معينًا من الالوان والاشكال، تكون قد رسمتها على بطاقات معينة.

3-الهدف العام: تنمية مفهوم المدة(التمييز بين المدة الطويلة والقصيرة).

-النشاط الاول: ادراك المدة الطويلة والقصيرة.

-سير النشاط: يقوم بحركة ديناميكية مثل تحريك ذراعيه كالطير مرة مسرعا ومرة على مهل.

-النشاط الثاني: اختبار المدة من خلال الادراك البصري.

-سير النشاط: تضع المعلمة الساعة امام التلاميذ ويبدوون بالتصفيق وهم يراقبون عقاربها ولا يتوقفون قبل مرور دقيقة.

-النشاط الثالث: اختبار المدة الزمنية من خلال الادراك الحركي.

-سير النشاط: مسابقة بين التلاميذ بحيث على كل اثنين منهم الوقوف على قدم واحدة لاطول مدة ممكنة.

-النشاط الرابع: اختبار المدة الزمنية من خلال الادراك السمعي .

-سير النشاط: تسمع المعلمة التلاميذ أصوات أدوات موسيقية مثلا صوت دف ومن ثم صوت المثلث الموسيقي، وتسالهم فيما بعد أي اداة من هذه الاصوات أطول.

(بيطار واخرون:109-110)

4-الهدف العام:ادراك نمطية الزمان

ان الوقت لا رجوع فيه ولا يمكن تغيير ما تغير، ولكن هناك احداث تعيد نفسها دائما كالفصول ليل نهار، ايام الاسبوع، من المهم أن يدركها التلميذ لانه لا يمكن أن يحدد زمنه إلا نسبة اليها، لذا يجب أن تشدد المعلمة على أهمية القاء التحية في الصباح الباكر والوداع عند المغادرة، كما يمكن

أن تخلق التعليلة روتينا معينا مثل صنع قالب الحلو من كل شهر، يدرك التلميذ النمطية عبر هذا التكرار.

-تضع المعلمة مجموعة من الصور يتتبعان الى واحدة فصل الصيف واخرى للخريف وتطلب من التلاميذ ربط الاغراض بالفصل المناسب.

(البيطار واخرون:112)

محاضرة 8: اضطراب النقص في التركيز والافراط في الحركة

Trouble De Deficit De L'attention Et Hyperactivité

1. تعاريف فرط الحركة:

- **التعريف الطبي لفرط الحركة:** يعرف اضطراب النشاط الزائد، على أنه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ والمسؤولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك، ويعرفه تشرنومازوا على أنه نتيجة قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية، كما يعرفه المعهد القومي للصحة النفسية على أنه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل: التفكير، التعلم، الذاكرة والسلوك.

- **التعريف السلوكي للنشاط الزائد:** أشار الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4) إلى أن اضطراب النشاط الزائد/قصور الانتباه (ADHD) يعني عدم قدرة الطفل على الانتباه وقابليته للتشتت قد تؤثر على تركيزه أثناء قيامه بالنشاطات المختلفة وعدم إتمامها. بينما عرفه تشرنومازوا (1996) على أنه اضطراب نتيجة النشاط الحركي البدني والنشاط العقلي للطفل عندما يكون في حالة هياج أو ثورة لانتصاره على أي شيء ممنوع عنه.

(اليوسفي، 2005: 9-8)

2. **تعريف تشتت الانتباه:** هو العرض الثاني في جملة قصور الانتباه/النشاط الزائد، ويتميز قصور الانتباه بالقابلية للتشتت والتغيرات المتكررة للنشاط غير المكتمل، إلى نشاط آخر وأخطاء ناجمة عن عدم الإصغاء أو عدم الاستجابة للأسئلة وتشير الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يؤديون بشكل سيء على اختبارات الأداء المتواصل، والمهام الأدائية التي تتطلب من المفحوص التحكم والاستجابة في عدد من الحروف تقدم على شاشة حاسب آلي، ولا يعتبر هذا الاضطراب عند هؤلاء المصابين به نوعاً من العناد ولكنه يعكس العجز عن مواصلة التركيز برغم الرغبة الواضحة في ذلك.

(جمعة، 2000: 23)

كما يقصد بالتشتت عدم قدرة الأطفال على اختبار المثيرات ذات العلاقة بالمهارات المطلوبة والتي تساعدهم في الاستمرار والمتابعة لتلك المهارة حيث يتشتت انتباه الطفل بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة .
(سالم، 2003: 77).

3. تعريف الاندفاعية:

- تعريف كريمان بدير: ويقصد بها عدم التروي في التفاعل مع المثيرات ما ينجم عنه غالبا عواقب غير مأمونة مثل الرد السريع على السؤال قبل الانتباه إليه جيدا ومعرفة مضمونه وعناصره مما يوقع التلميذ في الخطأ أو مثل الاستجابة الفورية دون مراجعة للنفس في مواقف حياته مما يؤدي بالفرد إلى سلوك عدواني يضر به أو بالآخرين أو بهم جميعا، ومن ثم تعكس الاندفاعية نقصا في الانتباه الكافي وقصورا في الإدراك وعجزا عن التفكير يؤدي إلى سرعة الاستجابة والوقوع في الخطأ.

(كريمان، 2006: 129)

تعريف حسين نوري الياصري: وتعني عدم تفكير الطفل في العواقب المترتبة على ما يقوم به من أفعال مما يؤدي به إلى مواقف محرجة أو خطيرة كالقفز من بناية عالية نسبيا عن الأرض دون التفكير في العواقب المترتبة عن ذلك أو يجيب قبل أن ينتهي السائل من سؤاله مما يؤدي به إلى أن تكون إجابته خاطئة وكل هذا بسبب الاندفاعية والتهور .

من خلال التعاريف السابقة نستخلص ما يلي:

1/ أشار بعض الباحثين إلى أنه اضطراب عضوي بينما أشار البعض الآخر إلى أنه اضطراب سلوكي.

2/ أنه ينتشر عند الذكور أكثر من الإناث.

3/ أنه لا يمكن أو بالأحرى يصعب تشخيصه قبل المدرسة.

4/ أن المصابون بهذا الاضطراب يجدون صعوبة في التركيز ويكونون عادة اندفاعيين.

وحظي هذا الموضوع باهتمام كبير من الباحثين في مجالات التربية وعلم النفس وهو من أكثر الموضوعات شيوعا في الوقت الحالي.

4. نسبة انتشار الاضطراب : توجد صعوبة في التعرف على نسب انتشار الاضطراب بسبب التباين في التعريفات مع مرور الزمن كذلك التباين بين الأقطاب المختلفة، وتتراوح نسب انتشار الاضطراب لدى من هم في عمر المدرسة الابتدائية (3-5%)، ويرى البعض أنه قد يحدث لدى 10% من تلاميذ المدارس الابتدائية بينما يرى البعض الآخر أن التقديرات تتراوح من (1 إلى 20%)، ويقدر باحثون آخرون انتشاره في سن المدارس الابتدائية من (5-15%)، وبالمقابل فإن نسب انتشاره في سن المراهقة غير معروفة.

(جمعة، 2000: 225)

ويتزايد حدوث الاضطراب لدى الأولاد أكثر من البنات بنسبة 3-5% وترتفع التقديرات عادة في المستويات الاقتصادية والاجتماعية الدنيا، كما يلعب العامل الوراثي دورا في زيادة هذه النسبة إن وجد إلى ما يقرب من 2-3% من المصابين بهذا الاضطراب، إذا كان لدى أحد الأبوين أو الأشقاء تاريخا مرضيا مع هذا الاضطراب.

(عسكر، 2005: 57)

- ويحدث الاضطراب في ثقافات مختلفة مع تباين في نسب الانتشار المذكورة في الأقطار العربية التي يحتمل أن ترتفع النسب فيها نتيجة التباين في استخدام التشخيص، وقد تبين أن اضطراب فرط الحركة المصحوب بنشبت الانتباه أكثر شيوعا لدى أقارب الدرجة الأولى للأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

(جمعة، 2000: 226)

ونخلص بالقول أن هذا الاضطراب أكثر انتشارا في:

- الابتدائي أكثر من الاكتمالي.

- الأولاد أكثر من البنات.

- الدول الغربية أكثر من الدول العربية.

- المستويات الاقتصادية الدنيا أكثر من المستويات الاقتصادية المرتفعة.

5. أسباب الاضطراب: تتعدد أسباب هذا الاضطراب إلى أسباب عضوية، عصبية، نمائية، والنفسية الاجتماعية.

1.5 الأسباب الوراثية: ففي الدراسات الوراثية والجينية وجد أن نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بهذا اضطراب تاريخا مرضيا سابقا، كما وجد أن الآباء الذين لديهم مشكلات مع الإدمان والكحول والسلوك المضاد للمجتمع، كانت معدلات إصابة أبنائهم أعلى بهذا الاضطراب عن الآخرين.

2.5 الأسباب النمائية (الإرتقائية): لوحظ أن الأطفال من مواليد شهر سبتمبر أكثر في الإصابة بهذا الاضطراب وتعود هذه الحالة لإصابة الأطفال بأمراض الشتاء في بواكير عمرهم ، وقد يكون هناك دمار حقيقي ناجم عن مشاكل الحمل والولادة، أو التعرض لصدمة أو التسمم بعد الولادة، وبغض النظر عن أسباب هذا الدمار، فإنه يتضح أن المناطق في المخ قد تأثرت بالفعل الأمر الذي يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب لدى الأطفال.

(رضوان، 2003: 84)

3.5 الأسباب العصبية: ينجم هذا الاضطراب عن إصابة طفيفة في المخ، حيث اظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب علامات عصبية حقيقية توحي بوجود إصابة في المخ وعلى هذا الأساس سمي بسوء التوظيف المخي البسيط.

(جمعة، 2000: 231)

- وتفترض بعض النظريات أن سلوك الطفل الذي يعاني من خلل وظيفي في الناقلات العصبية Neurotransmitters وخاصة الناقل العصبي للنورينفرين Norepinephrine ومنشطاته من الدوبامين Dopamine وخاصة في الدماغ الأوسط وساق المخ.

4.5 العوامل النفسية الاجتماعية: لوحظ أن أطفال المؤسسات يعانون من حركة مفرطة وقصور في تركيز الانتباه وتعود هذه الملاحظات إلى الحرمان العاطفي الطويل وتزول هذه الأعراض بعد زوال الحرمان العاطفي. كما تؤدي الضغوط الشديدة واضطراب المناخ الأسري إلى تهيئة الإصابة بهذا الاضطراب كما تسهم الظروف الاجتماعية والنظم الأكاديمية والحياة الروتينية المملة إلى الإصابة بهذا الاضطراب.

(عسكر، 2005: 58)

6. مظاهر فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه والاندفاعية.

- إنه كثير الحركة لا يستقر على حال ولو لبعض الوقت.
- إنه قليل الانتباه وضعيف التركيز فهو كالفراشة ينتقل من مكان إلى آخر.
- إنه شديد الاندفاع والتهور، فهو يعرض نفسه للمخاطر دون أن يفكر في النتائج يظهر هذا السلوك في المنزل وفي المدرسة، أثناء اللعب وفي العلاقات مع الآخرين

(عصام، 2004: 96)

- تقلب الحالة المزاجية بين المرح والانزعاج.
- إصدار أصوات مزعجة.
- يتحدث بطريقة تفنن إلى التسلسل المنطقي فتختلط فيه الألفاظ أحيانا بسبب السرعة.

(العمارة، 2002: 166)

7. أعراض فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه:

- 1- غالبا ما تظهر عليهم حركات دائمة في اليدين والقدمين.
 - 2- من الصعب أن يبقى الطفل في مكانه حتى لو طلب منه ذلك.
 - 3- من السهل أن يفقد الانتباه لأبسط مثير.
 - 4- من الصعب أن ينتظر أن يأتي دوره في اللعب.
 - 5- غالبا ما يجيب على السؤال قبل أن ينتهي من طرحه.
 - 6- من الصعب عليه أتباع تعليمات الآخرين.
 - 7- غالبا ما يترك عملا قد بدأ به لينتقل إلى عمل آخر.
 - 8- غالبا لا ينصت إلى ما يقوله الآخرين.
 - 9- من الصعب أن يلعب بهدوء.
 - 10- غالبا ما يتحدث بكثرة.
 - 11- غالبا ما يتدخل في شؤون الآخرين.
 - 12- غالبا ما يقوم بنشاطات خطيرة دون أن يقدر النتائج.
 - 13- غالبا ما ينسى الأشياء الضرورية في البيت أو المدرسة لإنجاز أعماله كالقلم أو الكتب وغيرها.
 - 14- من الصعب أن يستمر لديه الانتباه والتركيز، إن كان ذلك أثناء اللعب أو العمل.
- (عصام ، 2004 : 97)

8. أنواع فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه:

- ميز الدليل التشخيصي DSM 4 بين أنواع ثلاثة من هذه الاضطرابات:

- 1.8 النوع غير المنتبه السائد Inattentive type.
- 2.8 النوع المندفِع وزائد النشاط Impulsive type.
- 3.8 النوع المتحدي أو المتعارض Combined type.

(رضوان، 2003: 80-81)

وقد تبين من الدراسات أن: - النوع الأول لا يستطيع تكملة المهام ودائما مضطرب، بالإضافة إلى أنه لا يقوم بالمهام الدراسية.

- أما النوع الثاني (المندفع) متميز بالسلوك الفوضوي.

- وعن النوع الثالث من الأطفال وهو النوع المعارض أو المتحدي يظهر أعراض النوع الأول والثاني، بالإضافة إلى ظهور صعوبة في التعامل مع الآخرين من الأشخاص المحيطين بهم، مثل الأقران وأفراد الأسرة والمدرسين وموظفي المدرسة.

9. المحكات التشخيصية لاضطراب النشاط المفرط/قصور الانتباه:

يرى "والين" أنه ينبغي عدم تطبيق تشخيص هذا الاضطراب لدى الصغار الذين يتصفون بالعناد والتقلب ومفرطي النشاط والقابلية للتشتت بدرجة بسيطة في سنوات ما قبل المدرسة، وهو ما أكد عليه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة. وعلى ذلك فإن الحالات التي تشخص بهذا الاضطراب لا بد لها أن تستوفي الأعراض التالية طبقا لـ DSM4

1.9 سنة أو أكثر من أعراض قلة الانتباه: قد دامت ستة أشهر على الأقل لدرجة كانت سيئة التكيف ومتضاربة وذلك على مستوى نمائي.

قلة الانتباه (Inattention)

أ- يفشل الفرد في إعطاء انتباه عميق للتفاصيل أو غالبا ما يقوم بأخطاء بدون مبالاة في الواجب المدرسي أو العمل، أو أي أنشطة أخرى.

ب- لديه صعوبة في الانتباه للمهام أو أنشطة أخرى.

ج- غير مبال بالاستماع عندما يوجه إليه الكلام مباشرة.

د- أحيانا لا يتبع التعليمات الجارية ويتقاعس عن إنهاء الواجب المدرسي أو العمل، الروتيني أو الواجبات في مكان العمل (وذلك ليس نتيجة للسلوك المتعارض أو الفشل في فهم الدروس).

هـ- غالبا ما تكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.

و- يتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهود عقلي أو يكرهها مثل: الواجب المدرسي.

ز- عادة ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام والأنشطة (كاللعب والأغراض المدرسية كالأقلام والكتب والأدوات).

(رضوان، 2003: 80-81)

ح- من السهل تشتيت انتباهه بالمشيرات الخارجية.

ط- كثير النسيان للنشاطات اليومية.

2.9 سنة أو أكثر من أعراض للنشاط المفرط/الاندفاعية:

تكون مستمرة لمدة 06 أشهر على الأقل لدرجة كانت سيئة التكيف ومتضاربة وتكون كالاتي:

النشاط المفرط:

أ- يظهر التملل بواسطة اليدين أو القدمين أو تحريك المقعد.

ب- يترك مقعده -عادة- في الفصل أو في المواقف الأخرى عندما يكون بقائه فيها متوقعا.

ج- يجري ويقفز بشكل كبير في المواقف التي تكون فيها الأفعال غير ملائمة (في المراهقة والرشد قد تكون قاصرة على الشعور الذاتي بعدم الراحة).

د- لديه صعوبة في اللعب أو الانخراط في نشاطات الفراغ بهدوء.

هـ- دائم الحركة كما لو كان مدفوعا بواسطة آلة.

و- يتكلم ويثرثر كثيرا.

الاندفاعية:

ز- يندفع في الإجابة قبل أن تكتمل الأسئلة.

ح- لديه صعوبة في انتظار دوره.

ط- يزعج الآخرين أو يربكهم ويقاطعهم (كالتدخل في الحديث أو اللعب).

(جمعة، 2000: 229)

10. علاج الاضطراب: تتطلب معالجة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب التعاون بين كل من الطبيب والوالدين والمعلم والمختص النفسي وذلك بتوظيف وسائل العلاج المختلفة الآتية:

1.10 العلاج الطبي (الدوائي): لابد من اعتماد برامج متكاملة يشارك فيها الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمتخصصين في العلاج الأسري والآباء والمربون.

(رضوان، 2003: 80-81)

وذلك من خلال أخذ الطفل إلى العيادة الطبية أولاً لإمكانية التدخل بالعلاج الدوائي للسيطرة على سلوكه العدوانى بعقار الهالوبيردول، Hadol، وكذلك استخدام الليثيوم Eskalith مع استخدام الأدوية التي تحافظ على الاستقرار المزاجى والانفعالى.

(عسكر، 2005: 64)

2.10 العلاج السلوكى: من خلال وضع خطط لتنظيم السلوكيات الفوضوية:

- علم طفلك الإجابات اللفظية الصحيحة.
- اهتمام الوالدين بالاضطرابات السلوكية.
- التقليل من مشاهدة المباريات التنافسية.
- إشراك الوالدين أحياناً في المواقف التي تظهر السلوك الفوضوي للطفل.
- بالإضافة إلى إتباع نظام التعزيز مثل: - استخدام الأشياء التي يفضلها الطفل عندما يكمل الطفل المهام المطلوبة مثلاً مكافئة، هدية كبيرة، لعبة،...إلخ.
- يجب التنوع في أساليب التعزيز وتجنب تكرارها حتى لا تفقد أهميتها.
- تجنب عدم الوفاء بالوعد في تقديم التعزيز.
- ومن بين فنيات العلاج السلوكى: - أسلوب التدريب على حل المشكلة في الموقف الجماعى.
- أسلوب لعب الأدوار لتدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية.
- أسلوب الضبط الذاتى للسلوك.
- أسلوب المطابقة، ويتم تدريب الطفل على فكرة مطابقة ما يقوله مع ما يفعله.

(اليوسفى، 2005: 88)

11- الإرشادات:

يجب تعليم التلميذ مهارة الانتباه والاصغاء لجعله مستعداً لاستقبال المعلومات بعد تهيئة بيئة صفية.

-عرض فيمالي مجموعة من التمارين التي تنمي الانتباه السمعي والبصري لدى الطفل على الصعيد الحسي الحركي.

(رضوان، 2003: 80-81)

-النشاط الأول: تنمية الانتباه السمعي

-سير النشاط: يستلقي التلميذ على الطاولة ويصغي الى الاصوات الموجودة داخل الصف وخارجه ومن ثم يذكر ماسمعه.

-النشاط الثاني: تنمية الانتباه السمعي

-سير النشاط: يجلس التلاميذ في دائرة وتهمس المعلمة كلمة في اذن التلميذ ويبدأ بنقلها الى الذي يجلس بجانبه، بعد انتهاء انتقال الكلمة، يبوح بها التلميذ الجالس في نهاية الحلقة ويقارنها بما كانت عليه.

-النشاط الثالث: تنمية الانتباه السمعي الحركي

-سير النشاط: يمشي التلميذ في الغرفة وعند التصفيق يتوقف عن الحراك.

-النشاط الرابع: تنمية الانتباه السمعي والذاكرة العاملة

-سير النشاط: تقول المعلمة، عندما اصفق مرة واحدة تمشون مثل الهرة وعندما اصفق مرتين تقفزون مثل الارنب.
(بيطار: 178)

النشاط الخامس: تنمية الانتباه السمعي والذاكرة العاملة

-سير النشاط: ثلاث تعليمات: استلق على بطنك، اركع، قف على قدم واحدة.

-النشاط السادس: تنمية الانتباه الطويل الادم والذاكرة العاملة السمعية.

-سير النشاط: تعطي المعلمة معلومات تباعا مثلاً: دع القلك الاحمر على اليمين، والاصفر على اليسار.

-النشاط السابع: تنمية الانتباه البصري والذاكرة العملية

-سير النشاط: عندما ترفع المعلمة يدها يمشي التلاميذ، عندما تصفق يغنون، وعندما تغمض عينيها ينامون على الارض.

-النشاط الثامن: تنمية الانتباه البصري والذاكرة العاملة البصرية

-سير النشاط: تعرض بشكل متتال ثلاثة الوان مختلفة وتطلب من التلاميذ تذكر الالوان بالتسلسل.

(بيطار: 178-179)

-النشاط التاسع:تنمية الانتباه والذاكرة

-سير النشاط:تحضر المعلمة وعاء لكل تلميذ يحتوي على كمية صغيرة من الفاصولياء والارز والحمص،عندما تغلق المعلمة كفها يضع التلاميذ حبة الفاصولياء، عندما تفتح كفها يضعون رزا، وعندما تعرض اصبعها يضعون حبة حمص.

11-اقتراحات وتوجيهات:

-يجلس التلميذ في مقدمة الصف في زاوية خالية من المثيرات بالقرب من المعلمة.

-يجلس بقره تلميذ مجتهد يشجعه على الدرس.

-يطلب الى التلميذ مقارنة عمله مع عمل صديقه.

-يعمل ضمن فريق مصغر.

-يقرب منه المعلم ويعيد الشرح بسرعة ليتأكد من فهمه للمواد.

-تعطيه وقتا اضافيا لتنفيذ المطلوب.

-تعطيه تمرينا بعد تمرين أثناء الامتحان.

-تعطيه تعليمات قصيرة.

-تكتب على اللوح المعلومات الاساسية فقط.

-تقسيم التمرين الى تقسيمات عدة.

-تسطر له المعلومات الضرورية.

-تتأكد من أن التلميذ يسمع الشرح من خلال مناداته أثناءه.

(بيطار:178-179)

المحور الثالث: اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة

المحاضرة 9: عسر القراءة.

المحاضرة 10: عسر الكتابة.

المحاضرة 11: عسر الحساب.

المحاضرة 12: عسر الخط

مقدمة: الفرق بين الاضطرابات والصعوبات التعلّمية

يتمتع التلامذة الذين يعانون من اضطرابات تعلّمية بمعدّل ذكاءٍ طبيعيٍّ أو ما يزيد على المعدّل؛ ويظهر تباين بين قدراتهم الذهنية وتحصيلهم الدراسي، كما ويكون أدائهم ضعيفًا بسبب اضطراب أو خلل في إحدى المهارات النمائية .

ويعزى ذلك إلى عجز عصبيّ متوسّط أو حادّ وليس إلى إعاقة بصرية أو سمعيّة أو حركيّة أو عقليّة أو انفعاليّة أو بيئيّة ثقافيّة.

بينما يتمتع التلامذة الذين لديهم صعوبات تعلّمية بقدرات عقلية في حدود المعدل العام أو أكثر، وهم يواجهون صعوبة في واحدة أو أكثر من المهارات التعلّمية الأساسية مثل القراءة، والكتابة والحساب . وأسباب الصعوبات التعلّمية متعددة مثل الظروف البيئية المضطربة، والظروف الاقتصادية الصعبة مثل الفقر، أو الظروف التعليمية غير الملائمة (سواء لجهة عدم ملائمة المنهج أو لجهة الطرائق) وتجدر الإشارة إلى ان عوارض الصعوبات والاضطرابات التعلّمية غالبًا ما تكون متشابهة في المظهر من حيث التشابه في التعثر في عملية القراءة والكتابة والحساب والتجاوب مع الأنشطة التربوية المقترحة ولكنّها تكون أكثر حدّة في الاضطرابات التعلّمية، والاختلاف يكمن في ان التلاميذ الذين يعانون من الصعوبات التعلّمية غالبًا ما يتجاوبون مع العلاج المقترح لهم ويتخطون مشاكلهم التعلّمية بينما يتجاوب التلامذة الذين يعانون من الاضطرابات التعلّمية مع العلاج المقترح لهم ويتحسن أدائهم الاكاديمي دونما اختفاء كلي لمظاهر الاضطراب.

(بيطار واخرون:22)

محاضرة 9: عسر القراءة:

مقدمة: يعاني الطفل في سنواته الدراسية الأولى صعوبة في تهجئة الحروف وقراءة الكلمات، مما يولد له شعورا بالفشل فعسر القراءة (الديسلكسيا) هو اضطراب تعليمي يتضح بشكل أساسي كصعوبة القراءة والهجاء وهو منفصل ومميز عن صعوبات القراءة الناجمة عن أسباب أخرى، مثل عيوب غير عصبية بالرؤية أو السمع، أو بسبب ضعف مستوى وعدم ملائمة تعليم القراءة هناك تقدير يفيد بأن "عُسر القراءة" يصيب ما بين 5 % إلى 17 % من سكان الولايات المتحدة.

على الرغم من الاعتقاد بأن عُسر القراءة يكون نتيجة لاختلال عصبي، فإنه لا يعد إعاقة ذهنية. حيث يصيب "عُسر القراءة" أشخاصا من جميع مستويات الذكاء، المتوسط، فوق المتوسط، والعالي.

1- نظرة تاريخية على عسر القراءة:

أي وافد جديد إلى دراسة عسر القراءة يعتقد أن عسر القراءة ظاهرة جديدة نسبيا، الواضح أن الحال ليس كذلك، في لمحة تاريخية شاملة تتجاوز هذه النظرة، أجازها (Ott 1997) استشهدت كريتشلي (1996) بوصف عسر القراءة الذي قدمه توماس ويلسن، كما استخدمت الاسم الذي تناوله البروفسور برلين سنة 1672، كما استشهد (Ott 1997) بأفكار كوسماول، الذي عرّفها بعمى الكلمة، word-blindness عند ضحايا العمليات المفاجأة ذات الأثر القوي، بينما ينسبه Hinshelwood من خلال عمله مع مرضى، الذين يجدون صعوبة مع التعامل مع الأرقام، والحروف. توفرت مع أواخر القرن التاسع عشر أدلة لعديد من الخبراء لتعريف وتحديد أعراض الديسلكسيا، أو عمى الكلمة، وتشمل هذه الأدلة دراسات ويليام برنجل في عام 1898، وفي نفس السنة جيمس كير. أعمال أورتن في عام 1952 والذي يعتبر من الأعمال الأكثر شهرة، في حين تمكنت أنا جيلنغهام ومعهد ستيلمان بيبي، استنباط نهج multisensory نتيجة لأعمال أورتن، الذي ساد ويؤثر حاليا على طرق تدريس الذين يعانون من الديسلكسيا.

قامت ميلز (1996) بإحياء الأعمال المضطع بها في جامعة أوستن، التي جمعت في مقياس أوستن، التنبؤي والوصفي، كأداة لتحديد أنماط الديسلكسيا من حيث الصعوبة، والتي يمكن أن يستخدمها المعلم.

نمت بعد ذلك نموًا مطردًا طوال سنوات الخمسينات دراسات في هذا المجال، وفهمه في المملكة المتحدة، تأسست عام 1972، "رابطة عسر القراءة البريطانية" في ذات الوقت تأسس معهد عسر القراءة، ومعهد هورنسيبي، اللذان دمجا عام 2005 (Wendy, 2009: p4)

2- مفهوم عسر القراءة: Dyslexie :

أستعمل لأول مرة مفهوم عسر القراءة في الطب وبالتالي كانت أكثر التعاريف تداولاً هي التعاريف الطبية، وانتشر نموذج طبي لتفسير عسر القراءة بأنه عيب يحدث في النظام البيولوجي يتم تصحيحه إذا كان ذلك ممكناً من خلال مهنة الطب، واحدة من التريويات بدأت بالإشارة إلى الصعوبات التي يواجهها أطفال "الدسلكسيا" وكانت الأكثر مصداقية، وأدى ذلك إلى خلق نموذج تربوي لمعالجة هذه الصعوبات، وضعت نظريات أكثر حداثة اعتبرت عسر القراءة كواحد من المحددات ذات المنشأ الاجتماعي، ويحتل النموذج الاجتماعي اليوم مكانة هامة في تعريف عسر القراءة، محتجة بذلك بأن المجتمع هو الذي يجعل اليوم من عسر القراءة حاجزاً في الحياة بدلاً من اعتبارها الشرط في حد ذاتها، ويمكن تفسير الشرط هنا بالقياس مثلاً باستخدام كرسي متحرك لكن المكتب في الطابق العلوي، فإنه ليس الكرسي المتحرك الحاجز ولكن الدرج هي الحاجز في ذلك، يقول البعض أنها مزيج من الاثنين ولدنا حتى الآن النماذج التعليمية والنماذج المجتمعية والتي تتماشى مع بعضها جنباً إلى جنب.

(Wendy,2009:6)

لغة: يطلق على عسر القراءة مصطلح «ديسلوكسيا Dyslexia» وهو مصطلح يوناني يتكون هذا من "Dys" ومعناه في اللاتينية القديمة الضعف أو عدم الكفاية، ومن "lexie" ويعني اللغة، استحدثه «رودولف برلين» أواخر العام 1800م، ووصفه بـ «صعوبة التعامل مع الكلمات»، أو «عسر/ قصور القراءة.»

إصطلاحاً: وعرفته الرابطة الدولية لعسر القراءة والكتابة بأنه «اضطراب له - في معظم الأحيان - صلة وراثية، ويتسبب في صعوبة تعلم ومعالجة اللغة.. استماعاً وتعبيراً، ويتضمن مشكلات في النطق، والقراءة والكتابة والإملاء، والخط، وأحياناً في الرياضيات.»

إن عسر القراءة من الاضطرابات التي اختلفت في تعريفها العلماء و الباحثون لتشعبه و اختلاف نظريات تفسيره. فقد أعطى العالم " ORTON " التعريف التالي : "...عسر القراءة هي صعوبة في دمج العناصر الرمزية المدركة في الوحدة ، كلمة كانت أم جملة مهما تكن آليات هذا الدمج. بينما عرفه " LAUNNEY " بعدم القدرة الولادية على القراءة..."، أما العالم "Mucchiellei" يعرفه بأنه) اضطراب اكتسح و بصورة تلقائية ميدان التعبير و التواصل). أما " B . Maissonny " فيعرفه على أنه : (صعوبة خاصة في التعرف و الفهم و إعادة إنتاج الرموز المكتوبة و التي من نتائجها اضطراب عميق لتعلم القراءة و النحو) .

(Lecrec,1996:50)

أما الباحث الأمريكي " F.R. Velitino " فيعرف عسر القراءة فيقول : " إن عسر القراءة هي مشكلة لغوية دقيقة لها جذورها في مجالات أخرى منها عجز في الترميز الصوتي أي عدم القدرة على صوت الكلمة و الوصول لها بغية تسهيل تذكرها ". إذاً يمكن تصنيف هذه التعاريف إلى ثلاث مجموعات هي :

أ-التعاريف الوصفية : تتمثل في جمع مظاهر الاضطراب ، وهذا الجمع لا يشمل ما يدركه الأولياء والمربون فقط، لكن أيضاً جزئيات الأمراض كالخلط بين الحروف المتشابهة من حيث الكتابة أو النطق و الخلط بين الأصوات و مشاكل الهيكل الزمانية - المكانية وهذا ما لمسناه في تعريف "Maisonny".

ب-التعاريف الوراثةية : تتمثل في تعريف "Mucchiellei" الذي حصر الاضطراب في اختلال العلاقة بين الأنا و العالم ، نافياً بذلك عامل آخر يمكن أن يتدخل كالعامل العصبي أو العامل التربوي.

ج- التعاريف التصورية : يتجلى في تعريف "Orton" الذي أعطى أهمية لتصور العنصر الرمزي الكتابي ، أي أن عسر القراءة هو خلل وظيفي ظاهر في الإدراك البصري أو الذاكرة البصرية.

ولفهم عميق لفحوى الاضطراب وجب علينا أن نتطرق إليه من جانبه السببي و التشخيصي، ثم نتطرق إلى أهم الطرق العلاجية المعتمدة

(Lecrec,1996:50)

3-أسباب عسر القراءة:

لقد ظهرت عدة دراسات تفسر أسباب عسر القراءة منها من يرجعها إلى خلل و وظيفي ظاهر في الإدراك البصري و الذاكرة البصرية و يذهب فيما بعد إلى أنه ناتج عن تأخر في النضج ، نتيجة إخفاق أحد نصفي كره الدماغ في السيطرة على النمو اللغوي للطفل ، و أبرز من يمثل هذا الاتجاه العالم النفساني الأمريكي "Orton" عام 1925، و لقد برهنت عدة دراسات و أبحاث على خطأ هذه الفرضية ، وقدمت براهين كوجود أطفال معسوري القراءة لديهم جانبية جيدة ، فقد طلب من الضعاف في القراءة أن ينسخوا أشكالاً و كلمات وأعداداً عشوائية الترتيب ، بعد إلقاء نظرة سريعة عليها و طلب منهم بعد ذلك تسمية المنبهات ، فوجد أن أولئك الضعاف في القراءة استطاعوا أن ينسخوا الحروف في الكلمة المنبهة بشكل صحيح اتجاهاً و ترتيباً حتى عندما لم يتمكنوا من تسمية الكلمة بدقة. أما الفرضية الثانية فتذهب إلى أن السبب الرئيسي هو ضعف ولادي لوظيفة التحليل و التركيب ، هذه الوظيفة التي من شأنها أن تسمح بتمييز الحروف في مقطوعة كتابية و تجميعها في مقاطع و كلمات و في الحقيقة أن هذه الوظيفة ما هي إلا مهارات فرعية من المكونات الأساسية و الضرورية لقابلية القراءة، هذا من جهة و من جهة أخرى يمكن القول على حد سواء إن الطفل يعاني ضعفاً لغوياً أعم

يؤثر في جميع مهاراته الفرعية، وهذا ما جعل Shankweler و Liberman يقولان إن ضعف القراءة لا يعرفون بشكل واضح أنه يمكن تقطيع الكلمات المقروءة والمكتوبة إلى أصوات منفصلة ، و هذا ما يجعل من الصعب عليهم تعلم التعرف على الكلمات من خلال المسح الأبجدي و تركيب أصوات الحروف،أو ما يدعي بحل الترميز الصوتي للكلمة و يعتقد أن ضعف التقطيع الصوتي مظهر من مظاهر مشكلة أعم من الترميز الصوتي تتجلى في اختزان الذاكرة رموزاً عقيمة لأصوات الحروف و ألفاظ الكلمات ولذلك فإن الكلمات تختزن دون ترميز الصوتي المناسب لها . فإذا طلب من الطفل أن يستعيد الكلمة المناسبة من الذاكرة، و جد أنه لم يحتفظ بالدلالات المكانية ليتوصل إلى لفظ هذه الكلمة.وهناك عدة فرضيات حسب العالم " Velintino " تقول أن سبب عسر القراءة يكمن في الوظائف غير اللغوية ، إحدى هذه الفرضيات هي فرضيات القصور الانتباهي التي تنسب الصعوبة في القراءة إلى عجز عام في التركيز و الانتباه.والنقد الموجه لهذه الفرضية يتمثل في أن الأطفال الذين يعانون من هذه العجز يواجهون صعوبة في أمور أخرى غير القراءة و لا يمثلون أولئك الذين تتحصر مشكلتهم في القراءة ، وبصفة عامة تم تصنيف نظريات عسر القراءة إلى محاور رئيسية:

المحور الأول: يتمثل في الاضطرابات الأدائية ذات الأصل الوظيفي إذ غالباً ما يفسر الاضطراب ، باضطراب الجانبية و صعوبات دمج الصورة الجسدية ، و التنظيم الزمني و المكاني ، و تأخر أو اضطراب اللغة و عجز الإدراك السمعي و البصري.

المحور الثاني : يتمثل في الأسباب الوراثية فحسب العالم " Critchley " عسر القراءة راجع إلى أصل تكويني و ليس للمحيط أي دخل في ظهور ، هذا ما برهن عليه العالم Hallgren " إذ وجد نسبته 89.7% تخضع لسوابق عائلية في عينة تتكون من 160 معسر القراءة ، كما أن دراسة ظهور هذا الاضطراب عند التوائم وجدت في دراسة مسحية بفرنسا سنة 1969 أجريت على 18 زوجاً من التوائم الحقيقية ، أن نسبة ظهور الاضطراب لديهم هي 100%.

المحور الثالث: فقد أعطى أصحابه الأولوية للأسباب العصبية ففي دراسات " DEBRY " و " Willemis " وجد أن عسر القراءة كان موجوداً عند أطفال مصابين بعجز حركي ذي أصل عصبي مصحوب بخصائص غير عادية للحفظ الدماغي الكهربائي.

(حمزة، 2008 : 12)

المحور الرابع: وموضوعه الأسباب الوجدانية فقد بين معظم الباحثين وجود اضطرابات وجدانية و سلوكية عند الطفل المصاب بعسر القراءة فحسب " DEBRAY " طفلان من ثلاثة يبدون المقاومة ، العنف الانطواء حول الذات ، التبول غير الإرادي و اضطرابات النوم و قد اختلف فيما إذا كانت هذه الاضطرابات نتيجة لعسر القراءة أم أعراض رئيسية له . و من المحتمل أن تكون هذه الاضطرابات رد الفعل لمشكل أعم.

المحور الخامس: وهو السبب الاجتماعي الثقافي ، فبحسب Establet و Brandlot اضطراب عسر القراءة ليس له وجود ، ولكن الأمر يتعلق بعدم تكيف ثقافي لأطفال الطبقات المحرومة التي لم يرق مستواها اللغوي إلى المستوى المطلوب الذي تتمتع به الطبقات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي العالي.

(حمزة،2008 : 12)

المحور السادس : وهي السبب البيداغوجي ، إذ أن عسر القراءة قد يكون راجعاً إلى نظام تربوي فاشل و غير مكيف مع قدرات الطفل ، و لا يستجيب لمستواه المعرفي ويمكن تقسيم أسبابها في مجمل أسباب اضطرابات اللغة عند الطفل على اختلاف أنواعها إلى:

1-الأسباب الوظيفية أو النفسية: وهي أسباب مرتبطة بأساليب التنشئة الأسرية والمدرسية وخاصة ما ارتبط منها بالعقاب بأشكاله المعنوية والجسدية، مما يؤدي إلى ظهور التأناة أو السرعة الزائدة في الكلام أو التلعثم.

2-الأسباب العصبية: ويقصد بذلك تلك الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، وما يصيب ذلك الجهاز من تلف أو إصابة قبل أو بعد أو أثناء الولادة ، فالجهاز العصبي مسؤول عن النطق واللغة، وتظهر الاضطرابات بشكل واضح لدى المصابين بالشلل الدماغي. ومما يدل على آثار الأسباب العصبية مشكلة فقدان النطق (Aphasia) أو صعوبة القراءة(dyslexia) ، أو الكتابة (Dysgraphia) وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Agnosia) وصعوبة تركيب الجمل من حيث قواعد اللغة ومعناها (language Deficit) وكذلك الحالات الفردية إلى شكل من أشكال الاضطرابات اللغوية مثل الشفة الشرماء (Cleft Lip) وسقف الحلق المشقوق (Cleft Plate) حيث يواجه صاحبها مشكلة في نطق بعض الحروف مثل (ج،ل،ت،ط،د،ب،ف) أو في حالة اضطراب حركة اللسان وهي مشكلة في نطق الحروف مثل (ت، د،ط،ر) وحالة اضطراب تناسق الأسنان مشكلة نطق الحروف (ز، س، ي، ف،ذ،ز)

(Delahaie,2009 :34-35)

3-الاضطرابات المرتبطة بإعاقات أخرى: ويقصد بذلك أن الاضطرابات تظهر بشكل مميز لدى الأفراد ذوي الإعاقات السمعية والعقلية والانفعالية وصعوبات التعلم.

4-الأسباب العضوية وتتعلق: بسلامة الأجهزة المسؤولة عن إصدار الأصوات ونطقها مثل الحنجرة ومزمار الحلق والفكين والأنف والشفيتين والأسنان واللسان والتي تعد شرطاً رئيسياً من شروط سلامة الفرد من اضطرابات اللغة على اختلاف أنواعها(Delahaie,2009 :34-35)

4- مؤشرات العسر القرائي:

توجد علامات ومؤشرات تساعد المدرس أو القائم بالتشخيص للتعرف على التلاميذ الذين يعانون من العسر القرائي أو تحديدهم، وهذه المؤشرات أو العلامات تساعد فقط في التعرف على هؤلاء التلاميذ، وقد ورد في الأدب السيكولوجي الخاص بالعسر القرائي العديد من هذه المؤشرات لعدد كبير من الباحثين والكتاب.

يذكر تومسون ومارسلند 1966، بعض المؤشرات التي تظهر على الأطفال الذين لديهم عسر قرائي، ومن هذه المؤشرات:

- هؤلاء الأطفال تحصيلهم في القراءة أقل بصورة كبيرة عما هو متوقع فيما يتعلق بعمرهم العقلي، وسنوات تواجدهم بالمدرسة، وغالبا أقل تحصيلهم في الحساب.

- هؤلاء الأطفال لا يظهرون أي دليل على وجود أي عجز متعلق بحاستي السمع والإبصار أو تلف المخ Brain damage أو أي انحراف أساسي بالشخصية.

- يظهر هؤلاء الأطفال صعوبة كبيرة في تذكر نماذج الكلمة كاملة، وهو لا يتعلمون بسهولة من خلال الطريقة البصرية للقراءة، ويميلون لإحداث نوع من الاضطرابات فيما يتعلق بالكلمات الصغيرة والتي تتشابه في الشكل العام

- وهم قراء ضعاف فيما يتعلق بجانب القراءة الجهرية، وأساسا فهم ضعاف من ناحية الهجاء على الرغم من أنهم يستطيعون في بعض الأحيان التسميع أو إسترجاع قائمة محفوظة من كلمات الهجاء لمدة مختلفة من الوقت. ويشير كالفي إلى العسر القرائي ومؤشراته بقوله: العسر القرائي - بصفة عامة - مرض حزين لأن عرضه الأساس هو الفشل والضحية لا تكون قادرة على أن تقرأ، أو تكتب، دون أن تعكس الحروف، والطفل الذي لديه هذا الاضطراب لا يستطيع أحيانا أن يتبع التعليمات البسيطة، فبعض الأطفال ينبغي أن ينظروا إلى علامات في أيديهم حتى يتمكنوا من معرفة اليمين من اليسار.

(. Lecrec,1996:50)

المحاضرة 10: عسر الكتابة

1- تعريف الكتابة:

الكتابة Orthography: هي الطريقة التي تسمح لنا بتحويل اللغة الشفهية إلى رموز كتابية، وأصل الكلمة إغريقي وتتألف من مقطعين «Ortho» ويعني تصحيح أو تقويم، و «graphy» ويعني رسم الشكل أو بالأحرى الكتابة.

الكتابة عبارة عن نظام يتمثل في مجموعة من الرموز المرئية والتي تستخدم لتمثيل وحدات لغوية بشكل منظم، وذلك لغرض حفظ أو إيصال معلومات لأشخاص آخرين يستخدمون نفس الرموز والقواعد اللغوية، حيث بإمكان أي شخص منهم أن يسترجع تلك المعلومات. ويتفق معه في ذلك أغلب المحدثون العرب إذ يرون أن الكتابة ماهي إلا تحويل الكلام المنطوق إلى رسوم وأشكال مطبوعة أو مسجلة

(الخيري، 2006: 124).

2- تعريف عسر الكتابة:

إن التلاميذ الذين يعانون من صعوبة في اللغة الشفهية أو القراءة من الممكن كذلك أن يعانون من صعوبات في الكتابة إنه من الضروري أن يتعلم الطفل التعبير عن نفسه عن طريق الكلام وأن يتمكن من القراءة بعد إلتحاقه بالمدرسة... إن تعلم الكتابة لا يقل أهمية عن سابقه، فبدون إتقان مهارة الكتابة والتعبير الكتابي لن يستطيع التلميذ سوى الإجابة الشفهية، أو إجابة الإختيار من متعدد، أو الإجابة بنعم أو لا، بينما سوف يجد نفسه عاجزا عن الإجابة التي تتطلب شرحا أو تفسيراً وتعليلا وحتى وصفا...

يعرف مايكلبست «Mykelbust, 1965» عسر الكتابة بأنها صعوبات ناتجة عن خلل وظيفي بسيط في المخ، ويكون المصاب هنا غير قادر على تذكر التسلسل الحركي لكتابة الحروف والكلمات، رغم أنه يعرف الكلمة التي يريد كتابتها ويستطيع نطقها وتحديدها عند رؤيته لها، ولكنه غير قادر على تنظيم وإنتاج الأنشطة الحركية اللازمة لنسخ أو كتابة الكلمة من الذاكرة يتطلب التعبير الكتابي توظيف مهارات في ثلاث ميادين هي: الكتابة اليدوية Handwriting، التهجئة Spelling، التحرير، إضافة إلى ذلك فإن التعبير عن الأفكار والمشاعر يعتبر أكثر أهمية وتعقيدا من الجوانب الأوتوماتيكية للكتابة كالنقل مثلا. إن الإضطراب في واحدة أو أكثر من الكتابة اليدوية، التهجئة، عدم دقة وملاءمة القواعد وسوء التنظيم، من الممكن أن تجعل الفهم صعبا على القارئ، فالكتّاب المهرة يطوّرون مهارات كافية في هذه الميادين الثلاث من أجل تمكين الآخرين من فهم أفكارهم.

(Hallahan..et al, 1996:262)

إن تقسيم مهارة الكتابة إلى هذه المكونات الفرعية ضروري من أجل مناقشة ومعرفة الجوانب المضطربة في كتابة الطفل بالإضافة إلى تصميم أدوات القياس والعلاج المناسبة

3- أسباب عسر الكتابة:

يذكر جونسون «Johnson, 1967»، أن تعلم الكتابة يتطلب من الطفل أن يفرّق ويميّز بصريا بين الأشكال والحروف والكلمات والأعداد، فالأطفال الذين يعانون من صعوبة في تمييز الحروف والكلمات بصريا يعانون كذلك من صعوبات في إعادة إنتاجها أو نسخها بدقة، ويضيف هارسون «Harrison, 1970» أن عسر الكتابة الناتجة عن تلف مخي وظيفي يمكن إرجاعه إلى:

- مشكلات في الإدراك البصري (معرفة الأشياء والأشكال) والتمييز البصري.
- مشكلات في إدراك العلاقات المكانية-البصرية، أي اضطرابات إدراك الوضع في الفراغ وتجميع الأجزاء.

- اضطراب القدرة الحركية البصرية، وهي القدرة على معالجة العلاقات المكانية.
- اضطراب التتاسق الحركي-البصري، أي مشكل في إعادة إنتاج ماتم رؤيته كالنقل.
- اضطراب الذاكرة البصرية، أي الفشل في تذكر أشكال الحروف والكلمات.

(كامل، 2005 : 51)

4- أعراض عسر الكتابة : من أهم أعراض عسر الكتابة ما يلي

- يعكس التلميذ الحروف و الاعداد بحيث تكون في الشكل كما تبدو له في المرآة
- مثال نجده يكتب الحرف (ع) على شكل الرقم (3)و قد يقوم بكتابة المقاطع و الكلمات بأكملها بصورة مقلوبة من اليسار إلى اليمين . عدم ترتيب أحرف الكلمات و المقاطع بصورة صحيحة عند الكتابة (مثل ربيع) (قد يكتبها ربيع) و أحيانا قد يعكس الحروف.
- خط في الحروف المتشابهة فقد يرى كلمة (باب) لكنه يكتبها (ناب).
- صعوبة في الالتزام بالكتابة على خط نفسه من الورقة .
- عادة ما يكون خطه رديء يصعب قراءته.
- رسم أشكال الحروف رسما خاطئا.

(الناشف، 1999 : 14.)

5-تصنيفات عسر الكتابة : تعتبر اضطرابات عسر الكتابة متنوعة ، و عليه تختلف التصنيفات حسب معايير كل باحث

-من الناحية اللغوية و الحركية : و تشمل اضطرابات الكتابة على 3 أقسام وهي:

تغيير الكتابة : هزات و تشوه الحروف ، تصغير أو غياب الروابط ، غياب الحلقات.

اضطرابات فضائية : عدم احت ارم السطور ، كلمات حادة و غياب الهوامش و الكتابة تكون تصاعدية أو تنازلية

الاضطرابات النحوية : صعوبة في كتابة جملة جواب صحيحة نحويا من الناحية الكتابية و ليس التعبيرية ، في حين انه لا يجد صعوبة في الاجابة شفويا .

- وفقا للخصائص الحركية : يضم أربعة أنواع :

النوع الأول : نوعية الكتابة جيدة ، ضغط خفيف على القلم عند الكتابة ، غياب الفواصل و سرعة ثابتة

النوع الثاني : نوعية الكتابة جيدة ، بطئ في الكتابة ، لكنها منتظمة ، الضغط على القلم يكون متوسط ، فواصل طويلة ، تتميز هذه الكتابة بفرط التحكم

النوع الثالث : كتابة سريعة ، نوعية رديئة للفاصل

النوع الرابع : كتابة بطيئة ، غير منتظمة ، تشوه في الحروف ، إيقاع الكتابة غير منتظم .

-وفقا للاضطرابات المصاحبة : اقترح الباحث أربع تصنيفات انطلاقا من تحليل نتائج على عينة من 99 طفل عسير الكتابة من 9 إلى 45 سنة .

- عسر الكتابة مع اضطرابات لغوية و الحركة الدقيقة : نلاحظها خاصة في حالة عسر الخط ، الذاكرة الفورية مترددة ، تأخر في تعلم القراءة .

(braechman, 2009 : 20)

- عسر الكتابة مع اضطراب بصري - فضائي : نلاحظ اضطراب القراءة و اضطراب في التنظيم الفضائي للقراءة .

-عسر الكتابة مع اضطرابات الانتباه و الذاكرة : نلاحظ أن القراءة ضعيفة ، عسر الخط ، ذاكرة مضطربة خاصة من الناحية البصرية ، و تشتت الانتباه و الاندفاعية.

-عسر الكتابة مع اضطرابات متسلسلة : نلاحظ عسر الحساب ، إمكانيات إملائية ضعيفة ، و اضطرابات في الحركات المتسلسلة لليد

-وفقا للنماذج العصبية : اضطراب الكتابة يكون نتيجة تحقيق واحد أو أكثر من مستويات نوروعصبية ، نستنتج عسر الكتابة اللغوي ، عسر الكتابة الفضائي ، و عسر الكتابة الحركي .

عسر الكتابة اللغوي : اضطرابات التخطيط لها علاقة بالتأخر اللغوي ، عسر القراءة مع/أو عسر الكتابة ، تكمن الصعوبة على مستوى اختيار الكلمات و الحروف لكن لا يؤثر على شكل الحرف

عسر الكتابة الفضائي : خلط في تنظيم الحركات الفضائية مثل اضطرابات الصورة الجسمية و اضطرابات التوجيهية ، و اضطرابات البنية الفضائية .

عسر الكتابة الحركية : خلط في تنظيم الحركات ، ضعف المواقف ، ضعف الحركات المتباينة ، و الرسومات الغير منسقة ، كتابة بطيئة و تكون بحجم كبير مع ضغط كبير على القلم.

(braechman, 2009 : 20)

6-خصائص الاطفال ذوي عسر الكتابة : يمتاز الاطفال ذوي صعوبات تعلم الكتابة بالعديد من الخصائص السلوكية التي تميزه عن غيره من الاطفال العاديين نذكر منها ما يلي:

- النسخ بصورة غير دقيقة .
- الحاجة إلى وقت طويل بصورة مفرطة لاكمال العمل الكتابي .
- كتابة الحروف المتصلة في الكلمة منفصلة .
- يجعل العيون قريبة من الصفحة عند الكتابة.
- يمسك القلم بصورة خاطئة .
- عدم تجانس الحروف عند الكتابة و الخلط ما بين الحروف الكبيرة و الصغيرة بصورة غير متجانسة .
- يرتكب أخطاء عكس الحروف بصورة متكررة .
- تشويه صورة الحرف عند الكتابة .
- يرتكب أخطاء في ترتيب الكلمات في الجملة .
- يواجه مشكلات في تفسير و تركيب الجمل .
- يواجه صعوبة في إكمال الفراغات في الجمل .
- بطء في معالجة اللغة الشفهية أو الكتابية أو كليهما .
- صعوبة في استخلاص الافكار من النص .

(البطانية ,واخرون , 2014 : 422 ، 422)

يتأخر كثيرا عند محاولة تذكر الكلمات .

يواجه مشكلات في فهم قواعد استخدام اللغة .

رداءة في تركيب الجمل و الفقرات .

رداءة في تنظيم المقالات الكتابية .

يرتكب أخطاء في آليات الكتابة .

لا يدقق ما يكتب .

العجز في تصويب الأخطاء المرتكبة .

قد تكون كتابته غير مفهومة

7-تشخيص عسر الكتابة : يستلزم تقييم و تشخيص عسر الكتابة لدى الطفل عددا من الفحوص المتكاملة تشمل الجوانب النفسية و الجسمية و الانفعالية و الاجتماعية ، فضلا عن التعرف على المهارات الاساسية التالية للكتابة :

معرفة اليد المفضلة في الكتابة لدى الطالب : حيث يطلب منه أداء المهام التالية

-كتابة الاسم باليدين اليمنى و اليسرى .

(البطانية ,واخرون , 2014 : 422، 422)

-كتابة تقاطعات أفقية و راسية باليدين بشكل متوالي .

معرفة العين المفضلة في الرؤية و القدم المفضلة في الركل .

معرفة القدرة على التمييز بين الاتجاهين الايمن و الايسر .

دراسة التاريخ التطوري للطفل الذي يدل على اليد المفضلة .

تقويم أخطاء الكتابة : حيث يطلب من الطفل أداء المهام التالية :

-إعادة نسخ جمل قصيرة بدقة لمعرفة هل يحذف بعض الحروف أو هل يكتبها بطريقة غير صحيحة

- اخذ عينات كتابة الطفل للحروف و الكلمات التي تشكل جمال تدور حول موضوع ما .

- كتابة عينات من الحروف المتشابهة (ب , ت , ث , ج , ح , خ)

(عبيد ، 2013 : 127-128)

-كتابة الارقام بشكل متتابع .

-رسم الاشكال الهندسية .

-التعرف على مهارات الكتابة : و تشمل المهارات على النحو التالي :

-وضع الجسم و اليد و الرأس و الذراعين و الورقة أثناء التهيؤ للكتابة .

طريقة الإمساك بالقلم.

-الخطوط الناتجة عن الكتابة :

- الراسية : فوق - تحت

-الافقية : يمين - يسار

- منحنية : إلى اليمين - إلى اليسار

- ميل الحروف : يمين - يسار

- كتابة الحروف أو تشكيلها أو رسمها

(عبيد ، 2013 : 127-128)

- استقامة مسار الكتابة أو تعرجه عن السطر -

- الفراغات بين الحروف و الهوامش هل هي مناسبة أم لا .

نوعية الخط : نتيجة الضغط بالقلم : غامق - خفيف . هل هو مستقيم أو متعرج .

- إكمال الحروف أو عدم استكمالها .

التقاطع في كتابة الحروف و الاشكال

8-علاج عسر الكتابة:الاطفال الذين يعانون من عسر الكتابة يجب ان يحققوا كفاءة و مقدرة في:

-المهارات الحركية البصرية الفرعية .

-تشكيل الحروف.

(عبيد ، 2013 : 127-128)

و كل منهما يعتبر ضروري في تعلم الكتابة .

علاج المهارات الحركية – البصرية الفرعية : لقد ذكر فاز (1980) 97 مهمة او مهارة فرعية يجب تحصيلها في تعلم الكتابة ، وهذه المهمات يمكن تصنيفها في ست مجموعات من المهارات و التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- مهارات قبل الكتابة :

-مسك و استخدام أدوات الكتابة ووضع الورقة .

- إنتاج الخطوط.

- رسم الاشكال .

-رسم الخطوط و الاشكال باستخدام الارشادات .

-مهارات كتابة الاعداد و الكتابة بحروف متصلة : إنتاج أشكال الحروف الكبيرة .

إنتاج أشكال الحروف الصغيرة .

(السرطاوي ، 2013 : 343-348)

-نسخ الاعداد .

-كتابة قائمة من الاعداد يتم إملائها .

- ترك فراغ مناسب بين الحروف و الكلمات و الاعداد .

التحول و الانتقال من الكتابة بطريقة الحروف المنفصلة إلى الكتابة بالحروف المتصلة :

- تعلم إيصال الحروف .

مهارات الكتابة المتصلة : الحروف الصغيرة .

مهارات الكتابة المتصلة : الحروف الكبيرة .

استخدام مهارات الكتابة المتصلة : كتابة الكلمات من خلال نموذج.

- كتابة ما يملى من حروف و كلمات و جمل

(السرطاوي ، 2013 : 343-348)

العلاج الطبي : قد تكون صعوبة الكتابة ناتجة عن قصور عضوي أو حسي ، وبالتالي يمكن علاج هذه الاسباب ، من خلال الوسائل المعينة السمعية و البصرية ، لان القصور السمعي و البصري يؤثر سلبا في تعلم الكثير من المهارات و من ضمنها الكتابة ، و قد يكون السبب عضويا مرتبطا بخلل في المخ ، مما يتطلب استخدام أجهزة تعويضية أو أطراف اصطناعية و قد تحتاج الحالة إلى عقاقير طبية وفق الحالة التشخيصية للطفل.

(قحطان ، 2004 : 251)

9-إرشادات لتحسين المستوى في الكتابة (أنشطة): الرسم على الرمل أو الصلصال أو على ورق مغطى بالرمل .

- رسم خطوط تزداد صعوبة بصورة تدريجية .

- تتبع الخطوط عن طريق القيام بلعبة القطار او السيارة .

الكتابة الحرة السريعة (الخريشة) على الورق .

(ماجدة ، 2013 : 131)

-كتابة الحروف على التراب أو الرمل باستخدام العصي أو أصابع اليد .

- تنبيه الطالب لطريقة مسك القلم.

-كتابة الحرف الذي يخطئ فيه الطالب على اللوح.

-التدريب على كتابة الحروف كل حرف على حدى.

(ماجدة ، 2013 : 131)

محاضرة 11: عسر الحساب:

مقدمة: يعتبر صعوبات الحساب أو عسر الحساب مصطلحين مترادفين لاضطرابات تمس مختلف فروع الحساب و الذي يمثل أهم مشكل يواجه التلاميذ في الدراسة، و سنعرض فيما يلي لأهم العوامل المساعدة و المسببة له بتحديد مناطق الإصابة، إضافة إلى ذكر تصنيفات كل من عسري الحساب المكتسب و النمائي

1-تعريف صعوبات الحساب (عسر الحساب): وتعرف كما يلي " : Lerner (1977) :اضطرابات القدرة على تعلم المفاهيم الرياضية، وإجراء العمليات الحسابية المرتبطة بها، ويعبارة أخرى هو صعوبة أو العجز عن إجراء العمليات الحسابية الأساسية، وهي: الجمع، الطرح، الضرب و القسمة، وما يترتب عليها من مشكلات في دراسة الكسور، والجبر والهندسة فيما بعد.

(حافظ، ، 1998 : 81)

2- عوامل صعوبات الحساب: تتمثل في مجموعة عوامل فردية، بيئية و وراثية، و هي:

1-2-عوامل فردية: يحدد الأستاذ "محمود عوض الله سالم" (2006) و آخرون، أن من أهم العوامل المسببة لصعوبات الحساب هي كما يلي :

-إصابات المخ: تعد إصابة المخ أحد أسباب صعوبات الحساب، حيث تؤثر الاضطرابات التي تصيب المخ في اكتساب المهارات الرياضية، فقد أوضح الباحثون أنهم استطاعوا نسب و عزو وظائف معينة إلى الأجزاء المختلفة للعقل بواسطة اختبار الصدمات المختلفة أو النتوءات والأورام المتنوعة، حيث تبين أن المنطقة الصدغية للجمجمة خلف و أعلى العين يوجد بها نتوءا وبروزا عند الأطفال العباقرة في الحساب، وأن هناك مراكز معينة في مخ الإنسان مسئولة عن إجراء العمليات الحسابية، فقد أظهرت دراسة Whalen (1997) أن التحفيز الكهربى للقشرة المخية في الفص الخلفى الأيسر يقلل من الأداء على مسائل الضرب البسيطة و يؤدي إلى صعوبة لاسترجاع الحقائق الرياضية، و من خلال دراسة Chocan 6 (1999) باستخدام المسح و الرنين المغناطيسي، تبين أن الضرب، الطرح و مقارنة الأرقام تستثير مناطق مختلفة في الفصين الخلفيين الأيمن و الأيسر للمخ، فبالرغم من اشتراك الفصين الخلفيين الأيمن و الأيسر في تجهيز المعلومات الكمية، إلا أن المنطقة الخلفية اليسرى هي التي تعطي الارتباط بين المعلومات الكمية و الشفرة اللغوية المخزنة في منطقتي بروكا و فرنيكي، فالفص الخلفى الأيمن هو أكثر نشاطا أثناء مقارنة الأرقام لأن المقارنة تنطوي على التوصل إلى نظام الأرقام العربى

(عيسى، خليفة، 2007، : 138 - 140)

و لا يتطلب أي ترجمة لغوية؛ بينما الفص الأيسر هو الأكثر نشاطا أثناء عملية الضرب، كما أن المنطقة الجدارية اليسرى هي الأكثر نشاطا أثناء عملية الضرب لأن المخ يراقب نتائج العملية أثناء الحسابات اللفظية، و فيما يخص عملية الطرح فان الفصين الجداريين الأيمن و الأيسر ينشطان معا لأن عملية الطرح تتطلب النظام الرقمي الداخلي و التسمية اللفظية الناتجة، فأى خلل في هذه الأجزاء سوف يؤدي إلى ضعف في المهارات الرياضية، من بينها إصابات في العظم القذالي أو العظم الجداري أو الأجزاء الصدغية لقشرة المخ.

(عيسى، خليفة، 2007، : 138 - 140)

- **اللاتماثل بين نصفي المخ**: من المعروف أن النصف الأيمن للدماغ يختلف عن النصف الأيسر، فيبدو بأنهما متطابقين في البنية، ولكنهما يختلفان في الوظيفة، فيسيطر المخ الأيسر على النشاطات المرتبطة باللغة، أما نصف المخ الأيمن فيتعامل مع المثير غير اللفظي، الإدراك المكاني، الرياضيات، الموسيقى، الاتجاهات، تسلسل الوقت، الوعي بالجسم، و في حالة إصابة نصف المخ الأيمن فانه يطلق عليها ب "عرض التعلم غير اللفظي" و من أهم أعراضها، اضطرابات في الوظائف البصرية الفضائية و الانتباه الموجه، الانخفاض في استعمال الملموس (اكتساب العلاقات المنطقية يرتبط باستعمال أشياء ملموسة و هذا الأخير يخضع للفضاء)، و سيطرة اضطرابات تعلم الحساب، فإن إصابة نصف الكرة المخية اليمنى تؤدي إلى عدم القدرة على تطوير مخططات وعلاقات فضائية اللازمة وعدم فهم النظام الرقمي والحساب، أما إصابة النصف الكرة المخية اليسرى فتؤدي إلى صعوبات في وضع أرقام أثناء إجراءات الحساب الكتابي، في تخزين العمليات الحسابية، وكذلك على مستوى استعمال قوانين ترجمة أعداد.

(PESENTI, SERON , 2000:63)

- **الصعوبات اللغوية**: يقول MILLER (و MERCER 1997) بأن اللغة ضرورية في تعلم الحساب، ولذلك فإن المهارات الرياضية مهمة جدا للأداء والإنجاز الرياضي، ففي حالة اضطراب اللغة ، يجد الشخص صعوبات في ترجمة المصطلحات أو المفاهيم الحسابية، أما في حالة اضطراب اللغة التعبيرية، فيجد صعوبة في استخدام المفردات الرياضية أو في صياغة المسائل أو المشكلات شفهيًا.

(ملحم، 2007: 138)

- **القصور الإدراكي**: تنتشر مشاكل الإدراك بين أطفال ذو صعوبات تعلم، فيشير يوسف صالح (1996) أن الإدراك البصري يؤثر على الأداء الرياضي لأطفال ذو صعوبات التعلم، واعتبر أن العجز في أداء المهام الحسابية ينتج من نقص في التنظيم البصري، كما أن أطفال ذو صعوبات تعلم الحساب يظهر عليهم صعوبة في تمييز الأرقام المتشابهة مثل: (2، 6) .، (17، 71)، (8، 7) أما

فيما يخص قصور الإدراك السمعي، فهم لا يفهمون التعليمات اللفظية والشرح الذي يلقي عليهم أثناء دروس الحساب، كما أنهم يجدون صعوبة في كتابة الأعداد أو الواجبات إملائياً .

- **اضطرابات الذاكرة:** يعاني تلاميذ ذو صعوبات التعلم من صعوبات في الحساب، و ترجع إلى عدم تذكرهم للأشياء التي رأوها وسمعوها، وعلى سبيل المثال يعيق ضعف الذاكرة البصرية على تذكر شكل الأرقام، و يذكر وليد القفاص (1996) أن سبب الصعوبات التي يواجهها التلاميذ في الحساب ترجع إلى الذاكرة وأن عدم القدرة على تذكر معلومات يسبب صعوبات في حل المشكلات، كما يعيق ضعف الذاكرة السمعية على استرجاع الشروح التدريسية عند حل المسائل الحسابية .وقد بين الدكتور سامي محمد ملحم (2002) أن اضطرابات ذاكرة قصيرة المدى تؤدي إلى عدم القدرة على الاحتفاظ بالحقائق الرياضية أو المعلومات الجديدة إضافة إلى نسيان خطوات الحل أو التتابع العددي.

(VAN HOUT, MELJAC, FISCHER , 2005:298)

-**الصعوبات المنطقية و ضعف الإلمام بأساسيات المعرفة الرياضية:** يعتبر الزمن والمكان والكمية والمقدار والترتيب والحجم والمسافة والطول من المفاهيم غير المحسوسة، وأيضا من الأساسيات المرتبطة بتعلم الحساب، وحسب (THORNTON) 1983 فإن تلاميذ ذو صعوبات تعلم يعانون من ضعف الشعور وقلة الإدراك للمفاهيم المتصلة بالعلاقات المكانية مثل: أعلى وأسفل، فوق وتحت، كما تعتبر بان اضطرابات الحساب تصاحب صعوبات بصرية-فضائية إلى جانب ذلك يضعون الأرقام أو الكسور العشرية أو الفاصلة في غير مكانها .كما يشير يوسف صالح (1996) إلى أن إحدى مسببات صعوبات الحساب هي الصعوبة في إتقان بعض المفاهيم الخاصة بالعمليات الحسابية الأساسية كالجمع والطرح والضرب والقسمة، فالتلميذ قد يكون متمكنا من عملية الجمع والضرب البسيط مثلا، ولكنه مع ذلك يقع في أخطاء تتعلق ببعض المفاهيم المتعلقة بالقيمة المكانية للرقم مثل الأحاد والعشرات و ما شابه ذلك، مثل: قام أحد الطلبة بجمع $25 + 12 = 01$ و عند الاستفسار منه عن سبب ذلك تبين أنه قام بجمع الأرقام أي $5 + 2 + 2 + 1$ فكان الجواب 10، ولكنه قام بكتابة هذا الرقم مقلوبا فكتب (01)، فالطالب هنا يقوم بالجمع بطريقة صحيحة و لكنه يخلط بين منزلتي الأحاد والعشرات؛ إضافة قد يبدأ التلاميذ عملية الجمع من اليسار بدلا من اليمين، فيكون الجمع صحيحا لكن النتيجة خاطئة يضيف الدكتور نبيل عبد الفتاح حافظ (1998) عوامل فردية أخرى تؤدي إلى صعوبات الحساب وهي :

(VAN HOUT, MELJAC, FISCHER , 2005:217)

نسبة ذكاء: أشار العديد من العلماء إلى أن تعلم الرياضيات يرتبط بنسبة ذكاء لا تقل عن المتوسط . صعوبة الانتباه: حيث يعاني التلاميذ من مشكلات المداومة و النشاط الزائد فلا يركزون في تمييز ومقارنة الأعداد والأشكال الهندسية والرموز الحسابية وفهم المطلوب من المسائل الرياضية .

مشكلات الشكل والأرضية: يبدو واضحاً في عدم قدرة بعض التلاميذ على التمييز بين المثريات اللونية المتعددة الموجودة على الأرضية، وعدم القدرة على حل مشكلات أو مسائل رياضية موجودة في صفحة مزدحمة، كما أن التلميذ يفقد مكان المتابعة قراءة أو كتابة في الصفحة التي أمامه .

قلق الرياضيات: بأنه استجابة انفعالية تتبع من خبرات الفشل الدراسي و الافتقار إلى تقدير الذات لدى التلاميذ، وبالتالي يعوق الاتجاه نحو تعلم الرياضيات وتطبيق ما تعلموه من حقائق رياضية في حل المسائل خصوصاً أثناء أداء الاختبارات.

2-2- عوامل بيئية: ويقصد بها العوامل المرتبطة ببيئة المنزل والمدرسة:

- البيئة المنزلية: حيث غالباً ما ينحدر التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في مادة الحساب من أسر مستوياتها الاجتماعية الاقتصادية والثقافية متدنية، لا تتابع بالقدر الكافي تحصيل أبنائها وبصفة خاصة أداء الواجبات المنزلية التي تعد ضرورية لمادة الحساب والرياضيات عموماً، وبالتالي ينخفض المستوى التحصيلي لأبنائها فضلاً عن عدم قدرتها على مساعدتهم في صورة دروس خاصة . وعدم استطاعة المعلم استخدام التعلم الفردي في التدريس وقصر مدة الحصة .

- البيئة المدرسية: فازدحام الفصول بالتلاميذ وطول المقررات الدراسية في الرياضيات أدت إلى صعوبات تعلم خاصة في المقررات الدراسية التي تحتاج إلى فهم كالرياضيات، فيلجأ المعلم إلى العقاب أو إعطاء المزيد من الواجبات المرهقة.

(حافظ، ، 1998 : 83)

2-3- عوامل وراثية: أقيمت العديد من البحوث والدراسات حول تأثير عامل الوراثة على صعوبات الحساب، فبما أن أطفال ذو صعوبات تعلم القراءة يعانون من صعوبات تعلم الحساب، فقد أظهرت الدراسات أن صعوبات القراءة تبدو موروثية إلى حد ما، كما يذكر الباحث بأنه إذا كان للأولياء عسر حساب، فإن احتمال حدوث المرض يكون بنسب كبيرة .بالإضافة إلى ذلك أظهرت العديد من الدراسات حسب الدكتور خالد زيادة (2006)، أن بعض العوامل العصبية تسبب صعوبات التعلم بوجه عام، على سبيل المثال: الاضطرابات التي يتعرض لها الطفل في مرحلة ما قبل الولادة، نقص الوزن عند الميلاد، عمر الأم غير المناسب للحمل، (زيادة، 2006 : 83-92)

الشدوذ بين الأم والجنين، العدوى الموروثة من الأم، وعلى نحو مشابه الشدوذ في أثناء عملية الولادة التي تؤدي إلى تلف عصبي حاد نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة، الوضع الشاذ للجنين أثناء عملية الولادة وقد يحدث هذا التلف بعد الميلاد، كتعرض الطفل لارتفاع حاد في درجة الحرارة .

(زيادة، 2006 : 83-92)

*-3 أنواع عسر الحساب: نميز فيه نوعين:

-عسر الحساب المكتسب: ينشأ نتيجة تلف أحد نصفي المخ أو كليهما، يظهر عند الأطفال أين يكون النمو في البداية عادي، ولكن بعد مشكل من نوع عصبي فإن المهارات التي كانت سليمة تختفي وتكون مضطربة. كما نجده عند الراشد، و هو يحدث إثر وجود خلل في بعض الوظائف المعرفية التي كانت سابقا مكتسبة فيتدخل الخلل بعد مدة زمنية من النمو العادي .

-أسباب عسر الحساب المكتسب:

الإصابات الدماغية المكتسبة هي مختلفة :

وعائية: انسداد embolies، أو تجمد الدم thromboses .

ورمية: إصابات البؤر الخلفية هي الأكثر شيوعا من إصابات النصف الكرة المخية، أما إصابات الوظائف القشرية فهي ثانوية.

صرعية (VAN HOUT, MELJAC, FISCHER , 2005:217).

تعفننية: إذا كانت الأسباب البكتيرية هي أقل، فإن الإصابات الفيروسية هي الأهم.

الصددمات: حاليا نجد الأسباب الصدمية هي الأكثر شيوعا، ونجدها عند الطفل وعند الراشد .

عسر الحساب النمائي: اضطراب بنيوي للمهارات الرياضية الذي أصله وراثي أو مرتبط بمشكل خلقي، والذي لا يمثل اضطراب للوظائف الذهنية (اختلال في اكتساب المهارات الرياضية).

(PESENTI, SERON , 2000 :60)

ينشأ عسر حساب نمائي نتيجة لقصور أو اضطراب بعض العمليات المعرفية مثل: الانتباه، الإدراك، الذاكرة، التصور البصري، المكاني، ومعالجة المعلومات

(.زيادة، 2006 :28)

4-تصنيفات عسر الحساب:

تصنيف BADIAN وHECAEN

صنف كل من الباحثان عسر الحساب المكتسب والنمائي على لسان خالد زيادة إلى ثلاث فئات:

- صعوبة قراءة الأعداد وكتابتها: يرى CLOSKEY Mc أن هذه الصعوبة تتضمن صعوبات في قراءة الأعداد وكتابتها، مع سلامة المهارة في المجالات الأخرى من المعالجات الحاسوبية مثل: تذكر

الحقائق الحسابية الأساسية من الذاكرة طويلة المدى، حل المسائل الحسابية البسيطة والمعقدة، وتشفير العدد.

- عسر حساب فضائي-مكاني: وهي صعوبة في التمثيلات المكانية للمعلومات العددية، وغالبا ما ترتبط هذه الصعوبة بضمور في الأجزاء الخلفية من نصف المخ الأيمن، تعتبر Hout Van بأن المكتسبات الأولية المتعلقة ببياجي تعتمد على المعالجة الفضائية المنتجة من طرف نصف الكرة المخية اليمنى، وتشمل الصعوبات المرتبطة بعسر حساب مكاني، ب: فقدان القدرة على ترتيب الأعمدة في مسائل الجمع متعددة الأعمدة، حذف الأعداد، تدوير الأعداد، عدم القدرة على قراءة رموز العمليات الحسابية، كما يتميز أفراد هذه الصعوبة بسلامة القدرة على قراءة الأعداد وكتابتها وسلامة أداء العمليات الحسابية البسيطة مثل: تذكر الحقائق الرياضية.

(زيادة، 2006: 39)

- صعوبة العمليات الحسابية: وهي تشمل معرفة جيدة للعمليات الحسابية، ولكن هناك التباس وغموض بين استراتيجيات الحساب، ترتبط هذه الصعوبة في ضمور للأجزاء الخلفية من نصف المخ الأيسر، على الرغم من أن هؤلاء المرضى يعانون من صعوبة في العمليات المتضمنة تسلسل العدد (مثل إجراء الحسابات العشرية)، فإن قدرة قراءة وكتابة العدد والتمثيل المكاني للمعلومات العددية وفهم المفاهيم الحسابية هي سليمة إلى حد ما كما يعاني هؤلاء المرضى من انفصال بين الحقيقة الحسابية و القدرة على إجراء العمليات الحسابية الأخرى مثل: الإضافة. كما توجد صعوبتين متميزتين عند الراشد هما: صعوبة استرجاع الحقائق والصعوبة الإجرائية، أما عند الأطفال فإن الصعوبة الأكثر انتشارا حسب (GEARY 1993) تتمثل في استرجاع الحقيقة الحسابية

(VAN HOUT., MELJAC., FISCHER, 2005: 305).

- تصنيف KOSK (1974) يقترح تصنيف آخر، حيث يميزين :

-عسر حساب لفظي: لا يستطيع الطفل تسمية كميات الأشياء، الأرقام حتى رموز العمليات .

-عسر حساب اصطلاحي: يجد الطفل صعوبة في قراءة الرموز الرياضية، الإشارات، الأعداد، الكسور، الأعداد العشرية.

-عسر حساب رمزي: يتعلق الأمر بصعوبة في التعامل مع المدركات الحسية بطريقة رمزية، سواء مع الأشياء الحقيقية، أو تحت شكل صور مثل: صعوبات في العد، في مقارنة وتقدير كميات، ترتيب أشياء حسب طولها.

(PESENTI, SERON , 2000 : 64)

-عسر حساب كتابي: يجد الطفل صعوبة في كتابة الأعداد أو الرموز الرياضية، الأرقام اللفظية المملاة أو المنقولة.

- عسر حساب مفاهيمي: لا يتمكن الطفل من فهم الأفكار أو العلاقات الرياضية التي هي ضرورية للحساب الذهني .

عسر حساب عملي أو إجرائي: وهي تمثل صعوبة في إجراء العمليات الحسابية الأربعة، فيجمع بدلا من أن يطرح أو يقسم بدلا من أن يضرب (التباس في العمليات الحسابية)

(PESENTI, SERON , 2000 :64)

محاضرة 12: عسر الخط:

1-**تعريف عسر الخط:**(ديسغرافيا) ديسغرافيا كلمة يونانية الأصل، تقسيمها يفسر معناها فكلمة "ديس" تعني ضعف أو خريطة أما "غرافيا" فتعني رسم الحروف باليد ضمن مساحة محددة .صعوبات الخط هي غياب الوضوح والسرعة في الكتابة. لا نتكلم على نشوء اضطراب الديسغرافيا قبل عمر السبع سنوات .

2-**الأسباب:** الأسباب المؤدية إلى الصعوبة في الخط وسوء الكتابة :نستطيع أن نجعل الأسباب المؤدية إلى الصعوبة في الخط والخلل في الكتابة في مجموعات عدة ونذكر منها :

1-**الأسباب المتعلقة بالجسد •:** عدم اكتساب السيطرة الجانبية

2--**الأسباب المتعلقة بالإمكانيات الحركية:**

-عدم امتلاك قبضة قلم جيدة ووضعية جلوس خاطئة على الكرسي .

-اضطراب التآزر الحركي البصري:

- غياب السيطرة على عضلات الأصابع أو اليد أو الذراع

- صعوبة في التآزر الحركي .

3-**الأسباب المتعلقة بالمكان:**

- صعوبة حفظ التجارب البصرية المكانية من حيث رسم الحروف

- صعوبة في تنظيم الأحرف ضمن مساحة محددة

3- **مظاهر خلل الكتابة وسوء الخط:** تتعدد هذه المظاهر وتختلف من طفل إلى آخر، ولكن يمكن

الإشارة إلى مجموعة منها كثيرة الملاحظة لدى التلامذة ومن هذه المظاهر :

-اختلاف أحجام الحروف وعدم تناسبها .

-أحرف مكتوبة بالاتجاه الخاطئ .

-أحرف ملتصقة جداً بعضها ببعض.

-عادة كتابة الحرف أو تعليمه .

الكتابة المسننة .

-الكتابة المقطعة (بسبب ارتعاش اليد)

- الكتابة المقلوبة أو المعكوسة .

-الورقة غير المنظمة

(بيطار واخرون:150)

-خط صغير جدًا.

- عدم قدرة الكتابة على سطر .

-عدم وضع مسافة بين الحروف.

- أخطاء الكتابة (بسبب عدم تذكر أشكال الحروف)

- خلط في الاتجاهات، فهو قد يبدأ بكتابة الكلمات والمقاطع من اليسار بدلاً من كتابتها كالمعتاد من اليمين للغة العربية أو من اليسار للغة الفرنسية .

-ترتيب أحرف الكلمات والمقاطع بصورة غير صحيحة عند الكتابة.

- الخلط في الكتابة بين الاحرف المتشابهة (باب- ناب).

- إضافة حرف غير ضروري إلى الكلمة أو إضافة كلمة غير ضرورية إلى الجملة أثناء الكتابة الإملائية .

-الكتابة بخط رديء بحيث تصعب قراءته .

-إدراك الأحرف بصرياً وعدم استطاعته رسمها .

-إمساك القلم بشدة وكثيراً ما يكسر رأس هذا القلم .

-عدم استطاعته التحكم بالقلم .يمكن للمعلم/ة أن يطلب إلى التلميذ/ة نسخ مقطع في كل من اللغتين العربية والأجنبية ويراقب سلوك التلميذ/ة بناء على الجدول أدناه. فإذا وجد صعوبات عدة، يقوم المربي بتحويل التلميذ/ة إلى معالج نفس-حركي ليتأكد من عدم وجود أية مشاكل في هذا المضمار .

(Chung, Dilip,2015:32)

مراقبة سلوك التلميذ	المهارات.
	-لا يصل الكلمات بعضها ببعض
	-يمسك القلم بشكل جيد
	-يكتب على السطر
	-يكتب الأحرف والكلمات في الاتجاه الصحيح
	-لا يوجد صعوبة في قراءة خطه
	-يستعمل علامات الوقف
	-لا يحذف بعض الاحرف
	-لا يكتب بخط كبير
	-لا يكتب بخط صغير
	-يجيد وضع الحركات في المكان المناسب
	-لا يكتب بالاتجاه المعاكس للغة
	-لا يشعر بألم في الذراع
	-لا تتعرق يده
	-لا يضغط بشدة على القلم
	-يجيد رسم الحرف بحسب موقعه في الكلمة
	-ورقته ليست متسخة
	-يمسك القلم باليد ذاتها أثناء الكتابة
	-يدرك المفاهيم المكانية
	-يفرق بين مفهومي قبل/بعد
	-يستطيع رسم الأشكال الهندسية
	-ينسخ الكلمات من دون أن ينظر إلى كل حرف على حدة

(بيطار واخرون:152)

4-التدخل:

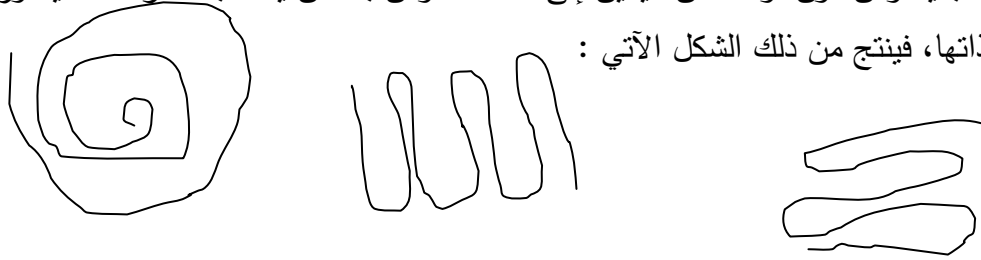
مرحلة الروضة: يمكننا أن نلاحظ أنهم يعانون صعوبات في بلورة المهارات الأساسية لتعلم الكتابة وهي - تصور المكان - التنظيم المكاني - الزمني - الحركة الدقيقة والتنسيق بين اليد والعين - تحديد الجانبية - التأزر الحركي - البصري .

لتنفادي المعلمة صعوبات الخط لدى التلميذ/ة يجب على المعلمة أن تحضر التلاميذ لعملية الكتابة اليدوية من خلال القيام بحصص خطية-حركية (seance de graphomotricite s)

هذه الحصص تعلم الخطوط للتلاميذ من خلال الانتقال من المرحلة الحسية - الحركية إلى المرحلة الإدراكية - الحركية. أما تسلسل الخطوط فيكون متتابعاً مع تسلسل الحروف في المنهج. فلا يكتب التلميذ/ة "أ" قبل أن يتعلم الخط العمودي مثلاً. من الأهداف الأساسية لتعليم الخط تمكين التلميذ/ة من اكتساب قدرة السيطرة على حركة ذراعه. لذا سنعرض بعض التمارين المناسبة لذلك :

النشاط الأول:

سير النشاط: يجلس كل تلميذ/ة على مقعده وفي يده إسفنجة. يقوم كل تلميذ/ة بتنظيف الطاولة بحركة تتابعية ومن دون توقف من اليمين إلى الشمال. ومن بعد ان يكتسب الحركة نعطيهِ ورقة ليقوم بالحركة ذاتها، فينتج من ذلك الشكل الآتي :



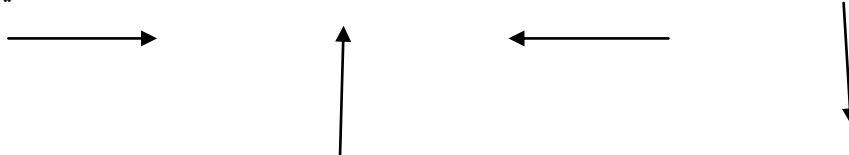
يمكن للمعلم/ة أن تكرر التمرين ذاته ليكتسب الطفل حركة جديدة وهي من فوق إلى تحت ومن ثم على شكل دائري. تقوي هذه التمارين حركة الذراع والكتف.

(بيطار واخرون:152)

النشاط الثاني:

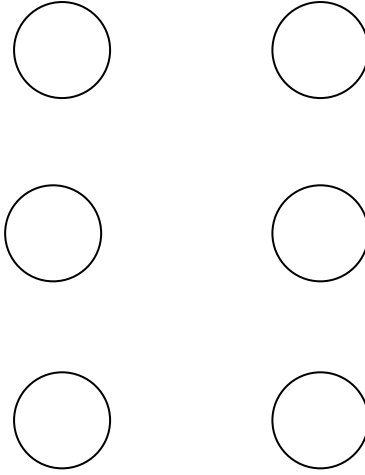
سير النشاط: نرسم الخطوط المستقيمة من جميع الاتجاهات ونجعل العين ترافق حركة اليد

النشاط الثالث: الهدف الخاص: تقوية التأزر بين اليد والعين والاستباق الحركي لليد .



سير النشاط: نضع نقطتين من المعجون على الطاولة ونجعل الطفل يقود السيارة من نقطة إلى أخرى ومن ثم نقوم بتطبيق هذا التمرين على بطاقة. نحضّر البطاقة على الشكل الآتي: ملاحظة: يمكن ان تغير المعلمة المسافة التي تبعد النقاط بعضها عن بعض أو يمكن ان تضعها بشكل عمودي.

وصل النقاط مع بعضها البعض :



تبدأ بعدها المعلمة بتطبيق حصص تعلم الخطوط. سنعرض في ما يأتي حصة نموذجية لتعليم الخطوط :

حصة نموذجية :

تاريخ الجلسة :

الصف :

عدد التلاميذ :

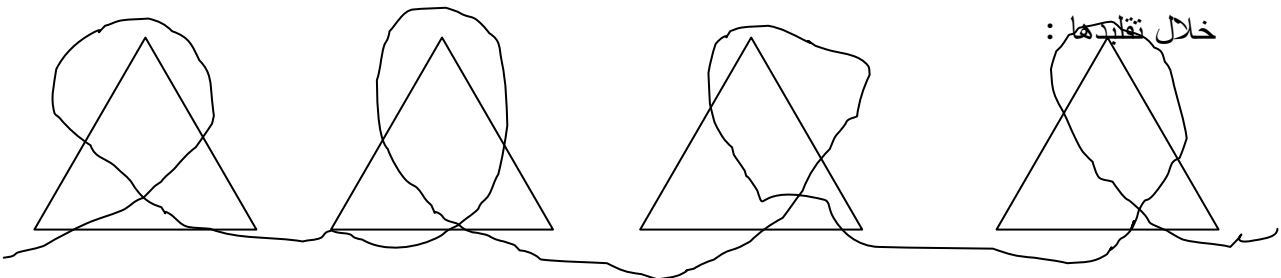
الهدف الخاص: تعلم الخط اللولبي .

(بيطار وآخرون:153)

الموارد :

المرحلة الحسية :1- توضع المعلمة على الأرض حواجز عدّة وتطلب إلى التلامذة المشي حولها من

خلال نقلهما :



2-- تضع المعلمة وعاءً مستطيلاً يحتوي على ملح ملون ببودرة التلوين المائي وتطلب إلى التلامذة بعد الانتهاء من السير بين الحواجز، رسم الطريقة التي مشوها، بالملح مستخدمين أصابعهم

ملاحظة: لا تسمي المعلمة الخط قبل ان يحفظ التلميذ/ة شكله ولا ترسم الخط بل تدع التلامذة يكتشفون بمفردهم كيفية رسمه. يمكن استبدال الملح بالرمل، كما يمكن للمعلمة إعطاء التلامذة معجوناً ليصنعوا الخط.

المرحلة الإدراكية : ١- تضع المعلمة ورقة كبيرة جدا على الحائط وتزود الأطفال بالتلوين المائي وتطلب إليهم رسم الخط على الورقة

2- تعطي المعلمة ورقة A4 وأقلام وتطلب إليهم رسم الخطوط عليها .

3- تعطي المعلمة الدفتر المخصص للخطوط ويرسم التلامذة الخط بأقلام الرصاص ضمن حدود معينة. ملاحظة: هذه الحصة تكرر بأكملها في كل مرة تريد المعلمة تعليم التلامذة خطاً جديداً سواء كان ذلك في اللغة العربية أم الفرنسية أم الانكليزية. لكل لغة دفتر خاص بها يكون الاتجاه فيه إما من اليمين إلى اليسار للغة العربية وإما من اليسار إلى اليمين للانكليزية أو الفرنسية.

(بيطار واخرون:154)

المحور الرابع: الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل

محاضرة13: الخلجات (العرات أو اللزمات).

محاضرة14: أكل الاظافر.

محاضرة15: الايقاعات الحركية والتأرجحات .

محاضرة16: قلع (نتف) الشعر.

محاضرة 13: الخلجات (العرات او للزمات)

مقدمة: يقوم بعض الاطفال ببعض الحركات اللاإرادية في مرحلة ما خلال فترات نومهم وتتميز هذه الحركات بتقلص سريع لبعض العضلات وتظهر بشكل غمز العيون أو حركة سريعة في منطقة الانف أو الوجه أو الرقبة، أو الكتف وقد تكون ايضا بشكل عرات وهي اصوات لا ارادية تنتج من تقلص في عضلات الحنجرة وتظهر كأصوات يطلقها الطفل كالتشهييق، تلتخير، او كحة متكررة او مثل الصوت الذي يحدث عمد محاولة تنظيف الحنجرة.

1-تعريف اللزمات:

اللزمات هي حركات سريعة أو مفاجئة أو متكررة أو أصوات يصنعها الطفل ولا يستطيع السيطرة عليها، يمكن أن تحدث التشنجات اللاإرادية في أي مكان في الجسم ، بما في ذلك أكتاف الطفل واليدين والذراعين والساقين والوجه.

معظم اللزمات لاإرادية لا يلاحظها الآخرون ، على الرغم من أنها أحيانًا تصبح أكثر وضوحًا. عندما يحدث هذا ، قد يكون الأمر محرجًا بالنسبة للطفل ، خاصة عندما يكون مرهقًا

(American Academy of child and adolescent Pschiatry ,2012:20)

-هي مشكلة يتحرك فيها جزء من الجسم بشكل متكرر وبسرعة وفجأة وغير متحكم فيه، يمكن أن تحدث اللزمة اللاإرادية في أي جزء من الجسم ، مثل الوجه والكتفين واليدين أو الساقين، يمكن إيقافها طواعية لفترات وجيزة، معظم اللزمات اللاإرادية خفيفة وغير متكررة ، ومع ذلك في بعض الحالات تكون متكررة وشديدة ، ويمكن أن تؤثر على العديد من مناطق جسم الطفل.

(رشدي،2014: 21)

-اللزمات العصبية عند الأطفال هي عبارة عن فعل لا إرادي متكرر وملحّ لحركات أو لأصوات معينة يحدث فجأة ويكون سريعًا جدًا بشكل متقطع، لكنه يتكرر في اليوم الواحد عدة مرات.

وقد تكون اللزمات حركات بسيطة أو مجموعة من الحركات المعقدة، تشبه بعض الحركات المعتادة لكن ما يجعلها اضطرابًا هو تكرارها لعدة مرات دون قدرة الفرد على التحكم فيها، وغالبًا ما يسبق تنفيذ الحركة رغبة ملحة لأن ذلك يعطي الطفل نوعًا من الارتياح، ومحاولة قمع هذه الحركات سوف يسبب له التوتر (Egir;Houeti,2008:1-2).

-عبارة عن تكرار بعض الحركات او الاصوات لا اراديا بصورة مفاجئة وسريعة على وتيرة واحدة وبصورة مستمرة لفترة معينة ، وتقل او تختفي اثناء النوم، وقد تقل مع الانشغال بمتابعة نشاطات مثل القراءة أو الرياضية.

2- اسباب اللزمات:

-العوامل الوراثية: أوضحت الدراسات اشتراك اللزمات مع مرض الوسواس القهري في معظم العوامل الوراثية ويضيف بعض العلماء أن الأول يمثل نوعاً مخففاً من الأخير ويحدث المرض بسبب سبعة تكرارات في القواعد النيتروجينية للجين.

-اضرابات الناقلات الكيميائية: حيث يحدث اضطرابات في الناقلات الكيميائية وخصوصاً زيادة نشاط مستقبلات الدوبامين.

-العوامل النفسية والبيئية: أن كل الأطفال يظهرون في فترة ما من حياتهم نماذج متكررة لحركة ما يمكن وصفها على أنها عادة، وعندما نبحث ما إذا كانت اضطراباً أم لا، فإننا نعتمد بالواقع على درجة تدخلها بوظائف الطفل الفيزيائية الجسدية أو العاطفية والنفسية أو الاجتماعية والبيئية. ومن جهة أخرى فإن بعض العادات إنما تكتسب من تقليد الصغار للكبار، وبعض العادات تبدأ كحركة ذات قصد وغرض، مثلاً طفل لديه تهيج في عينيه فهو يحاول إغلاق عينيه بسرعة بضع مرات لئلا يذرف الدموع وترعجه عيناه، وهذه العملية يمكن أن تصبح متكررة، وتندمج مع سلوك الطفل بشكل لا شعوري وتأخذ دورها كمتنفس لحالات التوتر التي يمر بها. مثال آخر الطفل الذي تتكون لديه قشور داخل أنفه فإنه يحاول استخراجها، ومع الزمن تصبح هذه عادة لديه، وتتعزيز لتأخذ دورها كنافذة للترويح عن الذات، هذه الأمور تترسخ عند الطفل أكثر مع انتباه الوالدين أو الآخرين لها وبلغت نظر الطفل سواء بالإشارة أو المنع أو التوبيخ، وحينذاك يصبح ما هو مؤقت عادة مستمرة مزمناً، وما هو نموذج سلوكي مألوف جداً في الطفولة الأولى عرضاً عصابياً في مراحل الطفولة الأخرى، وفي هذه العادات يمثل العقاب الوالدي نموذجاً صارخاً للمفعول العكسي الذي يضر ولا ينفع.

(دبراسوا، 2016، 75,76)

3-أنواع اضطراب اللزمات:

هناك نوعين من اضطراب اللزمات هما:

3-1-اضطراب اللزمات العابر: disorders tic Transient

وهي لوازم حركية و/ أو صوتية توجد وقتياً بشكل عابر لمدة تقل عن سنة واحدة .

3-2-اضطراب اللزمات الصوتي أو الحركي المزمّن: Chronic motor or vocal tic

disordres

الاکثر شيوعاً هي متلازمة توريت Toirette والنتيجة أفضل على المدى الطويل وتتميز هذه المتلازمة بالسّمات التالية:

-تتميز بتعدد اللوازم(العرات) الحركية وواحدة أو اكثر من اللوازم الصوتية، تبقى متواجدة لمدة سنة على الاقل ، مسببة ضيقا (كربا) وخلل وظيفي(تؤثر في العمل).

-اللوازم الوجهية غالبا تكون هي الاعراض الابتدائية، لكن اللوازم المتضمنة للرقبة، الاكتاف، الاطراف العليا تكون ايضا شائعة.

-اللوازم الصوتية وتتراوح من اصوات لا معنى لها الى كلمات واضحة بذيئة Coprolalia(كلمات حشوية لسد الفراغ).

-الصورة النموذجية للوازم، بأنها تتغير بمرور الوقت بلوازم أكثر تعقيدا تظهر بعد سنوات قليلة.

-تتذبذب اللوازم زيادة ونقصانا، غالبا التفاعلات ترجع الى الضغط(التوتر) الفسيولوجي والعاطفي.

(الطشبي واخرون، 2009: 245-246)

4-الوبائية ونسبة الانتشار:

تظهر هذه الحركات اللارادية عادة بين عمر 5 و 10 سنوات بمعنى متوسط عمر بداية الحدوث عند سن 7 سنوات.

نسبة الانتشار 3/1 10000/5 ، وقد تكون عابرة أي تختفي بعد بضعة اسابيع أو اشهر ، أو ثابتة ، مثلا تظهر وتبقى في مكان واحد في الجسم، أو متطورة وهذه الاخيرة يلزمها علاج من قبل الاختصاصيين .

(بيطار واخرون، 192)

5-الامراض المصاحبة:

-تشنت الانتباه وفرط الحركةADHD.

-اضطراب الهوس القهريOCD.

-عجز التعلم.

-الاكتئاب والقلق.

(الطشبي واخرون، 2009: 246)

6-التدابير اللازمة:

-من الضروري تفهم حالة الطفل وعدم اعطاء التنبيهات له للتوقف عن هذه الحركات لانه لا يستطيع ذلك، وعلى العكس، كلما ازدادت الضغوط عليه كلما ازداد التوتر الداخلي لديه وازدادت عنده الحركات.

-افضل وسيلة للتعامل مع الطفل الذي يعاني من الحركات اللاارادية هي تجاهل هذه الحركات كليا.

-من المهم تنبيه زملاء وقران الطفل لكي لا يتعاملو معه بطريقة سلبية.

-افساح المجال لهذا الطفل للخروج من الصف من وقت لآخر حين يطلب ذلك .

-تقديم كل التشجيع والدعم المعنوي له.

(بيطار واخرون،193)

-التربية النفسيةPsychoeducation.

-علاج معرفي سلوكي CBT.

-مضادات الذهان تقلل من الاعراض.

-الادوية ولا تستخدم الا اذا كانت اللوازم تؤدي الى العجز(التعطيل) ولم تستجب للعلاجات الاخرى

مثل: Pimozide-Sulpiride-Haloperidol

(الطشبي واخرون،2009: 247)

محاضرة 13: قضم الاظافر

مقدمة: اذا كان مص الاصابع هو سلوك سلبي استسلامي ، فغنت قضم الاضافر وعض الاصابع يعتبر سلوكا عدوانيا تدميريا، واذا كانت السمة السائدة لدى الاطفال الذين يمصون اصابعهم هي الهدوء، فإن ما يغلب على الاطفال الذين يقضمون اصابعهم هو النشاط الزائد والثورة، وهي تدل على انفعال الغضب أو الشعور بالحرج.

اذا تناولنا بالبحث عادة قضم الاظافر كمثال فإنما نوردها كسمة من سمات الطفل العصبي أو القلق وقد تظهر هذه العادة بالفعل كجزء من زملة اعراض الاضطراب الانفعالي لكنها لا تتطوي على مشكلات خطيرة، فقد بينت احدى الدراسات التي شملت 4587 تلميذا بشيكاغو، ان ثلثي الصبيان الذين تتراوح اعمارهم ما بين الثامنة والحادية عشر يمارسون عادة قضم الاظافر، بينما تقل نسبة الاناث الممارسات لهذه العادة، وبينت دراسات اخرى ايضا ان هذه العادة سائدة بمعدل مرتفع بين الاطفال البريطانيين، فاذا تناولنا مدى انتشار الاعراض الانفعالية العامة بين الاطفال لوجدنا أن كل طفل يظهر عرضين أو أكثر من هذه الاعراض حسب تقدير المعلومات وذلك من بين أطفال عينة تكونت من 239 طفلا اختيروا من مدارس الحضانة والاطفال، وبينت نتائج هذه الدراسة ايضا، أن متوسط الاعراض الانفعالية لدى هؤلاء الاطفال أكثر من ثلاثة اعراض بالنسبة لكل طفل.

(نذير: 111)

1-تعريف قضم الاظافر:

-**تعريف قاموس اوكسفورد:** هو صفة تحدث عندما يشعر الطفل أنه مستثار جدا أو قلق لأنه لا يعرف ماذا سيحدث.

-**يعرف كوفمان:** انه سلوك يظهر على اولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعيا.

-**يعرف روس:** انه سلوك يظهر لدى بعض الاطفال وينحرف عن المعيار الاجتماعي بحيث أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك.

(عبد باقر، 2011: 450)

2-أسباب قضم الاظافر:

-عدم القدرة على التكيف مع البيئة لسوء المعاملة وزيادة التزمت.

-القلق النفسي الذي يرجع الى الخلافات المستمرة بين الابوين.

-عدم القدرة على مواجهة بعض مواقف الحياة واعتبارها مواقف صعبة.

-ضعف الرقابة الوالدية في الاسرة والسماح لهم بهذه الافعال.

-في البيئة الاقتصادية المنخفضة تظهر هذه الحالات بكثرة لضعف المستوى الثقافي والتعليمي للأسرة، وعدم تعويد الاطفال على نظافة ماياأكلون.

-رؤية الطفل لوالده أو لأمه وهو يقضم أظافره فيتعود على ذلك السلوك اقتداء بهم وتقليدهم.

-تلعب العوامل النفسية دورا هاما في احداث هذا السلوك الشاذ، ومن هنا وجب التنبيه الى ضرورة المعاملة الحسنة للاطفال وتبادل المودة والمحبة معهم.

-التعرض لضغوط الامتحانات، أو عندما يسأل الطفل في الفصل اسئلة شفوية فيشعر بالحرج لعدم قدرته على الاجابة عليها.

(الشوريجي، 2003: 158)

3- بداية ظهور مشكلة قضم الاظافر:

اشارت الكثير من الدراسات التي اجريت من قبل الكثير من الباحثين وعلماء النفس أن هذه المشكلة تبدأ منذ 5 سنوات وتمتد الى سن 12 سنة واكثر ويتفاوت بدأ ظهورها واختفاءها تبعا لاختلاف الاسباب من طفل لآخر ومدى استمرارها وزوالها.

4- أشكال قضم الاظافر:

4-1- قضم اظافر الايدي: بعض الاطفال يقضمون اظافر ايديهم فقط وان كانت قصيرة وغير واضحة.

4-2- قضم اظافر الارجل: قليل من الاطفال لا يكتفون بقضم اظافر اليدين فيتجهون لقضم اظافر الارجل.

4-3- قضم الطفل لظافر غيره: يلجأ ندره من الاطفال لقضم اظافر غيرهم من الاطفال اما على سبيل المزاح أو الرغبة في ذلك.

(سلمان، 2007: 35-50)

5-درجات قضم الاظافر:

5-1-الخفيف:حيث نجد الجزء الاعلى من الظفر أو المنطقة البيضاء مشوهة أو غير منتظمة.

5-2-المعتدل:تختفي فيها المنطقة البيضاء بفعل القضم المستمر.

5-3-القوي:تبدو المنطقة تحت الظفر واضحة التالف.

(سلمان،2007: 35-50)

6-التشخيص:

في مشكلة قضم الاظافر لا نكتفي فقط بملاحظة الاظافر وتفحصها بل نلجأ كذلك الى حساب عدد مرات القضم التي يستخدمها المفحوص، يمكن الاستعانة لهذه الغاية ببطاقة يسجل فيها عدد مرات قضم الاظافر يوميا بواسطة تقنية ملاحظة الذات، وكذلك تطرح الاسئلة التالية التي تفيدنا سواء في التشخيص او العلاج:

-في أية مواقف يقضم المفحوص اظافره؟

-ماهي الحركات الاساسية التي يقوم بها المفحوص اوصفها أو مثلها؟

-هل هناك حركات مصاحبة لقضم الاظافر؟

يشخص الخبراء عادة قضم الاظافر بأنها طريقة توتر أو حالة متأزمة في مرحلة الطفولة، وكل الاطفال يتعرضون لحالات التوتر أو عند تعلم هواية جديدة مثلا، أو عند الانتقال الى مدرسة جديدة، أو عند الشعور بالخجل.

وإذا كان الطفل يقضم اظافره في حالة كهذه فليس هناك ما يستدعي القلق، وفي اي حال فإن الطفل سيتوقف عن هذه العادة بمفرده، لكن اذا استقر بطريقة ملحوظة، فهناك عدة طرق لمساعدته.

-تشخيص اسباب التوتر عند الطفل او المراهق:عندما تلاحظ الطفل وهو يقضم اظافره علينا أن نبحث عن الاسباب قبل أن نطلب منه الكف عن ذلك ونسأل انفسنا عن السبب، ثم نتحدث مع الطفل أو المراهق لنبوح لنا بمخاوفه فهدفنا مساعدته وليس زيادة توتره.

(النعراج،2013: 16)

-عدم الالاحاح أو التأنيب:لن يكون بوسعنا فعل الكثير ان لم يكن الطفل يود حقا الكف عن قضم الاظافر اذا لم يكن مدركا لما يفعله ، فإلحاحنا وتأنيبنا لن يأتي بنتيجة، يجب ان نكون متفهمين وأن نتحدث مع الطفل ونخبره بأننا لا نستطيع أن نشاهده وهو يقضم اظافره، نحاول أن نفهمه بأننا نعاني

ايضا، ولا ننسى أن نحرص على قص اظافره بصورة مستمرة والمحافظة على نظافة يديه، ونتذكر أن الكف عن اي عادة يحتاج وقتا وجهدا وطالما لم يصل الطفل لمرحلة اذية نفسه فلا داعي للقلق.

-مساعدته عندما يطلب المساعدة:الطفل قد يقرر الكف عن قضم اظافره عندما يبدأ زملائه في المدرسة بالسخرية من عاداته وهو يكون بحاجة للمساعدة.

بداية يجب أن نتحدث معه عن الازعاج الذي يتعرض له ونشجعه أن يتحدث عن مايشعر به من الازعاج، وتؤكد له أننا نحبه كيفما كان ثم ننتقل للحل الافضل الذي نراه مناسب لمساعدته.

-مساعدته للتعرف على عاداته السيئة :تشجيع الطفل للتعرف على عاداته السيئة فأحيانا كثيرة نجده شارد الذهن ويبدأ يقضم اظافره، لذا نتفق معه على حركة سرية لتنبهه اذا لم ينتبه لما يفعل.

فمثلا اذا كان يقضم اظافره وهو يشاهد التلفاز فدعه يلعب بسيارة صغيرة وهو يشاهد برنامجا أو يحتضن دبه الصغير ليجعل لديه مشغولتين ولا يقضم اظافره.

-لا للتعنف:يبتعد عن اساليب العنف أو الجارحة لمشاعره، فمثال استخدام الفلفل الحار لدهن اطراف اصابعه، او طلاء اظافره بمادة بمذاق مر أو مادة ملونة ، أو ضربه على يده، كل هذه الامور ستؤثر في نفسية الطفل تأثيرا كبيرا وقد تزيد الحالة سوءا.

7-المضاعفات:

عدا مظهرها غير الجذاب، فإنه يمكن أن تتسبب في احمرار اطراف الاصابع أو حدوث قرحة أو حدوث نزيف، ويزيد قضم الاظافر من احتمال الاصابة بالعدوى حول الظفر وفي الفم وليس ببعيد أن يعاني المرء من مشاكل في الاسنان أو اللثة ايضا وعلى المدى البعيد يمكن أن يؤثر على نمو الاظافر وتشوهها وقد تنتقل الى الاجيال اللاحقة.

لذلك حذرت دراسة علمية جديدة نشرت في روسيا مؤخرا من ان عادة قضم الاظافر قد تضعف ذكاء الاطفال وتحطم قدرتهم على الادراك.

-وقد وجد باحثون روس أن الاطفال الذين يقضمون اظافرهم ويمضغونها يتعرضون لخطر اعلى للاصابة بتسمم الرصاص الذي يتراكم تحت الاظافر أثناء اللعب في الاجواء الملوثة سواء داخل المنزل أو خارجه، والتعرض للرصاص يساهم في اصابة الاطفال بمشكلات في النمو والاعصاب بل أنه قد يتلف الجهاز العصبي .

(النعراج، 2013: 17-18)

8- اساليب التدخل للحد من هذا الاضطراب:

-اشباع الحاجات النفسية للاطفال وتزويدهم بالغذاء الصحي المناسب.

-ينبغي تجنب العقاب أو التوبيخ كعلاج.

-الحرص على العادات السلوكية المعبرة عن النظافة والتمسك بقيمتها في كل فعل أو تصرف.

-على المعلم في المدرسة أن يشغل التلاميذ الذين يقومون بهذه العادة بأن يكلفهم بأعمال حركية داخل الفصل والاستعانة بهم في مسح السبورة وتوزيع الكتب.....الخ، حتى لا يعطيهم الفرصة للانفراد بأنفسهم والتعامل مع اظافرهم.

(الشوربي، 2013: 159-160).

محاضرة 15: الإيقاعات الحركية والتأرجحات

مقدمة: تتناب الاطفال فيما بين الثانية والسادسة من العمر ، نوبات يعز لهم فيها أن يضربوا برؤوسهم في الوسادة، وقد يستمر ثوان أو دقائق، وقد يحدث ذلك والطفل مستيقظ، أو مستغرق في نومه وقد تحدث هذه الحالات من الاطفال ضعاف العقول اوالضعفاء المصابين بفقر الدم أو احد الامراض المزمنة.

وهناك اطفال يولعون بهز رؤوسهم وحكها في الوسادة وهم نائمون وقد يستمر هذا دقائق.

وتزداد هذه الحالات أثناء تعرض الطفل للتوترات النفسية، وتكثر بين الاطفال الذين يتعرضون لضغوط نفسية تجعلهم في حالة توتر فيلجأون الى هذه العادات غير الطبيعية للتخلص من هذا التوتر.

1-التواترات الحركية Rythmies motrices يجب أن نعرف أن كلمة "تواتر" تعني التظاهرات الحركية او النفسية الحركية الدائمة نسبيا، تكون فجائية ومتغيرة في مدتها من فرد لآخر، احيانا تخص الرأس وحده وحيانا الرأس والعينين، وحيانا الرأس والجذع بما فيها اليدين.

كما تظهر عند الاطفال ما قبل السنين التأرجحات balancement خاصة عند الاطفال الكثيري الحركة.. hypertoniques.

وتعطي لهذه الريتمات الحركية الحركية قيمة الحاجات الغريزية للاشباع وتسهيل النمو الحركي والنمو المكون للانا، كما يمكن أن تستخدم لاحقا كوسيلة تعبير انفعالي.

2-تأرجح الرأس Head banging: وهو حركة تأرجح كبيرة المدى، غالبا ما تكون من الأمام إلى الوراء ، ونادرا ما تكون جانبية، وفي كل مرحلة يتم ضرب الرأس في شيء جامد موجود امام الطفل، هذه الضربات غالبا ما تكون أثناء الليل وتحدث أصواتا وضجيجا ، ويمكن أن تصل الضربات الى 60 أو 80 ضربة في الدقيقة في مدة ربع ساعة إلى ساعة كاملة.

(Danion,Grilliat,2011 :51-137)

هذا الاضطراب قد يظهر عند اطفال ذوي ذكاء عادي ولا يعانون من أية اضطرابات ذهانية، الهدف منها التقليل من الضغط الذي قد يضاف إليه ظهور الانياب عند الطفل وفي المرحلة الانتقالية التي يمر بها الطفل بين القدرة على الجلوس وبداية الحبو.

هذه التظاهرات تزول تدريجيا ولكن قد تبقى حتى 4 سنوات وحيانا إلى العاشرة، ولكنها تزول حتما أثناء البلوغ، والسبب فيها راجع إلى قلة الحركة في المهد أو الاهمال الأمومي، في هذه الحالة يجب على الامهات حمل اطفالهن بين ذراعيهن لمدة طويلة، ولكن الامهات المسببات في ظهور هذا

السلوك غالبا ما يعانين من العجز في الدخول في اتصال مع اطفالهن، ولهذا فالاطفال يحاولون بهذه الطريقة خلق حقيقة أو واقع لاجسادهم في غياب المثيرات الحركية.

ظهر هذا السلوك عند الاطفال العاديين يعبر عن وسيلة تكيف مؤقت لاشباع الحاجات الحسية القاعدية، ولهذا فالعلاج قد يكون ب:

-عدم تشجيع هذا الاشباع الذاتي من طرف الوالدين.

-اشباع الحاجات الحسية لتحرير الطفل وجعله يذهب لاكتشاف المحيط بمستقبلات حسية ملائمة.

(delbrouck:59)

3-العلاج:

-تجنب الطفل التعرض للضغوط أو المؤثرات النفسية.

-عدم عقاب الطفل أو تهديده للتخلص من هذه العادة.

-تشجيعه بالمكافأة والحوافز للتخلص من هذه العادة.

-توفير الامان للطفل وعدم الاهمال مع الصبر والحلم كفيلة بأن تجعل من هذه العادات أمور عابرة سريعة الزوال.

(الشوريجي،2013 : 161)

محاضرة 16 : قلع (نتف) الشعر

1-**التعريف:** هو عبارة عن نزع الشعر الغير منضبط من مناطق مختلفة في الجسم مثل : فروة الرأس ، شعر الوجه ويشمل ((شعر اللحية أو الشارب أو الرموش أو الحواجب أو شعر الأنف)) والشد المتكرر ينتج عنه تشوهات واضحة لتلك المناطق مما يخل بشكل الإنسان وقد يتسبب بأزمات نفسية ومضاعفات جسدية ومشاكل اجتماعية وخسائر وظيفية في بعض الحالات ، ويصنف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات السيطرة على الدوافع

2-إحصائيات:

قد يبدأ هذا الاضطراب في سن مبكر جدا كالسنة الأولى من العمر إلا أنه في الغلب يبدأ في سن ما بين 8 إلى 14 سنة وفي سن الطفولة نجد أن النسبة بين الذكور والإناث متساوية بينما في سن المراهقة والبلوغ يكون شائعا لدى الإناث بشكل أكبر ، بمعنى يميل معظم الأفراد إلى البدء في سحب شعرهم أثناء الطفولة أو المراهقة ، ولكن يمكن أن يبدأ في أي عمر بما في ذلك الرضيع أو في مرحلة ما قبل المدرسة.

(Enos,Plante,2001:12-13).

3-الأسباب:

*تعتبر أسباب هذا الاضطراب مجهولة حتى الآن، لكنها قد تظهر ارتباطاً كبيراً باضطرابات القلق والتوتر، الضغوط النفسية، الوسواس القهري، والاكنتاب * يعتبر البعض أن هذا النوع من الهوس هو نوع من الإدمان على عادة معينة، بينما يعتبره البعض الآخر مجرد عادة يتعلق بها الإنسان بشدة كوسيلة لتخفيف الضغوط النفسية..

*يعتقد بعض الباحثين بوجود سبب جيني واستعداد وراثي لهذا الاضطراب، كما أن بعض البحوث أشارت إلى اضطرابات واضحة في مستويات النواقل العصبية وبالذات السيروتونين في الدماغ لدى المصابين بهذا الاضطراب.

(Delgado,Mannino,2015:230)

4-أعراض هذا الاضطراب ما يأتي:

-الرغبة العارمة في نتف الشعر، ويليها الشعور بالراحة بعد القيام به.
-النتف المتكرر للشعر.

(Blanc, 2004:50)

-ظهور بقع خالية من الشعر على الرأس أو في المناطق التي يتم نتفها.
-مضغ أو أكل الشعر المنتوف.

-اللعب بالشعر المنتوف.

-كثير من المصابين بهذا الاضطراب ينتفون شعرهم في أوقات الانشغال بأمر ما مثل : الكلام في الهاتف القراءة، تصفح الانترنت , كذلك في أوقات الفراغ والهدوء.. مثل فترة ما قبل النوم.

(Blanc, 2004:50)

5- طرق العلاج:

كما يتضح من الاسم فإن هذا النوع من أنواع الوسواس القهري وقد ينشأ عن اضطرابات نفسية لذا ينبغي علاج أية مشاكل نفسية مصاحبة، ويتكون العلاج من شقين هما العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي ويقصد بالعلاج السلوكي المعرفي عمل جلسات نفسية يتم تدريب المريض فيها على طرق للتحكم في نفسه والتوقف عن شد الشعر وعمل أنشطة أخرى تبعده عن ذلك. وهناك عدد من الأدوية المضادة للاكتئاب تستخدم لعلاج هذه الحالات وأهمها الأدوية المضادة للسيروتينين مثل الفلوكستين والفلوفكسامين وغيرها، ويحتاج العلاج إلى تفهم من المريض وعائلته ومواظبة ومتابعة حتى يتم الحصول على النتيجة المطلوبة.

(الغامدي، 2015، 62-63)

ممارسة تمارين الاسترخاء: بكافة أنواعها للتحكم في التوتر النفسي بشكل عام وهو ما يؤدي للشعور بالراحة مما قد يخفف من سلوكيات متوترة مثل نتف الشعر والجدد والأظافر. مكافأة الذات: يجب أن يسجل المريض نجاحه في التحكم في هذه الرغبة في سجل انجازاته وأن يكافئ نفسه بأي شيء بسيط ورمزي كأن يحتفل بشكل ميسر مع المحيطين به، كأن يذهب معهم للعشاء خارج المنزل.. يمكن استخدام أسلوب إلصاق النجوم في جدول بالنسبة للأطفال. دور الأسرة: دور الأسرة محوري ومهم جدًا ليس فقط في التحكم في هذا الاضطراب وعلاجه بل وفي التخفيف من مضاعفاته. ودور الأسرة في العلاج يختلف حسب سن المريض.. ففي الأطفال صغار السن يكون للأسرة قدرة أكبر على الأمر والنهي، بينما يتغير هذا الدور إلى الإرشاد والتعاون والمساندة والتفهم في حالات المراهقين والبالغين. تفهم الأسرة لطبيعة المرض ولمعانة المريض يساهم كثيرًا في العلاج بشكل عام ولذا ينبغي عليهم القراءة والمعرفة والسؤال عن طبيعة المرض وسلوك المريض

(Enos,Plante,2001:15)

قائمة المراجع

-ابراهيم ، عبدالستار (1983) . العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان . القاهرة: مكتبة مدبولي .
ابراهيم ، عبدالستار . عبدالعزيز، عبدالله .رضوان، ابراهيم.(1993) . العلاج السلوكي للطفل وأساليبه ونماذج من حالاته . الكويت: عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

- ابراهيم ، عبدالستار (1998) . العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليب وميادين تطبيقه . القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع .
- ابراهيم ،نشأت أكرم . (1998). علم النفس الجنائي .ط2.الأردن: مكتبة دار الثقافة .
- البيلاوي،ايهاب.(2001). قلق الكيف تشخيصه وعلاجه.القاهرة:دار زهران.
- البطينة ، أسامة محمد . نصر، يوسف(2004) . مشكلات الأفراد المعوقين حركياً بمحافظة إربد بالمملكة الأردنية الهاشمية ،بحث منشور في مجلة البحوث التربوية والنفسية ، المجلد السادس ، العدد الأول ، كلية التربية ، البحرين .
- البطينة ، أسامة محمد . (2004) . الشعور بالوحدة النفسية لدى المعوقين حركياً بمحافظة إربد في المملكة الأردنية الهاشمية ، بحث منشور في مجلة البحوث التربوية والنفسية ، المجلد السادس ، العدد الثاني ، كلية التربية ، البحرين.
- الحجاوي، عبد الكريم.(2004).موسوعة الطب النفسي.ط1.عمان:دار أسامة للنشر والتوزيع.
- الحديدي، منى صبحي.(2004).مقدمة في الإعاقة البصرية.ط1.الأردن:دار الفكر .
- الحديدي، منى صبحي.(2000).مقدمة في الإعاقة البصرية.الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر .
- الحفني ،عبد المنعم .(1999). موسوعة الطب النفسي . المجلد الثاني.ط2.القاهرة: مكتبة مدبولي .
- الحفني ،عبد المنعم .(1999). موسوعة الطب النفسي . المجلد الاول .ط2.القاهرة: مكتبة مدبولي .
- الخيري، محمد(2007). نظام كتابة اللغات، الندوة العلمية: النقل الكتابي بين اللغات. الرياض: منشورات جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- الخطيب،جمال.الحديدي،منى.(2005).التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة.ط2.عمان:دار الفكر .
- الخطيب،جمال.الحديدي،منى.(2005).المدخل إلى التربية الخاصة.ط1.مكتبة الفلاح.
- الخطيب،جمال محمد.الحديدي،منى صبحي.(2009).المدخل إلى التربية الخاصة.ط1.مطبعة دار الفكر .
- الدسوقي،مجدى محمد.(2006).اضطرابات صورة الجسم الاسباب-التشخيص-الوقاية والعلاج.القاهرة:مكتبة الأنجلو المصرية.
- الدهمشي،محمد عامر.(2007).دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة.ط1.عمان:مطبعة دار الفكر .

- الدهراوي،صالح .(2005).سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة.ط1.الأردن: دار وائل.
- الريضي ، هاني .(1990). مشكلات الطلبة المعوقين حركياً في محافظة إربد . أبحاث اليرموك ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية .
- الروسان ، فاروق. (2007) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين "مقدمة في التربية الخاصة".ط7.عمان: دار الفكر.
- الروسان، فاروق.(2000).سيكولوجية الأطفال غير العاديين.الأردن: دار الفكر.
- الزبيري ،عبد الله.أساسيات التربية الخاصة.دار الميسرة.
- الزغبى،أحمد.(2003).التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين.ط1.الأردن:دار زهران.
- الزيات، فتحي مصطفى .(1998). صعوبات التعلم الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية ط1.مصر: دار النشر للجامعات .
- السيد ، خالد عبدالرزاق. (2001) . فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة. مجلة الطفولة والتنمية . العدد الثالث . المجلد الأول . المجلس العربي للطفولة والتنمية .
- الشطبي واخرون.(2009).الكامل:دليل الطب النفسي العام وطب نفس الاطفال(للاطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية.صنعاء.
- الشقيرات ، محمد عبدالرحمن ، أبو عين ، يوسف زايد (2001) . علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً ، دراسة مسجلة في مجلة جامعة دمشق ، المجلد 17 ، العدد الثالث ، دمشق .
- الشناوي ، محمد محروس ، عبدالرحمن ، محمد السيد (1998) . العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر .
- الشهري ، أحمد محمد صالح (1997) . العلاقة بين الانسحاب الاجتماعي ومستوى القلق وبعض المتغيرات لدى المعاقين حركياً في المستشفيات ومراكز التأهيل في كل من (الطائف ومكة المكرمة وجدة) ، كلية التربية ، جامعة أم القرى .
- الشيباني، عمر التوم.(1989). الرعاية الثقافية للمعاقين.طرابلس: الدار العربية للكتاب.
- الشوربجي،نبيلة عباس.(2003).المشكلات النفسية للاطفال.اسبابها.علاجها.القاهرة:دار النهضة العربية.

-الطيب ، محمد . حسان ، منال (2001) . محاضرات في الإرشاد النفسي ، كلية التربية ، جامعة طنطا .

-العبيدي ، هيلانة عبدالله (1997) . أثر استخدام الألعاب والقصص في تعديل السلوك العدوانى لدى أطفال الرياض "تمهيدى" . رسالة ماجستير غير منشورة . كلية التربية . جامعة الموصل . الموصل .
-العمرى، أحمد عبد الرحيم.(2004). الأسرة والارشاد النفسى للأطفال المعاقين عقليا. العدد 25. مجلة خطوة. سبتمبر .

- العزة، سعيد حسني.(2001). التربية الخاصة.الأردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

-العزة، سعيد حسني.(2002). المدخل إلى التربية الخاصة.ط1.الأردن: الدار العلمية الدولية.

-العزة ، سعيد حسني (2002) . التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية . عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع .

-العميرة، محمد حسن .(2002). المشكلات الصفية (السلوكية، التعليمية الأكاديمية)، مظاهرها، أسبابها، علاجها.ط1. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

-الغامدي،خالد بن محمد.(2015).مشاكل الشعر.ط1. الرياض:مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .

-القريطي، عبد المطلب (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتربيتهم.ط2. القاهرة: دار الفكر العربي.

-القيوتي، يوسف. السرطاوي، عبد العزيز (1995): المدخل إلى التربية الخاصة،الإمارات العربية المتحدة ، دار القلم .

-الميلادي، عبد المنعم.(2004). الأمراض و الاضطرابات النفسية.الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

-النعراج،سمير عطية.(2013).الحلول المختارة لمشكلات الاطفال والمراهقين.القاهرة:المكتب العربي للمعارف.

-الوقفى، راضي (2003). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جهينة للنشر والتوزيع.

-بدوي،أحمد زكي.(1986).معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية.بيروت:مكتبة لبنان.

-بركات، لطفى.(1978). الفكر التربوي في رعاية الكفيف.ط1.القاهرة: مكتبة الخانجي.

- بركات، محمد خليفة .(1978).عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية. الكويت.
- بيطار،اليز واخرون.(ب-س).الصعوبات التعليمية والاضطرابات النفسية الشائعة في المدارس العوارض والحلول.لبنان.
- جابر ، جابر عبدالحميد . كفاي ، علاء الدين (1995) . معجم علم النفس والطب النفسي . الجزء الرابع .القاهرة: دار النهضة العربية .
- حافظ ، احمد خيرى (1998) . الدورة التدريبية الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي . مركز الاستشارات النفسية . وحدة التدريب والبرامج . القاهرة .
- جروان، فتحي (1998). الموهبة والتفوق والإبداع. عمان: دار الكتاب الجامعي.
- جمال، حامد الحامد ، علي، محمد الشهري.سطور في نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، وثيقة من وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية..
- جمعة ،سيد يوسف .(2000)، الاضطرابات السلوكية وعلاجها. مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
- حافظ،نبيل عبد الفتاح .(1998). صعوبات التعلم والتعليم العلاجي، كلية التربية، جامعة عين الشمس، القاهرة.
- حسن ، إيمان حسين السيد (2007) . الإعاقة الحركية : دراسة في سيكوديناميات مبتوري الأطراف ، المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية " التربية الخاصة بين الواقع والمأمول " ، من 15-16 يوليو 2007 .
- حسين، نوري الياسري . (2006). صعوبات التعلم الخاصة. بيروت: لبنان الدار العربية للعلوم.
- حقي ، ألفت (1995) . الاضطراب النفسي ، التشخيص والعلاج والوقاية . الجزء الأول .
- حلقوم،سهاد أحمد .(ب س).تأثير برنامج علاجي في خفض الاضطرابات اللغوية لدى طالب في الصف الثاني الابتدائي(دراسة حالة)
- حمزة،أحمد عبد الكريم .(2008).سيكولوجية عسر القراءة.ط.،الأردن :دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- خليدي،عبد المجيد .وهبي، كمال حسني.(1997). الأمراض النفسية و العقلية و الاضطرابات السلوكية عند الأطفال، ط1.بيروت: دار الفكر العربي.
- رحو، حنان سعيد.(2005). أساسيات في علم النفس.ط1.بيروت: الدار العربية للعلوم.
- رضوان، فوقية حسن .(2003). دراسات في الاضطرابات النفسية تشخيص وعلاج. مصر: دار الكتاب الحديث.

- زهران، حامد عبد السلام . (1977). التوجيه والإرشاد النفسي. ط 2. القاهرة: عالم الكتب .
- زيادة، خالد . (2006). صعوبات تعلم الرياضيات (الديسكالوليا). القاهرة: مطابع الدار الهندسية.
- زيتون ، عبد الحميد. (2003). التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. دار النهضة العربية.
- سالم، كمال . (1988). المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم. ط1. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- سامي، عبد المجيد. خالد، نورالدين . بدوى، شريف . معجم مصطلحات علم النفس.
- سليمان ، عبدالرحمن سيد (2001) . معجم الإعاقة البدنية . القاهرة: مكتبة زهراء الشرق .
- سليمان ، عبدالرحمن سيد (2001) . الإعاقات البدنية المفهوم - التصنيفات - الأساليب العلاجية . القاهرة: مكتبة زهراء الشرق .
- سلمان، سناء محمد. (2007). مشكلة مص الاصبع وقضم الاظافر. ط1. لبنان: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- سيد، صبحي. (1979). التوافق النفسي للكفيف المراهق. المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين. القاهرة: دار المرجان للطباعة.
- شقير، زينب محمود. (1999). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- صفوت، فرج. (2008). علم النفس الاكلينيكي. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عبدالله، عادل . (2005). سيكولوجية الموهبة. ط1. القاهرة: دار الرشد.
- عبد المجيد، عبدالرحيم. (1997). تنمية الأطفال المعاقين. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد السميع، فاطمة الزهراء. (2014). صورة الجسم وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى طفل الروضة. إشراف سهيل كامل أحمد. جامعة القاهرة. رسالة دكتوراه.
- عبازة، أسيا. (2014). صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي. مذكرة ماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.
- عسكر، عبد الله . (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مصر مكتبة الأنجلو-مصرية.
- عصام، نور. (2004). سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية . مصر: مؤسسة شباب الجامعة.

- عطوف، محمود ياسين.(1988). أسس الطب النفسي الحديث. ط1.بيروت: منشورات بحسون الثقافية.
- عبيد ، ماجدة بهاء الدين السيد (2001) . مناهج وأساليب تدريس الحاجات الخاصة .عمان: دار صفاء للنشر .
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد (2007م). تأهيل المعاقين. عمان: مكتبة المجمع العربية للنشر والتوزيع.
- عيسى،مراد علي .خليفة، وليد السيد .(2007). الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة "الموهوبون- ذو صعوبات التعلم-الموهوبون و ذو صعوبات التعلم".ط1.مصر: دار الوفاء .
- قحطان، أحمد الطاهر(2004). تعديل السلوك. الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- كاشف،إيمان فؤاد محمد.(2001).الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيه.القاهرة: دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
- كامل،محمود علي .(2005). صعوبات التعلم الأكاديمية بين الفهم والمواجهة. ط1.مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
- كريمان، نذير.(2007). الأسس النفسية لنمو الطفل. ط1.عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- كريمان ،نذير. (2006). التعلم الإيجابي وصعوبات التعلم - رؤية نفسية تربوية معاصرة - . القاهرة: عالم الكتب.
- كريمان،محمد نذير.(ب-س).مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها.مكتبة نرجس.دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- كوافحة،تيسير مفلح.عبد العزيز،عمر فواز.(2010).مقدمة في التربية الخاصة.ط4.عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- محمد، عادل عبدالله (2000) . العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات .القاهرة: دار الرشاد.
- محمد، عادل عبد الله.(1999).العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات.الزقازيق:دراسات الرشاد.
- مرسي،سيد عبد الحميد.(1975). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني.ط1.مصر: مكتبة الخانجي.
- مشيرة ،عبد الحميد احمد اليوسفي . (2005) . النشاط الزائد لدى الأطفال (أسباب وبرامج الخفض). مصر: المركز العربي للتعليم والتنمية.

- معين، عبد باقر.(2011).أسباب قضم الاظافر لدى الاطفال.مجلة جامعة تكريت للعلوم.المجلد18.العدد5.تموز.
- ملحم،سامي محمد .(ب.س). صعوبات التعلم. دار المسيرة.
- مليكه، لويس كامل.(1998). الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية.القااهرة: مطبعة فيكتوركيرس.
- نبيل عبدالهادي، "بطء التعلم وصعوباته، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2000م.
- نجاح ،إبراهيم حسين الصايغ. (2006).فاعلية برنامج إرشادي في علاج اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه لدى الأطفال . رسالة دكتوراه غير منشورة بجامعة عين شمس.
- نصر،سهى أحمد أمين.(1999). المتخلفون عقليا بين الإساءة و الإهمال(التشخيص و العلاج) القااهرة:دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
- يحي،خولة أحمد . (2003) الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط2.الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

-Albaret,j,m(2004).le developement de la dominance manuelle.

-Albaret,j,m.Abir zeid,c,m.(2011).manuel d'enseignement de psychomotricité concepte fondamantaux.boeck.

-Babbitt, H, & Burbach ,H(1989).note on the perceived occupational future physically disabled college student ,Journal of college student development .

-Buchanan,ben(2015).body dysmorphic disorder:identhfyng and treating and invisible problem.australian clinical psychologist

-Delbrouck,michel,psychopathologie:manuel a l'usage du medecin et du psychotherapeutique,2edition ,boeck.

-Delgado,rafael.Mannino,fortune.(2015).some observation on trichotillomania in children.

-Enos,stephanie,Plante,Thomas.(2001).trichotillomania.journal of psychosocial nursing.vol39.n5.

-Grilliat,anne danion(2011).psychiatrie de l'enfant.medecine sciences.

-GROGAN.(2012).BODY IMAGE,UNDERSTANDING DISSATISFACTION IN MEN,WOMEN,AND CHILDREN.

-Hallan,d . Kauffman, t. (1992) Exceptional Children Introduction To special education. (sthd). Prentic – gall. Englewood Cliffs, Newjersey

- Hallahan, D., et al; (1996). Learning Disabilities, 3rd ed, Allyn & Bacon, Boston,
- Houeto, Jean-Luc. Ferrie, Giré, Pauline. (2008). tic et syndrome de Gilles de la Tourette: diagnostic évolution et principes de traitement. Orphanet.
- Jean Lecrec (1996). En éducation; la nécessité d'une autre gestion: la qualité totale des processus pour l'amélioration des résultats. Québec. Presse de l'université de Québec
- Liford Rees, Text Book of psychiatry, Exford University, 1996
- Julien Blanc-Comiti, *À propos de la trichotillomanie. (2004) . revue de la littérature et présentation de trois cas cliniques*, Université Claude Bernard, Lyon 1.
- Marc Delahaie (2009). L'évolution du langage de l'enfant – de la difficulté au trouble. 2^e édition Jeanne Herr. France .
- PESENTI M., SERON X., Neuropsychologie des troubles du calcul et du traitement des nombres, Solal, Marseille, 2000, p.63
- Peter Chung, MD and Dilip R Patel. (2015). Dysgraphia. Nova Science Publishers,
- Culatta, R., Tompkins, J., Wert, M. (2003). Fundamentals of special education - whatever teacher needs to know 2nd ed. Ohio: Merrill Prentice Hall.
- Phillips, Katharine (2015). Body dysmorphic disorder: clinical aspects and relationship to obsessive compulsive disorder focus.
- VAN HOUT A., MELJAC C., FISCHER J.P., Troubles du calcul et dyscalculie chez l'enfant, Masson, 2^e édition, Paris, 2005, p.175
- Vashi, Neelam (2015). Beauty and body dysmorphic disorder a clinician's guide. Switzerland: Springer International Publishing.
- Wendy Hall (2009). Dyslexia in the Primary classroom. Learning Matters LTD. Great Britain.