



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حمّة لخضر الوادي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



# مطبوعة بيداخوجية في مقياس التربية الخاصة

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر علم النفس المدرسي

إعداد الاستاذ:

**بوعزة الصالح**

السنة الجامعية: 2021-2022

## المحاضرة الاولى : ماهية التربية الخاصة

### 1- تعريف التربية الخاصة:

1-1- تعريف بيرج وجونسون **Birch and Johnson** : "التربية الخاصة هي الخدمات المقدمة للأطفال

المعاقين من قبل أشخاص مؤهلين والتي تختلف عن برامج الاعتياديين أو تلك التي تضاف إليها". وهذا التعريف يؤكد تماما على فئة واحدة وهي المعاقين، في حين لا يظهر ذلك واضحا في تعريف لانس.

1-2- تعريف لانس **Lance** : "التربية الخاصة صممت لتقديم المعالجات المختلفة للأفراد الذين يتميزون بقدرات

مختلفة وبشكل واضح من أجل الاستفادة من الأنشطة التربوية التقليدية".

1-3- تعريف عبد الغفار : "التربية الخاصة هي مجموعة الخدمات المنظمة الهادفة التي تقدم إلى الطفل غير

الاعتيادي أو الشاذ (وهو ما يشذ عن الاعتياديين فيتفوق عليهم أو يقصر دونهم) وذلك لتوفير ظروف مناسبة له كي ينمو نموا سليما يؤدي إلى تحقيق الذات".

1-4- تعريف هلهان وكوفمان **Hallahan and Kauffman** : "التربية الخاصة هي التعليم المصمم

بشكل خاص ليلبي الحاجات غير العادية للمتعلمين غير الاعتياديين من خلال المواد الخاصة، تقنيات التدريس الخاصة والمعدات والتسهيلات المطلوبة، فمثلا الأطفال ذوي الإعاقات البصرية يحتاجون إلى قراءة المطبوع بشكل كبير أو طريقة برايل، والمعاقون سمعيا يحتاجون إلى معينات سمعية أو تعلم لغة الإشارة". (قطان أحمد الطاهر : 2005، ص 28)

وبهذا نستطيع تعريف التربية الخاصة بأنها جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً

تعليميا خاصا، ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة، وطرائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية والشخصية والنجاح الأكاديمي.

(جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص 25)

### 2- مفاهيم متعلقة بالتربية الخاصة :

هناك العديد من المصطلحات المستخدمة في ميدان التربية الخاصة وفيما يلي توضيح لهذه المصطلحات.

2-1- العجز **Disability** : وهي حالة تتصف بضعف وظيفي على النمو السوي وتنتج عن مشكلات

جسمية أو حسية أو صعوبات في التعلم والتكيف الاجتماعي. إذن فالعجز هو اصطلاح يشير إلى تدني

الوظيفة أو فقدان أحد أجزاء الجسم أو أعضائه مما يحد من قدرة الفرد على أداء بعض المهارات (كالمشي أو السمع أو البصر) كما يؤديها الفرد العادي.

2-2- الإصابة **Impoiment** : وتحدث عندما يولد الفرد بنقص أو عيب خلقي أو قد يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل فيسيولوجي أو جني أو نفسي.

2-3- الإعاقة **Handicap** : هي عبارة عن عدم قدرة الفرد على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو جسمية أو عقلية، والعجز هو الذي يسبب هذه المشكلات عند تفاعل الفرد المصاب مع البيئة.

2-4- الأطفال المعرضون للخطر **At Risk Children** : يشير هذا المصطلح إلى الأطفال غير المصابين حالياً بالعجز أو الإعاقة لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لتطوير العجز لاحقاً، وأكثر ما يستخدم هذا الاصطلاح من قبل الأطباء للإشارة إلى حالات الحمل التي من المحتمل أن ينشأ عنها أطفال عاجزين ويواجهوا مشكلات نمائية. (مصطفى نوري/ خليل عبد الرحمان : 2007 ، ص ص 17،18)

2-5- الضعف **Impairment** : وهو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعزى للعجز الحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري.

2-6- الاضطراب **Disorder** : يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي ولذلك نقول اضطراب لغوي أو اضطراب تعليمي. (جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص 25)

### 3- فئات ذوي الاحتياجات الخاصة:

3-1- التخلف العقلي **Mental retardation** : هو انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام

يصحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر في مرحلة النمو مما يؤثر سلباً على الأداء التربوي للفرد، ويصنف

التخلف العقلي اعتماداً على نسبة الذكاء إلى الفئات التالية :

- التخلف العقلي البسيط (55-69 درجة)

- التخلف العقلي المتوسط (40-54 درجة)

- التخلف العقلي الشديد (25-39 درجة)

- التخلف العقلي الشديد جدا (أقل من 24 درجة) (جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص 19)

وله عدة مصطلحات معظمها مترادف مثل النقص العقلي، القصور العقلي، التأخر العقلي وضعف العقل.  
(حامد عبد السلام زهران : 1997 ، ص 405)

### 3-2- الإعاقة الانفعالية **Emotional Impairment** : تعرف الإعاقة الانفعالية على أنها واحدة أو

أكثر من الخصائص التالية تظهر بشكل واضح ولمدة زمنية طويلة:

أ- عدم القدرة على بناء علاقات إيجابية مع الآخرين.

ب- إظهار سلوكيات غير مناسبة أو مشاعر وعواطف غير عادية في ظروف ومواقف عادية.

ت- شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة.

ث- الشكوى من أعراض جسمية أو مخاوف ترتبط بالمدرسة أو بالجسم.

ج- عدم القدرة على التعلم لا تعزى لعوامل عقلية أو حسية أو حركية.

### 3-3- صعوبات التعلم **Learning Disabilities** : تعرف صعوبات التعلم على أنها اضطراب في واحد أو

أكثر من العمليات النفسية الأساسية ذات الصلة بفهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة. وتعتبر صعوبات التعلم عن نفسها بعدم القدرة على الكتابة أو الاستماع أو التكلم أو القراءة أو التهجئة أو الحساب، وغالبا ما يشار إلى صعوبات التعلم بمصطلحات مثل الإعاقة الإدراكية، التلف الدماغى البسيط، عسر الكلام والحبسة الكلامية. (جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص 19 ، 21)

### 3-4- الإعاقة السمعية **Hearing Impairment** : الإعاقة السمعية مصطلح يشير إلى فقدان سمعي

يبلغ من الشدة درجة يصبح معها من الضروري تقديم التربية الخاصة، وتشمل الإعاقة السمعية كلا من الصمم والضعف السمعي، أما الشخص الأصم فهو الشخص الذي يعاني من ضعف سمعي شديد جدا (أكثر من 90 ديسيبل).

### 3-5- الإعاقة الجسدية **Physical disability** : الإعاقة الجسدية هي حالة ضعف عصبي أو عظمي أو

عضلي أو حالة مرضية مزمنة تتطلب إجراء تعديلات على المنهج المدرسي وأساليب التدريس وربما المبنى

المدرسي لكي يصبح بمقدور الطفل الاستفادة من البرامج التعليمية. من أشكال الإعاقات الجسمية / الصحية انتشارا بين الأطفال : شلل الأطفال، الشلل الدماغي، الصرع، الصلب المفتوح، الحثل العضلي، الوهن العضلي، السكري، الهيموفيليا، إنيميا الخلايا المنجلية، الربو.

**3-6- الإعاقة البصرية Visual Impairment** : يشير مصطلح الإعاقة البصرية إلى حالة ضعف بصري شديد يؤثر على الأداء التربوي للطفل سلبا حتى بعد تنفيذ الإجراءات التصحيحية متمثلة بالعدسات وغيرها، وتشمل الإعاقة البصرية كلا من العمى أو فقدان البصري الكلي وضعف البصر أو فقدان البصري الجزئي.

**3-7- الاضطرابات الكلامية واللغوية Speech Language Disorders** : هي اضطرابات تتعلق برموز اللغة الشفهية مثل اضطراب الصوت أو في عملية التواصل مثل التأتأة أو الضعف اللغوي أو اضطراب اللفظ مما يؤثر سلبا على الأداء التربوي للطفل وعلى وجه التحديد يعتبر الكلام مضطربا إذا انخرق عن الكلام المؤلف إلى درجة ملفتة للانتباه، أو إذا أصبح معيقا لعملية التواصل أو إذا نجم عنه إزعاج للمتحدث أو للأشخاص المستمعين. (جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص ص 19 ، 21)

**3-8- الموهوبين Giftedness** : الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداءا متميزا مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها - في واحد أو أكثر - من الأبعاد الآتية :

- القدرة العقلية العالية، حيث تزيد نسبة الذكاء عن انحراف معياري واحد أو انحرافين معياريين.
- القدرة الإبداعية العالية.
- القدرة على التحصيل الأكاديمي المرتفع.
- القدرة على القيام بمهارات متميزة ومواهب متميزة كالمهارات الفنية، أو الرياضية أو اللغوية.
- القدرة على المثابرة، الالتزام، الدافعية العالية، المرونة، الاستقلالية في التفكير وذلك كسمات شخصية وعقلية تميز الموهوب عن غيره. (صالح حسن الداھري : 2005 ، ص 37)

**4- مبادئ وأسس التربية الخاصة:**

**4-1- مبادئ التربية الخاصة :**

تستند التربية الخاصة إلى جملة من المبادئ التي لا بد من مراعاتها :

4-1-1- يجب تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة التربوية العادية.

4-1-2- إن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية وتتضمن البرامج التربوية الفردية على ما يلي :

- تحديد مستوى الأداء الحالي.
- تحديد الأهداف طويلة المدى.
- تحديد الأهداف قصيرة المدى.
- تحديد معايير الأداء الناجح.
- تحديد المواد والأدوات اللازمة.

- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.

4-1-3- إن تقديم الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك.

4-1-4- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد العائلة.

4-1-5- إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة. (جمال الخطيب/ منى

الحديدي : 2003 ، ص ص 26 ، 27)

4-2- أسس التربية الخاصة : تقوم التربية الخاصة على الأسس التالية :

4-2-1- الأساس الديني : دعت الديانات السماوية والمذاهب إلى المساواة في الحقوق والواجبات كما دعت إلى ضرورة رعاية المجتمع لأبنائه الضعفاء.

4-2-2- الأساس القانوني : تمثل الإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة والدرساتير والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان اعترافا عالميا بحقوق المعوقين.

4-2-3- الأساس الاقتصادي : يعني الاهتمام بتقديم الخدمات التعليمية العامة والمهنية للمعوقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عبئا على مجتمعهم. إن هذه التدابير التربوية توفر لهم فرص التعليم وتعالج بطالتهم عن الإنتاج، وتحول قطاعا كبيرا منهم إلى الإسهام في الأنشطة الإنتاجية.

4-2-4- الأساس الاجتماعي - التربوي : أي الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها وتعليمه متطلبات العيش الكريم بها، وهذا ما ساعد على ظهور الاتجاه التربوي المسمى بالتأهيل المعتمد على

المجتمع المحلي. (مصطفى نوري/ خليل عبد الرحمان : 2007 ، ص ص 21 ، 22)

5- أهداف التربية الخاصة : تحقق دراسة موضوع التربية الخاصة الأهداف التالية :

- 1- التعرف على الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسب لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- 2- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- 3- إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- 4- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- 5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بشكل عام، والعمل ما أمكن من تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية. (أسامة مُجد البطانية وآخرون : 2007 ، ص 32)

## المحاضرة الثانية: خدمات ووسائل واستراتيجيات التربية الخاصة

### 1- تاريخ خدمات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة :

لقد مرت خدمات التربية الخاصة من الناحية التاريخية بأربعة مراحل أساسية وهي :

**مرحلة العزل والرفض :** اتصفت هذه المرحلة بشيوع المعتقدات الخاطئة حيال المعوقين والتي أدت في كثير من الأحيان إلى رفضهم وعزلهم عن المجتمع، وفي بعض الحالات المتطرفة كان يتم التخلص منهم بقتلهم واعتبارهم شياطين وأرواح شريرة، أو أنهم عقاب من الآلهة للأسرة.

**مرحلة الرعاية المؤسسية:** بدأ ظهور خدمات المعوقين على نحو منظم أواخر القرن الماضي وبدايات القرن الحالي في بعض الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية، وقد اتخذت تلك الخدمات النمط الإيوائي المتمثل في تقديم المأوى والغذاء والرعاية الصحية الأساسية، وشيئا فشيئا ازداد عدد تلك المؤسسات والمراكز الداخلية، ثم بدأت بعض المبادرات تتجه نحو تقديم البرامج التعليمية للصم والمكفوفين على وجه الخصوص، وفي معظم الأحيان كان المعوق يقضي حياته كاملة داخل المركز بعيدا عن أسرته ومجتمعه، وبقيت النظرة إليه باعتباره مصدر عيب أو مشكلة تحاول الأسرة إخفاءها قدر الإمكان.

**مرحلة التأهيل والتدريب :** مع نهاية الحرب العالمية الثانية وما تسببت فيه من زيادة كبيرة في حالات الإعاقة، أصبحت الحاجة أكثر إلحاحا لتوفير برامج تأهيلية ملائمة، وفي مواجهة النقص في توافر هذه البرامج عهد المعوقين وأولياء أمورهم والمهتمون إلى إنشاء الجمعيات التطوعية التي تعنى بتقديم تلك الخدمات ومطالبة الحكومات للاهتمام بقضية المعوقين على نحو أفضل، في ذات الوقت فهم أفضل للإعاقة من حيث الأسباب وطرق العلاج وأساليب التعلم وغير ذلك من القضايا المرتبطة بها.

وفي هذه المرحلة تغيرت النظرة للمعوقين وأصبحت المجتمعات تظهر اهتماما متزايدا بهم على نحو أو آخر، ولم تعد خدماتهم تقتصر على الرعاية والتدريب الطبي بل أصبحت تهدف إلى تعليمهم وإعدادهم لمهن مستقبلية نافعة. أما بالنسبة للاتجاهات الاجتماعية حيالهم فلم تعد تركز فقط على جوانب عجزهم وإنما أصبحت تأخذ بعين الاعتبار جوانب القوة وما يتوفر لديهم من قدرات وإمكانات، وبعد شيوع إلزامية التعليم بدأ ظهور بعض الصفوف الخاصة بالمعوقين في المدارس العادية التي لم تكن نتاجا لتعاطف المجتمع وسعيه وإنما لتجنب التأثير السلبي على التلاميذ الآخرين. وشاع في هذه المرحلة أيضا استخدام اختبارات الذكاء لتصنيف التلاميذ في مجموعات مختلفة ووضع بعضهم في صفوف خاصة.

**مرحلة الإدماج :**

شهدت أواسط الستينات من القرن الماضي تحولا كبيرا في مجال خدمات المعوقين وجاء هذا التحول مستفيدا من إنجازات حركة الدفاع عن الحقوق المدنية ومناهضة التمييز العنصري في الولايات المتحدة الأمريكية. ولعبت جمعيات الأهل ومنظمات المعوقين دورا كبيرا في لفت انتباه الحكومة وفتات المجتمع إلى الضرر الفادح الذي يتعرض له المعوقين في مؤسسات الرعاية.

### مبدأ تساوي الفرص التربوية :

امتاز عقد الثمانينات من القرن الماضي بتأكيد مبدأ تساوي الفرص الاجتماعية والتربوية، لجميع المعاقين وعمق التوجه بإعلان اليونسكو لعام 1981 سنة دولية للمعاقين التي شعارها "المساواة والمشاركة الكاملة". كما أصبح مبدأ تساوي الفرص التربوية مبدأ تربويا عالميا أكده بقوة مؤتمر اليونسكو في جومبتان /تايلاند عام 1990م، ثم مؤتمر اليونسكو الذي عقد عام 1994 م في سلافريكا في إسبانيا وأسفر عن هذه المؤتمرات المبادئ والممارسات في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة. (أسامة مُجَد البطانية: 2007 ، ص ص، 35 36)

### خدمات التربية الخاصة :

توجد جملة من الخدمات المتنوعة التي يجب تقديمها لذوي الاحتياجات الخاصة وتمثل في:

**الخدمات الاجتماعية :** ويقوم بتقديم هذه الخدمات قسم البحث الاجتماعي الذي يتحمل مسؤولية الإشراف والتوجيه ومتابعة المعاقين داخل المؤسسة وخارجها، فيكتب التقارير التي تساعد كثيرا في كيفية متابعتهم متابعة علمية. يكون الأخصائي الاجتماعي مسؤولا عن عدد المعاقين لا يتجاوز في أكثر الأحيان عن ثلاثين معاقا، إذ يمد المعلمين بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين مما يمتلك من خلفية حولهم من خلال الملاحظة الدقيقة المستمرة ومن خلال لقاء أسرهم سواء في بيوت المعاقين أو عند استدعاء أولياء أمورهم إلى المراكز، فالإحصائي الاجتماعي يسعى جاهدا لمد الجسور بين البيت والمركز للوقوف على قدرات المعاق واستعداداته واستثمارها استثمارا سليما، الأمر الذي يعزز ثقته بنفسه ونظرتة إلى ذاته ويحقق بعض القبول الاجتماعي.

**الخدمات التربوية :** إن الخدمات التربوية المقدمة للمعاقين تختلف باختلاف نوع الإعاقة لكنها تلتقي جميعا بضرورة مراعاة الفروق الفردية من خلال استخدام الأساليب التعليمية المتنوعة والوسائل المناسبة، والتنوع في تعيين الواجبات بحسب الإمكانيات والقدرات والتنوع في الخبرات لكي تتناسب مع عمرهم الزمني والعقلي. فعند تعليم المعاقين سمعيا يجري التركيز على قراءة الشفاه والوضوح في النطق بشكل مكثف والكتابة.

وعند تعليم المعاقين عقليا عوقا بسيطا يركز المعلم على التعليم الفردي لمراعاة الفروق الفردية بينهم إضافة إلى استخدام فنيات الحث والتعزيز والتشكيل والتسلسل والنموذجية، ومن أجل تعليم فاعل لا بد من اختيار معلم كفء بمواصفات

تتلاءم مع حالة الإعاقة لكي يمتلك حسا واستشعارا بحالة الإعاقة، وهذا ما يدفعه للقيام بواجبه على أكمل وجه ويكون متابعا لكل ما من شأنه أن يدعم عمله ويفيد المعاقين.

ويتم توزيع المعاقين حسب أعمارهم ودرجة عوقهم ويركز في تعليمهم على القراءة والكتابة والحساب ليؤدوا دورهم في حياتهم الاجتماعية، ويجري متابعتهم بشكل مستمر من قبل إدارة المركز والمشرفين والأخصائيين الاجتماعيين والمعلمين.

**الخدمات النفسية :** ابتداءا يعد التشخيص النفسي أمرا في غاية الأهمية لكي يوجه الفرد توجيهها صحيحا وفق قدراته الحقيقية، فيستخدم الأخصائي النفسي اختبارات الذكاء للوقوف على قدرات المعاق العقلية والاختبارات الشخصية للتعرف على ميوله وهواياته وماهيته بشكل كامل من أجل بداية صحيحة بعيدة عن العشوائية والتجريب.

إن الفهم الحقيقي للطفل المعاق من خلال عملية التشخيص يساعد على التوجيه والتخطيط ويمكن من خلال توفير برنامج تعليمي ينسجم مع القدرات العقلية له، وبما أن الطفل المعاق معرض أكثر من غيره إلى الإحباط والفشل والانكسار النفسي نتيجة للأساليب غير التربوية التي يتبعها أولياء الأمور معهم والتي تعزز فيهم الخوف والقلق والتردد، لذلك يسعى الأخصائي النفسي إبعاده عن أي حالة من حالات الخوف والتردد، ومساعدته على فهم نفسه وقبول إعاقته بشكل سليم.

**الخدمات الثقافية :** يقوم المركز بتوعيتهم على القضايا القومية والوطنية والقيام بأنشطة وفعاليات بهذا الخصوص وعمل نشرات جدارية واصطحابهم إلى مواقع تراثية وفنية واقتصادية، وتوعيتهم على كيفية البيع والشراء وطبيعة التعامل مع الآخرين واستغلال مواهبهم في شتى الميادين كالآداب والفن بأنواعها.

**الخدمات الترفيهية :** يقوم المركز بأنشطة ترفيهية مختلفة تخلق فيهم حس من العائدية للمركز، كما تخلق الجو الصحي الإيجابي للعطاء الأوفر حظا إذ تقوم بالحفلات الفنية في بعض المناسبات الوطنية، السفرات إلى المناطق الأثرية والسياحية والتاريخية والجولات الترفيهية في الحدائق والمتنزهات وحدائق الحيوانات، كما يقوم المركز بحمل المعاقين إلى بعض المسارح ودور السينما لمشاهدة المسرحيات والأفلام التي تتناسب معهم.

**الخدمات الرياضية :** تعتبر البرامج الرياضية من الوسائل الهامة في تربية المعاق وتنشئته وتدريب حواسه وتنمية قدراته واستغلال ميوله واستعداداته بشكل سليم، وهذا ما ينعكس بشكل إيجابي على وضعه النفسي والاجتماعي، ويقوم المركز بتوفير المستلزمات الضرورية للألعاب المختلفة حيث يجري تدريبهم على مختلف الألعاب كما تقام المسابقات الدورية والسنوية مع المدارس الأخرى القريبة.

إن الأنشطة الرياضية وما يتخللها من لعب ومرح ومتعة تبعث على الراحة والصفاء وتبعد الملل والسأم فهي بمثابة

فرصة للتجديد والعطاء.

**الخدمات الطبية :** يفترض أن توفر مراكز المعاقين ورشة طبية تقوم على تقديم الخدمات الطبية للمعاقين ومتابعتهم باستمرار، ووضع التقارير الخاصة لكل منهم والتنسيق مع المراكز الطبية القريبة لهذا الغرض، وقد يحول المعاق أحيانا إلى أطباء واختصاصيين، وتقوم الممرضة باصطحابه إلى المستشفيات المختصة وإن لم تتوفر الممرضة يتكفل بذلك الأخصائي الاجتماعي، وقد تجرى لهم فحوصات طبية دورية كل ستة أشهر من قبل مركز التشخيص والذي يتوفر فيه أطباء لمختلف الاختصاصات وهم :

1- طبيب اختصاصي للأمراض النفسية والعصبية.

2- طبيب اختصاصي للأنف والأذن والحنجرة.

3- طبيب اختصاصي بالعيون.

4- طبيب اختصاصي بالعلاج الطبيعي.

أما أهم مهمة لمركز تشخيص العوق هو تشخيص طبيعة الإعاقة، وإعطاء العلاج، وتحديد الوحدة التي يرحد إليها، وتكون مسؤوليتها كما هو معمول به في العراق الإشراف الفني الكامل على مراكز الرعاية الاجتماعية للمعاق.

**الخدمات التأهيلية :** إن هدف التأهيل تنمية واستغلال إمكانيات وقدرات المعاق وتشمل الخدمات التأهيلية التالية :

**خدمات التأهيل الطبي والرعاية الطبية :** وتشمل كل ما يقدم للمعاق من جراحة وأشعة وعمليات وأدوية وورش للأطراف الصناعية، وكذلك العلاج الطبيعي ويتضمن أجهزة مختلفة للعلاج الحركي.

وكذلك العلاج الكهربائي مثل أجهزة التسخين والتدليك لعلاج حالات الروماتيزم وبعض الأمراض الجلدية والعظام والأعصاب، ويشمل أيضا العلاج المائي عن طريق استخدام أحواض مائية ساخنة وباردة وبإشراف مختصين، ويستفيد من هذا العلاج بشكل كبير جدا الأطفال المصابون بشلل الأطفال، كذلك طب الأذن والأنف والحنجرة والطب النفسي والطب الجسدي والتأهيلي.

**التأهيل الأكاديمي :** وهي الخدمات التعليمية والتربوية التي تقدمها المؤسسات التعليمية لغرض تنميتهم وتقليل الفجوة بينهم وبين الأفراد الاعتياديين والتي تكون مناسبة لهم وفق قدراتهم العقلية والجسمية، كما تتطلب هذه الخدمات معلمين مختارين بمواصفات تتلاءم مع احتياجات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وطرق وأساليب ووسائل ومعدات خاصة وتكيف في البيئة التعليمية.

**خدمات الرعاية الاجتماعية والنفسية:** تتركز هذه الخدمات على تذليل أو إطفاء المشاكل والصعاب التي تحول دون أداء المعاق بشكل سليم، والتي تبعث على عدم الراحة والألم أحيانا سواء للمعاق نفسه أو لعائلته. فالأخصائي

النفساني يسعى إلى تحقيق الاستقرار النفسي للمعاق من خلال القيام بدراسة الحالة من جميع جوانبها الجسمية والعقلية وحالات سوء التكيف الانفعالي والاجتماعي، وذلك من خلال إعادة الثقة بالنفس والتفاعل الاجتماعي والابتعاد عن السلوكيات غير الطبيعية. أما أهم الخدمات النفسية للمعاقين فهي خدمات الإرشاد النفسي التي تتضمن الإرشاد الفردي والجماعي، والإرشاد عن طريق اللعب أو الفن والإرشاد الجيني، وخدمات تعديل السلوك والإرشاد والتوجيه فضلا عن العلاج النفسي، ويشترك الأخصائي الاجتماعي هو الآخر مع الأخصائي النفسي بما يمتلكان من خبرات وأساليب فنية في كيفية تذليل الصعوبات التي يعاني منها المعاق، ويهدف الأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة الأفراد المعاقين ليتكيفوا مع المجتمع الذي يعيشون فيه وتنمية شعورهم بالانتماء والفاعلية.

**خدمات التأهيل المهني :** وذلك بتحويل المعاق من حالة الاعتمادية على الغير إلى الاعتماد على الذات وما يفرزه ذلك من شعور بالرضا فضلا عما يعكسه ذلك من تعامل ورؤية أفضل من قبل الآخرين، ومساعدته على تطوير قابليته وقدراته العقلية والجسمية والحصول على شغل مناسب له، ويجري توجيه الفرد المعاق لاختبار المهنة التي تتناسب مع قدراته ورغباته، وتشتمل خدمات التأهيل التقييم والإرشاد والتوجيه المهني والتهيئة المهنية والتشغيل والمتابعة، أما مراحل عملية التأهيل المهني فهي التقييم المهني، التوجيه والإرشاد المهني، التدريب المهني، التشغيل. ومن مؤسسات ومراكز التأهيل : المستشفيات، مدارس التربية الخاصة ومراكز التأهيل المهني.

(قطان أحمد الظاهر : 2005، ص ص 42، 43)

**أما الخدمات المقدمة للموهوبين :** فتتمثل في إنشاء برامج تربوية خاصة بهم وتمثل في : المدارس الخاصة وغرفة الصف أي برنامج الإثراء المدرسي الشامل، وبرامج الإسراع ومن أشكاله : القبول المبكرة في الصف الأول أساسي وقفز الصفوف والقبول المبكر في المدارس الإعدادية أو الثانوية، التسريع وقفز المواد بالتسريع الجزئي وبرامج الإثراء.

(صالح حسن الداھري : ص ص 51، 52)

### 3- الوسائل التعليمية في التربية الخاصة:

- الوسائل السمعية : الإذاعة، التسجيل، الأسطوانات، مختبرات اللغة.
- الوسائل البصرية : لوحة الفانيلا، لوح الطباشير، اللوح الأبيض، لوحة الجيوب، لوحة العرض أو المعلومات، اللوحة الكهربائية، اللوحة المخرمة، لوحة صندوق الرمل، اللوحة المغناطيسية، رزنامة الصف، اللوحة القلابة، الرسوم البيانية، الخرائط والكرات الأرضية، المصورات واللوحات التخطيطية، الملصقات، الكاريكاتير، المجسمات أو النماذج والعينات.
- أجهزة عرض المواد التعليمية البصرية الثابتة: جهاز عرض الشفافيات، جهاز عرض الصور المعلقة (الدياسكوب، الأبيكوب)، جهاز عرض القيم الثابت، جهاز عرض الشرائح.

- أجهزة عرض المواد التعليمية السمعي بصرية المتحركة الناطقة: جهاز عرض الأفلام الحلقية، التلفزيون التعليمي، الدوائر التلفزيونية المفتوحة والمغلقة، جهاز الفيديوكاسيت، السينما، المسرح (العرائس التعليمية ومسرح العرائس).

(ماجدة السيد عبيد : 2000 ، ص 156)

#### 4- استراتيجيات التربية الخاصة :

أما الاستراتيجيات والعوامل التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة فهي كالآتي :

4-1- شمولية الخدمات : أي أن تقدم الخدمات لجميع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال المراكز والمؤسسات التعليمية والتدريبية والتأهيلية والمجتمع المحلي.

4-2- الخلو من المعوقات : سواء كانت هذه العوائق طبيعية أو معمارية أو اتجاهات سلبية.

4-3- اللامركزية : وهو عدم اختصار التربية الخاصة وبرامجها على الأقسام والإدارات المركزية، وإنما يجب أن تكون مرنة من خلال إعطاء الصلاحيات لاتخاذ القرارات وتنفيذ البرامج في مختلف المناطق.

4-4- الإدماج : وهو بمعناه الشامل مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تزيد من فرص المشاركة القصوى في الحياة الثقافية والاجتماعية. والإدماج التعليمي يعد جزءا من عملية الإدماج الشاملة وهي الإجراءات المتخذة لتوفير خدمات التربية الخاصة من خلال المؤسسات التربوية العادية.

4-5- التنسيق : ويقوم على ضرورة إشراك الوالدين في مختلف البرامج المقدمة لذوي الحاجات الخاصة.

4-6- المهنية : تتطلب برامج التربية الخاصة توفير معلمين على درجة عالية من التأهيل والإعداد.

4-7- الواقعية : تسعى استراتيجية التربية الخاصة إلى تطوير برامج تأخذ بالاعتبار المستوى الاجتماعي والثقافي والتقني والاقتصادي والسياسي. (قحطان أحمد الظاهر : 2005 ، ص 34)

## المحاضرة الثالثة: فريق التربية الخاصة

### 1- فريق التربية الخاصة :

نظرا لتنوع حاجات الأطفال المعوقين فلا بد من أن يقوم فريق متعدد الاختصاصات بتطوير وتنفيذ برامجهم، وفي معظم الأحيان يشمل فريق التربية الخاصة ذوي التخصصات التالية:

#### 1-1- معلم التربية الخاصة **Sp.Ed. Teacher** : يتعامل معلمو التربية الخاصة مع أطفال ذوي أعمار

متفاوتة ويعانون من إعاقات مختلفة، ومع آباء وأمهات هؤلاء الأطفال، ومع اختصاصيين آخرين، على أن المهمة الرئيسية الموكلة للمعلم هي التعليم، ولكي ينجح المعلم في التعليم عليه أن يعرف الخصائص النمائية للأطفال معرفة جيدة ويتوفر على المرونة والتي تتضمن تعديل أو تغيير للأساليب والوسائل لتصبح ملائمة للحاجات الفردية لكل طفل.

#### 1-2- الأطباء **Physicians**: يعمل طبيب أو أكثر في مراكز التربية الخاصة بدوام كلي أو جزئي، حيث

يقوم الأطباء بإجراء الفحوصات الطبية للأطفال وتقديم الخدمات الطبية الروتينية والطارئة لهم وغير ذلك من الخدمات المباشرة وغير المباشرة للأطفال وأسرتهم.

#### 1-3- أخصائي اضطرابات الكلام واللغة **Speech Pathologist** : يهتم هذا الاختصاصي بتقييم

وتشخيص ومعالجة الاضطرابات الكلامية واللغوية وذلك يتطلب دراسة الخصائص الجسمية والسلوكية للطفل التي قد تكون ذلك علاقة بالاضطرابات الكلامية واللغوية، وقد يعمل الاختصاصي مع مجموعات من الأطفال أو قد ينفذ برامج تدريبية فردية وهو غالبا ما يعمل مباشرة مع الآباء، حيث يقدم لهم المقترحات ويوفر لهم الوسائل والأدوات التدريبية ليستخدموها مع طفلهم في المنزل.

#### 1-4- الأخصائي النفسي **Psychologist** : يتمثل الدور الرئيسي للأخصائي النفسي بإجراء التقييم

النفسي الشمولي للأطفال، وملاحظة الأطفال وتفسير أنماطهم السلوكية وذلك كله بهدف تقديم المقترحات بشأن البرنامج التربوي المناسب للطفل.

#### 1-5- اختصاصي العلاج الطبيعي **Physical Therapiste** : ويتمثل دوره في مساعدة الطفل على

أن يمشي بشكل مستقل إلى أقصى حد ممكن تسمح به حالته، ويستخدم المعالج الطبيعي أساليب متنوعة لتحقيق هذا الهدف.

6-1- اختصاصي العلاج الوظيفي **Occupational Therapist** : فهو ينفذ النشاطات التدريبية لمساعدة الطفل على تأدية المهارات الحياتية اليومية باستقلالية مثل تناول الطعام والشراب وارتداء الملابس وخلعها واستخدام التواليت والعناية بالجسم.

7-1- الأخصائي الاجتماعي **Social Worker** : تتمحور معظم المهمات الموكلة للاختصاصي الاجتماعي حول دراسة حالة الطفل والتعرف إلى خصائص بيئته الأسرية وتحليل أنماط التفاعل في الأسرة.

8-1- اختصاصي القياس السمعي **Audiometrist**: ويقوم بقياس القدرات السمعية للأطفال ويقترح الإجراءات العلاجية المناسبة في حالة وجود مشكلة، ويرشد الأسرة إلى طبيعة الصعوبات التي يعاني منها الطفل والخدمات التي يحتاج إليها.

9-1- المعلمون والمعلمات **Regular Teachers** : كثيرا ما يكون المعلمون والمعلمات أول من يشتبه بوجود مشكلات نمائية ما لدى الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور الأداء وفي تقديم المساعدة اللازمة.

10-1- الممرضات **Nurses** : تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعوقين وأسرههم ومربيهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتينية والطارئة.

11-1- أولياء الأمور **Parents** : تنص التشريعات في الدول المتقدمة على أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محددة في تربية أطفالهم المعوقين وتأهيلهم وتلزمهم وتلزم الكوادر العامة بالمشاركة في عضوية الفريق المتعدد التخصصات. (جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص ص 28 ، 31)

## 2- أهمية إعداد المعلم :

حددت أهمية إعداد المعلم في النقاط التالية :

- إن قضية إعداد المعلم والنهوض بمستواه العلمي والمهني هي الأساس للنهوض بالمهنة الأخرى كافة لأن المعلم هو المنوط بذلك.

- بالقدر الذي سوف تتصدى لقضية إعدادهم ومناقشته ومناقشة علمية مريحة فإننا نضمن البداية الصحيحة الضرورية لتطوير المعلم.

- مهما تصورنا من إصلاح النظام التعليمي من حيث مناهج التعليم والكتاب المدرسي... إلخ. ثم أبقينا المعلم بعد ذلك يورقه مركز اجتماعي سيء أو بضعف من شأنه إعداد ضعيف وتقلقه ضغوط اقتصادية

فهل يمكن أن تستمر وجوه الإصلاح بغير صلاح المعلم ومنه التعلم؟ الإجابة طبعاً بالنفي لأن المعلم كما قيل بحق هو حجر الزاوية في البنيان التعليمي كله.

- إن وظيفة المعلم ومسؤولياته قد تغيرت بتغير الحياة المعاصرة ومتطلباتها فلم تعد مجرد نقل للمعلومات بل أصبحت الآن تتطلب من المعلم ممارسة القيادة والبحث وبناء شخصية الإنسان السوية، كما يتطلب منه قدرات ومهارات في الإرشاد والتوجيه وفي التدريس مما يتطلب إعداداً مسبقاً شاملاً.
- إن التوسع في حجم المعرفة العلمية الإنسانية وما يتبع ذلك من ظهور الجديد في الأجهزة والمواد التعليمية قد فرض إيجاد معلم جديد يتناسب مع ذلك كله مما يتطلب إعداداً عميقاً متخصصاً إلى حد كبير.
- إن التغير الذي حدث في فلسفة التربية وأهدافها وطبيعة العملية التربوية واتجاهاتها قد فرض نفسه في ضرورة الإعداد العلمي الرصين للمعلم ليضمن لنفسه النجاح في مهمته وفي تربية حديثة مرغوبة ومطلوبة للجيل الجديد. ومن هنا فلا بد من إعداد المعلم لتحسين أي جانب من جوانب العملية التربوية ولتؤدي إلى التقدم العلمي المنشود. (إيهاب سعد عبد العزيز النبراوي : 1996 ، ص ص 40 ، 41)

### 3- طرائق إعداد معلم التربية الخاصة:

- نظراً للأهمية الكبرى لإعداد التربية الخاصة فقد اشتملت برامج إعدادها على عنصرين رئيسيين وهما التدريب قبل الخدمة والتدريب أثناء الخدمة.
- **التدريب قبل الخدمة :** ويشمل على دراسة مسافات مختلفة في القرية الخاصة منها ما هو عام مثل مدخل إلى التربية الخاصة، مناهج وأساليب تدريس المعوقين ومنها ما هو خاص مثل أساليب تدريس الصم، التقويم التربوي - النفسي للمعوقين بصرياً. وهناك إجماع في مجال التربية عموماً على أن التدريب قبل الخدمة لا يشكل ضماناً يمكن الاعتماد عليها لممارسة مهنة التعليم بنجاح ولهذا جاء ما يسمى بالتدريب أثناء الخدمة.
- **التدريب أثناء الخدمة :** نتيجة للتغيرات المتواصلة التي يشهدها ميدان التربية الخاصة فقد حظي التدريب أثناء الخدمة باهتمام بالغ، لكن لكي تكون برامج التدريب أثناء الخدمة يجب أن يتوافر فيها الخصائص التالية :

- أنها تعمل على تلبية الحاجة الحقيقية قصيرة المدى وطويلة المدى للمعلمين وذلك على ضوء التقييم الموضوعي.

- أنها تتيح المشاركة الفاعلة والتعاون الفعلي بين القائمين على تنظيمها والمعلمين المشاركين فيها.

- أنها توفر للمعلمين الحوافز المناسبة للمشاركة على نحو منظم ومتواصل.
- أنها تتضمن استخدام الطرائق العلمية لتقييم فاعلية الجهود التدريبية المبدولة.
- أنها تزود المعلمين بالنشاطات والخبرات ذات العلاقة المباشرة بعملية التعلم في غرفة الصف.

(جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003 ، ص ص 34، 41)

أما طرق إعداد المعلم من حيث المجالات فهي كالتالي :

#### - في المجال الثقافي :

- دروس نظرية حول المسائل التي يتم تناولها : البيئة، الصحة، حقوق الإنسان... إلخ
- عروض لوسائل سمعية بصرية حول تلك المسائل.
- محاضرات يلقيها متخصصون في مجالات محددة.
- زيارات ميدانية للتعرف على المشكلات المدروسة على الطبيعة.

#### - في المجال التخصصي :

- ورشات عمل.
- الدروس المبرمجة على الحاسوب.
- استخدام وسائل التعليم عن بعد في مختلف أشكاله.

#### - في المجال الثقافي :

- الاستئناس بمناهج البحث في مجال التعليم.
- تناول الأبحاث في هذا المجال بالتحليل والمناقشة مما يساعد على التعليم الذاتي ومواكبة المستجدات العلمية فيما بعد مرحلة الإعداد.

#### - في المجال العلمي :

- التدريب على توظيف تقنيات التعليم.
- التعليم المصغر.
- التدريب على الحواسيب وشبكات المعلومات وشبكات الاتصال.

#### - في المجال الوجداني :

- التعبير عن العلاقات الإنسانية وممارستها مع الطلبة المعلمين.
- دراسات الحالة بالمشاركة.

#### 4- جوانب إعداد معلم التربية الخاصة :

أجمعت أغلب المراجع على ثلاث جوانب يمكن من خلالها إعداد المعلم والبعض الآخر أضاف جانبا رابعا، وسوف نتناول بإيجاز كل جانب من هذه الجوانب.

**4-1- الجانب الأكاديمي التخصصي :** يشتمل هذا الجانب على المعارف والمهارات والقيم وحاجات الدارس واهتماماته وبطبيعة العمل الذي يمارسه، لذا يحتل الإعداد الأكاديمي التخصصي مكانة هامة في برنامج إعداد المعلمين.

**4-2- الجانب المهني :** إن الإعداد المهني للمعلم اكتساب المعرفة الصحيحة والمهارة العالية التي يحتاجها المعلم في أصول مهنة التدريس وأوضاعها وأساليبها حتى يتمكن من التعامل الفعال والناجح مع تلاميذه أو طلابه، ويشمل هذا الإعداد جانبا نظريا متعلقا بالدراسات النظرية في علوم التربية وعلم النفس، وأيضا جانبا متعلقا بالتدريب العلمي الميداني "التربية العلمية". ويخصص لهذا الجانب نسبة تصل إلى 20 % من برنامج الإعداد الكلي.

وحتى يتم إعداد المعلم مهنيا بصورة جيدة يجب دراسته لهذه المواد التالية :

- نظريات التعلم، علم النفس التربوي، الإرشاد النفسي.
- فلسفة وتاريخ واجتماعيات التربية.
- النظريات التربوية ومناهجها وطرق تدريسها.
- الإدارة التعليمية والإدارة المدرسية.
- إعداد بحث متعمق في فرع أو أكثر في تلك المقررات.

**4-3- الجانب الثقافي :** فالإعداد الثقافي يهتم بتزويد المعلم بثقافة عامة تتيح له التعرف على علوم أخرى غير

تخصصه وتجعله يتعرف على الصورة الأكبر للعالم المحيط به، ويمثل حوالي 10 % من برامج الإعداد الكلي.

ويضيف مُجد صديق الجانب الرابع والذي يتمثل في :

**4-4- الجانب الشخصي والاجتماعي :** يجب أن يكون المعلم واعيا بأن دوره ليس قاصرا على تدريس مادته

العلمية في الفصل، ولكن له دورا هاما في التطبيع الاجتماعي للتلاميذ وتتم هذه العملية للتلاميذ عن طريق

الاهتمام المعلم بأهمية الممارسات اليومية في الدراسة سواء داخل الفصل أو خارجه كقائد تربوي يشكلهم

سلوكيا وخلقيا ومعرفيا واجتماعيا ووجدانيا، والمعلم بهذا الدور إنما يساعد المدرسة على الوفاء بالتزاماتها نحو المجتمع الذي أنشأها كمؤسسة تربوية لتحقيق أهداف معينة نحو خلق وتشكيل المواطن على التكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه. (إيهاب سعد عبد العزيز التبراوي : 1996 ، ص ص 42، 44)

#### 5- نموذج مقترح للتطوير المهني لمعلمي التربية الخاصة :

اقترح بلاكهرست Black Hurst نموذجا يمكن الاستفادة منه في تطوير برامج إعداد معلمي التربية الخاصة في الوطن العربي، ويشمل هذا النموذج توظيف وسائل متعددة لتطوير البرنامج التدريبي يتم اختيارها استنادا إلى تقييم حاجات المتدربين وذلك ضمن سبعة عناصر رئيسية هي :

5-1- تبني فلسفة واضحة : فالأدلة العلمية تشير إلى أن أكثر معلمي التربية الخاصة كفاء هم الذين يتبنون فلسفة واضحة، ويمكن تشكيل هذه الفلسفة وتطويرها من خلال التركيز على القضايا التالية :

أ- مسؤوليات المجتمع نحو تربية وتدريب الأشخاص المعاقين.

ب- مسؤوليات العاملين في ميدان التربية الخاصة.

ت- نظرية التعلم المتبناة.

ث- المواقف الشخصية في القضايا الرئيسية في التربية الخاصة مثل الدمج، التعليم الفردي، اختبارات الذكاء والتسميات وما إلى ذلك.

5-2- تحديد الوظائف والأدوار : وهي الأدوار التي توكل إلى المتدرب في الميدان لأن ذلك يسهل عملية التعرف إلى المهارات التي ينبغي مساعدته على اكتسابها.

5-3- تحديد المهارات والقدرات اللازمة : فإن تحديد الأدوار يقود بدوره إلى معرفة الكفايات التعليمية اللازمة لمعلم التربية الخاصة والتي تدور حول المحاور التالية :

أ- تقييم أداء الطفل المعوق.

ب- تخطيط البرامج التربوية الفردية وتنفيذها.

ت- تنظيم البيئة التعليمية.

ث- العمل مع أسرة الطفل المعوق.

ج- متابعة أداء الطفل المعوق.

ح- اختبار وتصميم الوسائل التعليمية.

خ- التمتع بالسلوك المهني المناسب.

**4-5- تحديد الأهداف وترتيبها حسب الأهمية :** اعتمادا على خبرة المعلم وكفاءته وطبيعية الإعاقة لدى الأطفال الذين يعلمهم، يتم تحديد الإجراءات التي من شأنها مساعدته على النمو مهنيا والتطور أدائيا. بعبارة أخرى إنه يركز على الطرائق التي يحتاجها المعلم إلى المزيد من المعرفة حولها.

**5-5- تحديد المبادرة والمصادر :** يتمثل هذا العنصر بقيام المعلم بتحديد المواد والوسائل التي تمكنه من تحقيق الأهداف المنشودة وذلك يشمل الحصول على المعلومات من الجهات المختلفة مثل العاملين في ميدان التربية الخاصة والمؤسسات والجمعيات المحلية والإقليمية والدولية التي تعنى بالمعوقين.

**5-6- تنفيذ البرنامج :** ويشمل هذا العنصر على التنفيذ العملي للإجراءات التي تم تحديدها لتطوير المعلم لذاته.

**5-7- تقييم البرنامج وتعديله :** إن أي برنامج ناجح يجعل من التقييم عنصرا أساسيا ويتيح الفرصة لإجراء التعديلات إذا ما اقتضت الحاجة ذلك.(جمال الخطيب/ منى الحديدي:2003، ص ص38، 40)

## المحاضرة الرابعة: واقع خدمات التربية الخاصة في الوطن العربي وفي الجزائر

### 1- السمات العامة حول واقع خدمات التربية الخاصة في الوطن العربي:

1-1- حادثة الخدمات فهي وإن كانت قد انبثقت في الستينات في معظم الدول إلا أنها تطورت تطورا نوعيا وكميا في أوائل الثمانينات.

1-2- الدور الريادي للقطاع التطوعي والذي سبق بفترات طويلة القطاع الحكومي.

1-3- عدم شمولية الخدمات والذي يتضح في القدرة الاستيعابية المحدودة للبرامج القائمة، ومحدودية الفرص المتوفرة للإناث مقارنة بالذكور وذوي الإعاقة الشديدة والمتعددة مقارنة بذوي الإعاقات البسيطة أو المتوسطة وغياب برامج التدخل المبكر والبرامج الانتقالية للمرحلة الإعدادية في المناطق الريفية والنائية.

1-4- التوجه نحو الخدمات المؤسسية والمتمثلة في المدارس أو المراكز الخاصة النهارية أو الداخلية ومحدودية البرامج المبنية على المجتمع.

1-5- غياب التشريعات أو غياب آلية تنفيذها والمتعلقة بحق الأطفال المعوقين في التربية والتعليم.

1-6- عدم كفاية الترتيبات الإدارية والسياسات التنظيمية المتعلقة بتصميم وتنفيذ وتقييم خدمات التربية الخاصة.

1-7- النقص الهائل في كوادر التربية الخاصة المؤهلة، وخلو برامج إعداد المعلمين العاديين من المقررات ذات الصلة بتخطيط وتنظيم التعليم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (جمال الخطيب/ منى الحديدى: 2003، ص

ص 53، 54)

### 2- البرامج التربوية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة :

إن البرامج التربوية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الدول العربية قد انبثقت بمعزل عن النظام التربوي العام، حيث أن وزارات التربية والتعليم لم تكن تبدي اهتماما يذكر بتعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة إلى عهد قريب جدا، فخدمات التربية الخاصة تقدم إما في مدارس نهارية خاصة أو مؤسسات، باستثناء تلك التي تقوم على رعاية المعوقين بصريا وسمعيا وحركيا، حيث غالبا ما يتم توظيف المناهج الدراسية المقررة من قبل وزارات التربية.

1-2- بالنسبة للمعوقين بصريا : فعلى الرغم من التباين الملحوظ في طرق تعامل الدول العربية معهم إلا أن النمط السائد يتمثل في رعاية المكفوفين وتجاهل ضعاف البصر، وتشمل المكفوفين عموما على تدريبهم في مؤسسات خاصة بهم تعرف بالدول العربية باسم معاهدة النور، وهناك أعداد قليلة نسبيا من المكفوفين

تلتحق بالمدارس العادية وخاصة في المرحلة الدراسية الثانوية والتعليم الجامعي، وفي الآونة الأخيرة أصبحت دول عربية كثيرة كالأردن والبحرين توفر الفرص التعليمية للأطفال المكفوفين في مرحلة ما قبل المدرسة.

2-2- أما الإعاقات السلوكية والكلامية واللغوية والتعليمية: فهي لا تحظى باهتمام فعلي يذكر في الدول العربية، وقد أخذت الصورة بالتغيير تدريجيا حديثا على الصعيد النظري أساسا وإلى حد ما على الصعيد العملي أيضا في عدد قليل من الدول كالأردن ومصر والإمارات.

2-3- وبالنسبة للإعاقة العقلية: فرما كانت الأكثر حظا باهتمام التربويين في الدول العربية ومنذ فترة طويلة نسبيا، ويشتمل هذا الاهتمام على إجراء الدراسات العلمية وتطوير الاختبارات والمقاييس ووضع المناهج التدريبية الخاصة وغير ذلك، ولكن جل الاهتمام ينصب على الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وحيث يلتحق الطلاب الذين يعانون من هذه الإعاقة بمدارس خاصة تعرف في معظم الدول العربية باسم مدارس التربية الفكرية.

2-4- أما بالنسبة للطلاب المعوقين حركيا: فالفرص التعليمية المتوفرة لهم في الدول العربية تختلف باختلاف مستويات وأنواع الإعاقة لديهم، وبوجه عام يقدم لذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة خدمات طبية وإيوائية وبعض البرامج التعليمية المحدودة في مؤسسات خاصة، أما ذوي الإعاقات البسيطة وغير المتعددة التي لا تؤثر على القدرات المعرفية فهم يلتحقون بنسب قليلة بالمدارس العادية والجامعات.

2-5- أما بالنسبة للمعوقين سمعيا: فإن الاهتمام في الدول العربية عموما ينصب على الصم في حين أن الاهتمام بضعاف السمع لا يكاد يذكر من حيث الخدمات التعليمية الخاصة والتأهيلية. ولوجه عام يلتحق الأفراد الصم في الدول العربية بمدارس خاصة بهم تعرف باسم مدارس أو معاهد الأمل، وفي هذه المعاهد تستخدم لغة الإشارة وأساليب التواصل الأخرى في تعليمهم والذي يتم غالبا بتوظيف المناهج المتعددة من قبل وزارات التربية. والجدير بالذكر أن نسبة ضعيفة جدا من هؤلاء الطلاب يتاح لها فرصة التعليم بعد المرحلة الدراسية الإعدادية.

2-6- أما بالنسبة لتعليم المتفوقين والموهوبين: فالتقارير كما هو الحال في مصر والأردن والكويت توضح أن ثمة وعيا متزايدا في الأوساط التربوية لأهمية تعميم وتنفيذ البرامج التربوية الخاصة لهم، ولكن الواقع الحالي لا يرقى إلى مستوى التطلعات في الدول العربية. وقد لخص العتري (1990) في تقرير له الوضع الراهن لرعاية الطلاب المتفوقين في دولة الكويت، وفي هذا التقرير أشار الباحث إلى جملة من العوامل التي مازالت تقف حجر عثرة في طريق تعليم المتفوقين والموهوبين. ولا تنطبق هذه العوامل على الكويت فقط ولكنها تنطبق

على الدول العربية عموماً بدرجة أو بأخرى، وتشمل هذه العوامل عدم وجود سياسات تربوية تنظم عملية تنفيذ البرامج الخاصة لتعليم المتفوقين، وعدم مرونة الإدارات المدرسية الأمر الذي يحول دون الإثراء والتوسع وما إلى ذلك من الإجراءات، وعدم كفاية ومرونة المناهج الدراسية في تلبية الاحتياجات الخاصة لهذه الفئة من الطلاب، وافتقار البيئة التعليمية إلى المرونة والثراء اللازمين وقصور العملية التدريسية الحالية عن توظيف الاستراتيجيات الفعالية لتنمية التفوق والموهبة، وعدم توفر المهارات والكفاية اللازمة لدى معلمي المدارس العادية للكشف عن الموهوبين والمتفوقين وتعليمهم ورعايتهم. (جمال الخطيب/ منى الحديدي : 2003، ص ص 54، 56)

### 3- نماذج من الوطن العربي في التربية الخاصة :

**3-1- التربية الخاصة في الأردن :** في الثلاثينات من القرن شهد الأردن اهتماماً بالمعوقين كان بإنشاء أول مدرسة للمكفوفين في القدس عام 1938-1939م سميت المدرسة العلاجية التي تعنى بشؤون المكفوفين، وقد تسارع الاهتمام بالمعوقين وتطورت الخدمات التربوية والعلاجية، وتتابعت مسيرة البناء في عقود الستينات والسبعينات والثمانينات، حيث ظهرت المدارس والمراكز والمؤسسات التي تقدم خدمات لمختلف فئات المعوقين عقلياً وسمعيًا وبصريًا وحركيًا سواء من قبل الجهات الرسمية أو التطوعية، وظهر التحول والتطور النوعي للبرامج والخدمات المتميزة في بداية عقد التسعينات وأكبه توسع كمي في إعداد المراكز والمدارس والصفوف إذ بلغت إعداد هذه المؤسسات والمراكز والصفوف حتى 1998م حوالي 112 مؤسسة في مختلف القطاعات الحكومية والأهلية والتطوعية ووكالة الغوث الدولية.

وتعد وزارة التنمية الاجتماعية الجهة الرسمية التي تشرف على توجيه سياسة التربية الخاصة الأكثر التزاماً تجاه الأفراد المعوقين وما يستجد من أحداث للمؤسسات التي تعنى بهم بالتعاون والتنسيق مع الجهات الأخرى مثل :

- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي والتطوعي والذي أصبح اسمه الآن الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية.
- وزارة التربية والتعليم.
- الاتحاد العام للجمعيات الخيرية.
- الهيئات والمنظمات الدولية.
- الجمعيات الخيرية والقطاعات الأهلية والخاصة.

ومنذ عام 1973م تتحمل مسؤولية إدارة برامج التربية الخاصة في الأردن وتخطيط السياسة المستقبلية لها، وتتولى حاليا الوزارة المهمات والمسؤوليات التالية :

**أولا :** توفير الرعاية والخدمات التربوية والتعليمية والنفسية للمعوقين ضمن سياسة تربوية خاصة من خلال مجموعة المدارس والمراكز والصفوف المختلفة التي تقدم خدمات الرعاية والإيواء بالإضافة إلى التربية والتعليم.

**ثانيا :** رسم سياسة خدمات التربية الخاصة في الأردن وتبني المشروعات الريادية وتجهيزها ووضع الخطط المناسبة للإجراءات العلمية فيها.

**ثالثا :** توفير خدمات التدريب والتأهيل المهني والتشغيل التي يتوافر فيها التدريب على مهن الحدادة والنجارة والخياطة والتنجيد والتريكو والأشغال اليدوية البسيطة.

**رابعا :** دعم برامج الإرشاد والتوعية والتثقيف الاجتماعي لأسر المعوقين والمجتمع المحلي التي تهدف إلى الوقاية من الإعاقة والإجراءات المتبعة في التعامل مع الطفل المعوق والعمل على تعديل اتجاهات المجتمع نحوه.

**خامسا :** إجراء الدراسات والبحوث وإقامة الندوات والدورات وتشخيص الإعاقات وتقديم الاستشارات الفنية التربوية والنفسية والمهنية للمعوقين وأسرتهم.

**سادسا :** تشغيل المعوقين ومنح التسجيلات والإعفاءات والامتياوات لهم حسب القوانين والأنظمة المعمول بها.

**سابعا :** الإشراف على المراكز والمدارس والصفوف التي تقدم خدمات التربية الخاصة سواء في القطاع الحكومي أو الخاص ومتابعة البرامج والنشاطات المختلفة وتقييمها والعمل المستمر في تحديثها وتطوير أساليب التعامل مع المعاقين بالإضافة إلى تعديل الخطط والمناهج لتتلاءم مع كل فئة من فئات التربية الخاصة. (سعيد حسني العزة : 2001، ص ص 151، 152)

**3-2- التربية الخاصة في مصر :** كانت مصر أول دولة عربية تبدي اهتماما رسميا بتعليم الموهوبين والمتفوقين، حيث

تم إنشاء المدرسة الثانوية للمتفوقين في عين شمس عام 1954م وفي عام 1988م قامت وزارة التربية والتعليم بتشكيل لجنة وظيفية لتقييم هذه المدرسة وتطويرها، وفي نفس الوقت بدأت الوزارة بتنفيذ مشروع مراكز رعاية الموهوبين والمتفوقين والذي يهدف إلى الكشف عن الطلاب الموهوبين وتطوير المناهج والأساليب التي من شأنها تنمية مواهبهم. وقد نجم عن المشروع إنشاء مركز واحد على الأقل للطلاب الموهوبين في كل إدارة تعليمية في الجمهورية، وقد بلغ العدد الإجمالي لهذه المراكز 34 مركزا للمراحل التعليمية الثلاث استفاد من برامجها ما يزيد عن 2600 طالبا وطالبة، وفي الآنية الأخيرة فقد شرعت وزارة التربية والتعليم بافتتاح فصول

دراسية خاصة للطلاب في هذه الفصول ونفذت ورشات عمل تدريبية لمعلمي هذه الفصول، وشكلت لجنة لتطوير المناهج لفصول المتفوقين بحيث يتم إضافة مقررات دراسية إثرائية إلى المنهج العادي المقرر لمرحلة التعليم الثانوية العامة. (جمال الخطيب/ منى الحديدي: 2003، ص 57)

**3-3- التربية الخاصة في الجزائر :** من أبرز ما قامت به الجزائر تجاه هذه الفئة هو صدور قانون رقم : 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم والذي يكرس جميع الحقوق المقررة في المواثيق الدولية وعلى رأسها منظمة الأمم المتحدة حيث تسجل بلادنا مسبقا لما تتمخض عنه أحكام مشروع الاتفاقية الدولية الشاملة والمندجة لحقوق وكرامة الأشخاص المعوقين التي تعكف منظمة الأمم المتحدة على إعدادها منذ سنوات والتي تعنى بتغطية كل جوانب الوقاية والخدمات التي يستلزمها المتكفل، والإدماج المهني والاجتماعي، ووضع آليات الرقابة والتنفيذ وعليه فإن التدابير السارية المفعول حاليا بحكم التشريع الحديث عندنا تنسجم نصا وروحا مع التمهيدات الدولية القاضية بإدراج كافة مسائل العجز والإعاقة في كل السياسات وبرامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية والقضاء على كافة أشكال التمييز القائم على أساس الإعاقة، وترقية التشاور مع المعوقين وتنظيماتهم من أجل تحقيق الهدف المشترك وهو الحماية والإدماج.

## المحاضرة الخامسة: الاعاقة الذهنية

تمهيد:

تصنف **التخلف الذهني** في الطبيعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) ضمن اضطرابات المحور الثاني (axis2) وهي من الاضطرابات التي تبدأ خلال مرحلة المهد أو الطفولة ويكون الأداء العقلي للطفل دون المتوسط حيث تبلغ نسبة ذكائه حوالي 70% أو اقل و ذلك على احد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال وعادة ما يكون مصحوبا بخلل في السلوك التكيفي وذلك خلال سنوات النمو حيث لا يصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال في مثل سنه وفي جماعته الثقافية، وعليه فقد تم تخصيص هذا المحاضرة للقيام بدراسة الإعاقة العقلية دراسة تحليلية حيث سنتطرق أولا إلى تحديد مفهوم الإعاقة العقلية في ضوء التعاريف المختلفة لها وأسبابها، وبعدها سنقوم بتصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات. وفي الأخير نستعرض أهم طرق التشخيص و العلاج و الوقاية من أسباب حدوثها.

## I. تعريف الإعاقة العقلية :

هناك تعريفات كثيرة للإعاقة العقلية نذكر منها :

### 1 التعريفات الطبية للإعاقة العقلية :

عرف " Benoit " الإعاقة العقلية بأنها " ضعف في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية، بحيث تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ومن ثم فهي تؤدي إلى نقص في القدرة العامة للنمو، وفي التكامل الإدراكي والفهم، وتؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة.

ويعرفها Tred golgd (1952) " حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي أو استكمال ذلك النمو ". (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص12)

أما jervis (1956) فيرى بأنها حالة من التوقف أو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة المرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو أن يكون نتيجة العوامل الجينية. (سناء محمد سليمان، 2006، ص159)

### 2 التعريفات التربوية للإعاقة العقلية :

عرفت Ingram c.p المعاق عقليا بأنه الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي الجيد في نفس مستوى زملائه في الصف الدراسي من الأسوياء وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين (50-70) درجة. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص13)

أما صمويل كيرك Kirk . S فيرى بان الطفل المعاق عقليا هو "الشخص الذي يعاني من تخلف دراسي وبطء في التحصيل وعدم القدرة على مسايرة البرامج الدراسية بالمدرسة العادية بسبب تخلف قدراته الذهنية ويفشل في تحصيل المجرّدات والتعامل معها، وقد يستطيع اكتساب بعض المبادئ في القراءة و الكتابة فيسمى قابلا للتعلم، أو يفشل في اكتساب هذه المبادئ فيسمى غير قابل للتعلم. (إيمان فؤاد كاشف، 2001، ص19)

### 3 التعريفات الاجتماعية :

اتجه بعض العلماء إلى تعريف الإعاقة العقلية اعتمادا على بعض الوظائف الاجتماعية للفرد، مثل الاستطاعة الاجتماعية، التوافق الاجتماعي أو التكيف الاجتماعي واعتبارها المعيار الأساسي للتعرف على المعاقين عقليا ومن هذه التعريفات:

تعريف "Doll" (1941) للإعاقة العقلية حالة من عدم الاستطاعة الاجتماعية ترجع إلى التخلف في النمو العقلي، وهذه الحالة غير قابلة للشفاء. (كمال مرسي إبراهيم، 1996، ص19)

أما "هيبير" Heber (1961) فيشير إلى أن " المعاق عقليا يتميز بمستوى عقلي تحت المعدل المتوسط للذكاء، والذي ينشأ خلال مراحل الفرد النهائية ويرتبط باضطراب في السلوك التكيفي للفرد. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص13)

وحسب "جروسمان" Grossman (1973) أن الإعاقة العقلية تشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام الذي ينخفض عن المتوسط انخفاض ذا دلالة إحصائية مرتبطا بخلل في سلوك الفرد التكيفي، تظهر آثاره في مرحلة النمو. (صالح حسن أحمد الداھري، 2008، ص281)

وفي عام (2002) وضعت المنظمة الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) تعريفا جديدا للإعاقة العقلية والذي يشير إلى قصور واضح في الوظائف العقلية مصحوبا بقصور في مهارات السلوك التكيفي ويظهر قبل سن الثانية عشرة. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص13)

#### 4 التعريفات القانونية :

##### التعريف القانوني للإعاقة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية :

" يتميز ضعاف العقول بالنمو العقلي المتوقف الذي يحدث في سن مبكرة ويدوم بعدها وتتميز هذه الفئة بأنها غير قادرة على الاعتماد على نفسها بنفسها أو أنها تكسب عيشها بنفسها".

أما القانون المتبع في بريطانيا ينص على أن " المتخلف العقلي هو البالغ الذي يحتاج إلى رعاية وإشراف وضبط أو تحكم لحمايته وحماية الآخرين ". (سناء محمد سليمان، 2006، ص159)

بعد عرض التعاريف السابقة نلاحظ بان كل تعريف ركز على جانب معين للإعاقة العقلية وفيما يلي تعريف شامل لعبد السلام عبد الغفار ويوسف محمود الشيخ: " الإعاقة العقلية هي توقف أو عدم اكتمال للنمو العقلي يولد بها الطفل أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية فيزيقية ويصعب على الطفل الشفاء منها، ويتضح آثار عدم اكتمال النمو العقلي في مستوى أداء الطفل في المجالات التي ترتبط بالنضج أو التعلم أو المواثمة البيئية بحيث ينحرف مستوى هذا الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين. (صالح حسن أحمد الداھري، 2008، ص281)

## II- الفرق بين الإعاقة والمرض العقلي :

تأثر القياس العقلي في نشأته الأولى بالأبحاث والدراسات التي أدت إلى التفرقة بين الإعاقة والجنون، وكان الناس فيما قبل القرن التاسع عشر لا يفرقون بين هذين النوعين أي لا يفرقون بين الذكاء المنخفض والمرض العقلي . وقد كان هدف المحاولات الأولى لقياس الذكاء هو الكشف عن ضعاف العقول توطئة لتصنيفهم إلى مجموعات متجانسة وعزلهم عن العاديين و تدريبهم تدريبا يناسب مستوياتهم العقلية الضعيفة.

أي أن الضعف العقلي يختلف عن المرض العقلي فالضعف العقلي يسبب مرضا وهو حالة تلازم الفرد منذ طفولته ويكون فيها نموه العقلي أبطأ من نموه الجسماني أي أن سنه العقلي يكون أقل من سنه الزمني وقد يلازم الإعاقة العقلية مرضا عقليا إذا ما صادف الفرد ظروفًا تحول دون تكيفه النفسي والاجتماعي وتؤدي إلى مرضه العقلي ولكن ليس معنى ذلك أن كل معاق عقليا لا بد وأن يصاب بمرض عقلي، فأغلب ضعاف العقول لا يعانون من الأمراض العقلية أو العصبية، والإعاقة العقلية مشكلة بما عدة وجوه فهي أساسا مشكلة تربوية ومهنية لان اغلب المعاقين عقليا إما قابلون للتعليم البسيط أو التدريب.

كان هناك بعض الناس الذين يخلطون بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي، ولقد أمكن لأحد العلماء الفرنسيين أن يميز بين الذهان العقلي والإعاقة العقلية، فالإعاقة العقلية نقص أو تأخر أو تخلف في النمو العقلي لدى المريض أما الذهان العقلي فهو المرض العقلي المرادف للجنون وقد يكون وراثيا أيضا أو مكتسبا من البيئة وقد يكون عضويا أو وظيفيا فقط، ولكنه يختلف عن حالة قصور أو تأخر نمو، ومعروف إن للإعاقة العقلية مستويات مختلفة، وتعتبر هذه المستويات عن نفسها في استخدام المعاق عقليا للغة مثلا : فهناك حالات يستطيع أن يستعمل عبارات قصيرة جدا في مستوى أكثر تدنيا لا يستطيع للمريض إلا أن ينطق ببعض المقاطع عديمة المعنى والدلالة أو حتى يصدر بعض الأصوات و من الجدير بالملاحظة أن نسبة الذكاء لا يمكن اتخاذها وحدها معيارا للإعاقة العقلية ، لأنها لا تعبر تعبيرا صحيحا عن قدرة الإنسان على ممارسة السلوك المتكيف ، فهناك حالات كانت ضعيفة الحظ في نسبة الذكاء ومع ذلك نجحت في تكوين الأسرة ، وممارسة مهنية مستديمة ، العبرة هي الوفاء بمطالب الحياة وتوقعات المجتمع مع الفرد و الاستغلال الشخصي وتحمل المسؤولية الاجتماعية .

و للإعاقة العقلية مستويات متباينة ولكل مستوى قدرات على التعليم و التدريب و الاتصال و يقل هذا النشاط كلما انخفضت نسبة الذكاء.(سنة 2006، محمد سليمان، ص164-165).

ومن ناحية أخرى فإن المرض العقلي هو عبارة عن مشكلات في الشخصية و اضطرابات في السلوك ويحدث في أي فترة من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، بينما الإعاقة العقلية تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة .

وتعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من توتر وضغوط نفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للإعاقة العقلية. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص103)

## II. أسباب الإعاقة العقلية :

يمكن إرجاع حالات الإعاقة العقلية إلى أسباب إما وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ) وقد تحدث الأسباب قبل أو بعد أو أثناء الولادة وقد توجد أسباب نفسية مصاحبة لذلك.

### 1. عوامل ما قبل الولادة :

أ- عوامل وراثية: هي العوامل التي تؤثر على الطفل قبل ميلاده و التي تؤدي إلى إعاقته العقلية و تكون مباشرة عن طريق الموروثات أو الجينات التي تحملها صبغيات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين الوراثة وقد يحدث أن تسبب الوراثة إعاقه عقلية بطريقة غير مباشرة ، فبدلا من أن تحمل الجينات ذكاءا محدودا تحمل عيوباً تكوينية أو قصورا أو اضطرابا أو خلافا يترتب عليه تلف لأنسجة المخ أو تعويق لنموه أو وظيفته. (سنة محمد سليمان، 2006، ص167)

### \*عوامل وراثية مباشرة :

حيث يرث الطفل الإعاقة العقلية من والديه أو أجداده عن طريق الجينات الوراثية السائدة بحسب قوانين مندل للوراثة أو عن طريق الجينات الوراثية المتنحية التي يحملها الفرد العادي دون أن تظهر عليه صفاتها ، ولا يظهر في جميع الأجيال بحسب قوانين مندل للوراثة ، ويظهر نتيجة لأمراض و اضطراب بيوكيميائي تنتقل من الوالدين أو احدهما إلى الجنين، وتسبب تلف الدماغ والجهاز العصبي .

وفيما يخص الجينات ، فقد تحدث أخطاء أثناء عملية تزواج الجينات فان أي خلل يؤثر في التكوين الجيني للجنين من شأنه أن يتعرض نسله فيما بعد لمثل هذه الإصابات .

فان الدور الأساسي الذي تؤديه المركبات الجينية و هي المادة الكيميائية الموجودة في الكروموزومات التي توجه عملية التفاعل الكيميائي داخل الخلية فعندما تنقسم الخلية المخصبة إلى قسمين يحصل كل قسم منها على كمية

متساوية من المركبات الجينية حيث يتضاعف عدد الكروموزومات قبل انقسام الخلية مباشرة بحيث يضم كل قسم منها على عدد متساوي من الكروموزومات ، فإذا لم يتم ذلك بشكل دقيق ، فهذا يشكل خطرا مباشرا على الجنين فيصبح تكوين غير طبيعي، فلو حدث أثناء نمو بويضة الإخصاب انقسمت إلى شطرين احدهما مكون (47) و الآخر من (45) كروموزوم فان جميع الخلايا الأخرى تأخذ هذا العدد الشاذ في تكوين الخلايا فينشأ الطفل منغوليا. (صالح حسن أحمد الداھري، 2008، ص284)

### \*عوامل وراثية غير مباشرة :

وهي وراثية نوع من المرض أو الخلل أو الاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من احد والديه أو كليهما وتسبب تلفا لدمغ الطفل و تصيب جهازه العصبي وتعيق نموه وتؤدي إلى تخلفه عقليا، وتشمل هذه الفئة من العوامل ما يلي:

■ **العيوب المخية :** حيث تنتقل هذه العيوب إلى الجنين عن طريق الجينات ولكنها قد تصيب خلايا الجسم أو خلايا الدماغ وفي الحالة الثانية يحدث التخلف العقلي.

### ■ اضطرابات (عملية الأيض) أو التمثيل الغذائي أو الهدم و البناء:

أن هذه الأمراض تنتقل إلى الجنين عبر الجينات ، وقد تمكن علماء الكيمياء الحيوية من عرف على عدد من المركبات أو العناصر التي تحدث ذلك ، ويقدر الأطباء و المتخصصون أكثر من (120) نوعا من هذه الأمراض وفي مثل هذه الحالات التخلف العقلي لا يورث وإنما يحدث نتيجة اضطراب عمليتي الهدم و البناء. (صالح حسن أحمد الداھري، 2008، ص285)

**ب- عوامل بيئية :** ويحدث تأثيرها بعد عملية الإخصاب و تكوين الجنين سواء كان ذلك في بداية تكوينه أو في أثناء مدة الحمل ، وتشمل هذه العوامل :

- إصابة الأم بمرض معد يؤثر على الجنين و بخاصة في الشهور الأولى كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري.

- تناول الأم لبعض العقاقير بدون استشارة الطبيب.

- الاستخدام المتكرر للكشف و العلاج بالأشعة السينية.

- تعرض الجنين للخطر نتيجة صدمة أو حادثة تقع للام أثناء الحمل .

- التسمم.

- سوء الصحة العامة للام و النقص الشديد في الفيتامينات أثناء الحمل ، إذ وجد من الناحية التجريبية على الحيوانات الحوامل التي حرمت من فيتامين (أ) و (ب) أنها أنتجت صغارا كانت تمتاز بالضعف العقلي في تصرفاتها. (سنة محمد سليمان، 2006، ص168)

## 2. عوامل أثناء الولادة :

يمكن تلخيص أهم المشكلات في هذه المرحلة في النقاط التالية:

- الولادة المبكرة: (قبل الموعد الطبيعي): فكلما تم الوضع مبكرا زادت احتمالات تعرض الطفل للأمراض و المضاعفات.

- ميكانيكية الوضع : فيجب أن تصل إمدادات كافية من الدم إلى الجنين و في غير هذه الأحوال يصبح من الضروري إخراج الطفل بعملية قيصرية.

- وضع الجنين أثناء الولادة: حيث أن الوضع الطبيعي أن يكون الطفل في المقدمة و في غير هذه الأحوال قد يتعرض الطفل إلى إصابات .

- إعطاء العقاقير و البنج أثناء عملية الولادة.

- الولادة المتعددة (التوائم): كان يكون الوضع مبكرا أو أن يستحوذ احد الأطفال على القدر الأكبر من التغذية .

3.عوامل بعد الولادة: قد يولد الطفل ولادة طبيعية صحيح البنية كامل النمو، ومع هذا يكون عرضة للإصابة بالتخلف العقلي ، إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤذي دماغه و جهازه العصبي، خاصة في مرحلة الرضاعة و الطفولة المبكرة ، والأمراض و الحوادث التي تسبب الإعاقة العقلية لأطفالنا كثيرة منها :

- أمراض سوء التغذية : من أسباب هذه الأمراض الحرمان و الفقر و العادات السيئة في التغذية ، وتشير الدراسات إلى أن نقص فيتامينات ب1، ب2، ب3، يؤدي إلى البلاجرا و التخلف العقلي ، ونقص اليود في الطعام تؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية واضطرابات التمثيل الغذائي، ونقص الحديد يؤدي إلى الأنيميا ، وجميعها عوامل تسبب التأخر في النمو العقلي و قد تؤدي إلى التخلف العقلي .

- التهاب المخ : ينتج هذا الالتهاب عن التهابات الأذن أو عن دخول فطريات أو طفيليات أو فيروسات أو بكتيريا إلى المخ عن طريق الدم فتتلف خلاياه ، وتسبب التخلف العقلي .

- **شلل المخ** : ينتج هذا الشلل عن تلف يصيب المخ أو أجزاء منه تتصل بحركة الجسم ، ومن أكثر خطورة حالة الشلل التي تصيب قشرة اللحاء لأسباب تحدث قبل و أثناء وبعد الولادة و هي أربعة أنواع هي:

\* شلل اختلالي ataxia : يؤدي إلى عدم تناسق حركات العضلات الإرادية

\* شلل تصليي rigid .

\* شلل تشنجي spastic .

\* شلل حلزوني athetoid .

وشلل المخ من أكثر أنواع الشلل التي تصاحب التخلف العقلي ، ففي دراسة على 50 حالة شلل مخي ، وجد سميث smith 22% منها عادي الذكاء ، 78% متخلفين عقليا ، في حين بلغت نسبة التخلف العقلي في حالات الشلل الأخرى حوالي 18% وأشار فيليب philip إلى أن الإصابة بشلل اللحاء تحدث بمعدل 7 حالات في كل مليون ولادة ، وتموت واحدة بعد الولادة مباشرة ، وتصاب حالتان بالتخلف العقلي ، وتعاني الحالات الأربع الأخرى من التأخر العقلي .

- **التهاب السحايا** : مرض يصيب الأطفال الصغار أكثر من الكبار ناتج عن دخول نوع من البكتيريا إلى

سحايا الدماغ، فتسبب التهابها ، ومن أهم هذه البكتيريا:

\* بكتيريا الأنفلونزا النزيفية .

\* بكتيريا السل .

\* بكتيريا التهاب السحائي أو الحمى الشوكية.

ومن أعراض التهاب السحايا ارتفاع درجة الحرارة و الحمى و الصداع و القيء و الرعشة و تصلب الرقبة و آلام الظهر و الأذن ، ويشفى الطفل بعد أسبوعين باستعمال المضادات الحيوية التي تقضي على البكتيريا ، إلا أن الدراسات بينت أن 15% إلى 20% من الأطفال الذين أصيبوا بهذا المرض يعانون من الإعاقة العقلية بعد الشفاء منه ، وأشار ترد جولد إلى أن مثل هؤلاء الأطفال يبدؤون حياتهم بداية عادية حتى يصيبهم المرض ، فيتوقف نموهم العقلي عند مستوى السن الذي أصابهم المرض فيه.

- **أمراض الغدد** : تؤدي أمراض الغدة الدرقية و الغدة التيموسية إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي

لخلايا الدماغ و الجهاز العصبي و تسبب التخلف العقلي عند الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة .

- **أمراض الطفولة العادية:** تؤدي الحصبة و الحمى الشوكية ، والغدة النكفية ، والسعال الديكي ، والدفتيريا و غيرها إلى التخلف العقلي ، إذا أهمل علاجها أو الوقاية منها ، وأدت إلى مضاعفات خطيرة تؤدي خلايا الدماغ و الجهاز العصبي.

- **الحوادث:** قد تؤدي إصابة رأس الطفل في حادث مثل السقوط أو الارتطام بجسم صلب ، أو حادث سيارة إلى إيذاء خلايا الجهاز العصبي ، ويظهر عليه التخلف العقلي أو الشلل أو الصمم أو العمى ، وقد يؤدي تعرض الطفل للتسمم بالرصاص في الدهانات و **عادم** السيارات إلى إصابته بالتخلف العقلي.

- **الحرمان من آلام :** يؤدي حرمان الطفل الرضيع من حنان أمه إلى إعاقة نموه الجسمي و العقلي و الانفعالي ، فقد أشارت الدراسات إلى أن وضع الطفل الرضيع في ملجأ أو مؤسسة اجتماعية يجعله يسلك مثل الطفل المتخلف عقليا. (كمال إبراهيم مرسى، 1996، ص 159)

- **الحرمان الثقافي :** إن التخلف العقلي الناتج عن الحرمان الثقافي عادة ما يكون تخلف بسيط ليس له سبب عضوي معروف ، ويرتبط بوجود عدة عوامل بيئية نلخصها في الآتي :

\* كبر حجم الأسرة وغياب الأب و انخفاض المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي في المنطقة.

\* انخفاض الذكاء في الأسرة وضعف قدرتها على رعاية أطفالها .

\* انخفاض المثيرات المعرفية و اللغوية في الأسرة مما يعوق النمو المعرفي عند الطفل

\* زيادة المشكلات النفسية عند أفراد الأسرة واضطراب العلاقات الزوجية و الوالدية ، مما يعرض الأطفال للحرمان من إشباع حاجاتهم النفسية و الاجتماعية.

\* زيادة عدد الأطفال في الأسرة مما يحرمهم من الرعاية الفردية و يعرض بعضهم للإعاقة.

\* كثرة الإنجاب في الأسرة وعدم تنظيم النسل في المناطق المتخلفة ثقافيا يزيد من احتمالات إنجاب الأطفال المعاقين عقليا.

### **III. خصائص الإعاقة العقلية :**

إن التعرف على السمات و الخصائص العامة للمتخلفين عقليا يساعد المربين و الأخصائيين على تقديم أفضل الخدمات النفسية و التربوية و الاجتماعية التي تعنى باحتياجات و مطالب المعاقين و أهم خصائصهم .

## 1. الخصائص العقلية المعرفية :

- **التعلم:** هناك فروق واضحة في الدرجة و النوع مع الأطفال العاديين خاصة أن هذه الفروق تتمثل في مستويات الأداء الأكاديمية. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص 160)

والعلاقة القوية التي يرتبط بها كل من الذكاء وقدرة الفرد على التحصيل ، يجب أن لا تكون مفاجئة للمعلم عندما يجد الطفل المعاق عقليا غير قادر على مسايرة بقية الطلبة العاديين في نفس العمر الزمني لهم، وخاصة في عملية تقصيره في جميع جوانب التحصيل ، وقد يظهر على شكل تأخر دراسي في مهارات القراءة و التعبير و الكتابة و الاستعداد الحسابي ، إذ من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المعاقين عقليا النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني فروق في الدرجة ، ومن الدراسات العربية في هذا المجال نذكر دراسة أجراها " الروسان " 1987 حول مقارنة أداء الطلبة العاديين مع المعاقين عقليا من الدرجة البسيطة. (سعيد حسين العزة، 2000، ص 32)

- **الانتباه:** يواجه الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه و التركيز على المهارات التعليمية و تقل هذه القدرة كلما كانت درجة التخلف شديدة و يعانون من الإحباط و الشعور بالملل.

- **الذاكرة:** يعاني المعاقين من مشكلات على صعيد الذاكرة قصيرة المدى، وضعف القدرة على استعمال وسائل و استراتيجيات ووسائل التذكر و مشاكل في استقبال المعلومات ، كما يتميزون بما يلي:

- أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء.
- قصور الفهم و الاستيعاب و تدني المقدرة على التحصيل الدراسي.
- بطء التعلم و الجمود و تصلب العقلي (نقصان المرونة العقلية).
- تأخر النمو اللغوي و قصور اللغة اللفظية.
- القصور في تكوين المفاهيم و التفكير المجرد و التخيل و الإبداع. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص

(160)

## 2. الخصائص الجسمية :

أهم ما يميز أجسامهم ما يلي:

- يتسم المعاقون عقليا بتخلف نموهم الجسمي و الحركي.
- الميل للقصور و السمنة مع عدم التناسب بين الطول و الوزن .
- شذوذ و تشوه في الشكل الخارجي للجسم و كذلك في الأطراف ، وجود عجز بيولوجي و خاصة في الجهاز العصبي.
- بطء في النمو الحركي عموما سواء في الجلوس أو المشي حيث تتأخر عمليات النمو لديهم فمثلا لا يبدءون الكلام و ضبط عمليتي الإخراج قبل بلوغهم الرابعة من العمر.
- لديهم نقص في حجم ووزن المخ عن المتوسط الطبيعي للعاديين.
- النطق و الكلام ببطء و مخارج الألفاظ غير واضحة .
- البلوغ يكون مبكرا إلا أن هناك اضطراب و ضعف في النشاط الجنسي.
- القابلية للتعرض للإصابة بالأمراض نسبه عالية بينهم و بالتالي متوسط العمر لديهم منخفض. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص 161)

**3. الخصائص اللغوية :** لما كان النمو اللغوي لا يتطور بمعزل عن القدرات المعرفية فانه لا غرابة في أنهم يواجهون صعوبات في التعلم اللغوي ومشكلات كلامية أكثر من العاديين خاصة مشكلات التهجئة ، تأخر النمو اللغوي التعبيري و الذخيرة اللغوية المحدودة و استخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة وكلما زادت شدة التخلف زادت المشكلات اللغوية. (جمال الخطيب و منى الحديدي، 1997، ص 59)

#### 4.الخصائص الانفعالية و النفسية:

يتصف المعاقين عقليا ببعض السمات الانفعالية التي تميزهم عن العاديين، والتي تكون قد انعكست من خلال قدراتهم العقلية، فالمتخلفون عقليا يتسم سلوكهم بالتبذل الانفعالي و اللامبالاة وعدم الاكتراث بما يجري حولهم ، وعدم القدرة على التحكم من الانفعالات و الحركة الزائدة من غير هدف ، ويؤثرون الانعزال و الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، كما يتسم سلوكهم بالعدوان.

كما يشعر المعاق عقليا بالدونية ، وضعف الثقة بالنفس ، والتردد ، و بطء الاستجابة لان انخفاض مستوى قدرته العقلية وقصور سلوكه التوافقي ، يضعه في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه ، مما يضاعف الإحساس بالدونية ، انخفاض التوقعات الاجتماعية منه ، حين يعامله الآخرون على انه إنسان متخلف ولا يتوقعون منه ما هو كثير ،

ولذلك يتوقع المعاقين عقليا في معظم الأحيان الفشل في أداء المهمات المطلوبة منهم دون أن يجربوا أدائها كما يعاني المعاق ذهنيا من القلق و التشتت الذهني و الروتين فضلا عن ذلك نجده هادئا لا يتأثر بسرعة ، ويستجيب إذا عاملناه كالطفل الصغير ، ويغضب إذا أهمل ولكنه سرعان ما يضحك ويمرح لأنه يكون سريع الاستهواء.

أما فيما يتعلق بالصحة النفسية للمعاقين عقليا ، أشار **اوكونروتيزارد (1956)** . أن الإعاقة تؤدي إلى الوهن النفسي كما أنهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية و العقلية بسبب ما يعانون من معوقات جسمية و عقلية ، فقد ذكر **وليام (1970)** أن حوالي 50 % من المعاقين يعانون من اضطرابات عقلية أو نفسية أو عرضة للإصابة بها ، كما أشار **ريتشارد سون وآخرون (1985)** أن نسبة الاضطرابات الانفعالية عند المعاقين عقليا أربعة أضعاف النسبة عند العاديين.

## 5. الخصائص الاجتماعية:

أكدت الدراسات (**slevenson et cruse 1961**) أن المعاقين عقليا بحاجة إلى التقبل الاجتماعي أكثر من العاديين ، وان هذه الحاجة تزداد لدى المعاقين عقليا من نزلاء المؤسسات الاجتماعية أكثر من نظرائهم الذين يعيشون في أسرهم ، وتفسير ذلك أن المعاقين خارج إطار أسرهم يشعرون بالحرمان الاجتماعي بشكل أكثر من غيرهم ، كما أن المعاق عقليا يتسم بضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية فعالة مع الآخرين وغالبا ما يميلون إلى مشاركة من هم اصغر منه سنا في نشاطه ، كما يتصف سلوكه بالعزلة و الانطواء ويشعر بعدم الكفاءة الاجتماعية بالمقارنة بالعاديين بسبب خوفهم من الفشل و الإحباط. (**أحمد مُجَّد الزعبي، 2003، ص 134-135**)

## 6. الخصائص الشخصية:

أن الأطفال المعاقين عقليا لديهم بعض المشاكل الانفعالية و الاجتماعية وذلك لسبب يعود إلى المعاملة و الطريقة التي يعامل بها هؤلاء المعاقين في المواقف الاجتماعية حيث قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون... الخ. وقد أشار **زغلر zighler** من خلال الفرضيات التي وضعها في بحثه إلى أن السبب الحقيقي وراء تسمية أو الحكم على الأطفال المعاقين عقليا بأنهم غير اجتماعيين يعود إلى الخبرات السابقة لديهم وما أصيبوا من إحباطات نتيجة هذا التفاعل مع القادرين ، وقد أكد **زغلر** بان السبب يعود إلى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين.

وأشارت الكثير من الدراسات إلى أن لدى المعاقين عقليا إحساس سلمي نحو أنفسهم بسبب ضعف القدرات لديهم التي قد تساعدهم في عملية النجاح وكذلك أن لدى المعاقين ضعف في مفهوم الذات. (**ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 118**)

## IV. تصنيفات الإعاقة العقلية:

تتعدد فئات الإعاقة العقلية وذلك تبعاً لتعدد أبعادها وتعدد الأسباب المؤدية إليها ، و تعدد المظاهر المميزة لها ، و يقصد بالتصنيف في الإعاقة العقلية هو العملية التي يمكن بها وضع الفرد في فئة ما وفق خصائص أو مميزات مشتركة، بهدف تحديد نوع الخدمات التربوية و الاجتماعية و الطبية و المهنية اللازمة لكل فئة و إعداد البرامج التي تناسب كل فئة على حدة بما يتناسب مع خصائصهم العقلية و الجسمية و الانفعالية و الاجتماعية و في ما يلي أهم تصنيفات الإعاقة العقلية:

### 1. التصنيف على أساس الأسباب:

يهدف هذا التصنيف إلى وضع المعاقين عقلياً في فئات تبعاً لمنشأ الإعاقة ، فقد تنشأ الإعاقة نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة، و تبعاً لمنشأ الإعاقة تنقسم حالات الإعاقة العقلية إلى فئتين هما:

أ- فئة الإعاقة العقلية الأولية: ترجع السبب فيها إلى ما قبل الولادة ويقصد بها العوامل الوراثية عن طريق الجينات أو الكروموزومات وفقاً لقوانين الوراثة و تضم الحالات التي تحدث نتيجة الاضطراب في الكروموزومات كحالة المنغوليا ، وتشمل أيضاً حالات القزامة أو القصاع التي يرجع سببها إلى نقص لإفراز الغدة الدرقية كما تشمل هذه الفئة على الحالات التي تسببها اضطرابات التمثيل الغذائي كاضطراب تمثيل الدهون و البروتين و الكربوهيدرات.

ب- فئة الإعاقة العقلية الثانوية: ويضم الحالات التي ترجع الإعاقة العقلية فيها إلى عوامل بيئية ليس لها علاقة بالمورثات كما في الحالات الناتجة عن إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض مثل الحصبة، الزهري، أو التعرض إلى أنواع الإشعاع مثل الأشعة السينية ، كما تشمل أيضاً الحالات الناتجة عن إصابة الطفل ببعض الأمراض مثل: التهاب السحايا ، و التهاب الدماغ و مضاعفات الحمى القرمزية و الحمى الشوكية و الإصابات الناتجة عن إصابة الدماغ إصابة مباشرة تؤثر على المخ. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000، ص 52)

### 2. التصنيف السيكولوجي : حيث تصنف الإعاقة العقلية إلى ثلاثة فئات حسب نسبة الذكاء:

أ- الفئة الأولى: وتضم الأفراد الذين تقدر نسبة ذكائهم بين (50-70) درجة ويسمى الفرد المعاق من هذه الفئة اسم المأفون (المورون) Moron .

ب- الفئة الثانية: وتشمل الأفراد الذين تقع نسبة ذكائهم بين (25- 50) درجة ويطلق الفرد من هذه الفئة اسم الأبله *imbécile* .

ج- الفئة الثالثة : وتضم الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 25 درجة ويطلق عليه اسم المعتوه *idiot*.

### 3.التصنيف تبعا للمظاهر الجسمية (التصنيف الإكلينيكي):

وهو يعتمد على وجود بعض الخصائص الجسمية و التشريحية و الفيزيولوجية و المرضية المميزة، التي تجعل التعرف الإكلينيكي عليهم سهلا ومن أهم هذه الأنماط الإكلينيكية ما يلي:

#### أ- متلازمة داون *doun's syndrome* :

وهو اضطراب صبغي (كروموزومي) يتميز بوجود صبغي زائد (رقم 21) وبعض الحالات يكون أالصبغي الزائد (22) ويولد المرضى من هذه الفئة بملامح منغولية ووجه مستدير مسطح ، الشعر قليل وجاف ، العينان منحرفتان للأعلى وتميل إلى الضيق ، يكون المخ اقل من المتوسط من حيث الحجم و الوزن ، الأنف عريض و أفطس ، واللسان كبير و خشن مشقق ، و الأذنان صغيرتان ، القامة و الأطراف قصيرة ، والكفان عريضتان و سميكتان مع وجود خط مستعرض عبر راحة الكف، أعضاء التناسل صغيرة الحجم ، الكلام متأخر و الصوت خشن وعادة ما يتصف المرضى بهذا الاضطراب بالتخلف الذي تتراوح درجته من الدرجة المعتدلة (البيطة ) إلى الدرجة الشديدة ، ومن الخصائص الانفعالية و الاجتماعية هو أن الطفل المنغولي لطيف ودود مرح نشط اجتماعي يحب التقليد و المداعبة و متعاون و مبتسم يحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض "الأطفال السعداء" .

وتشير الأسباب إلى أن أسباب حالة المنغوليا يحتل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية للام ، في بداية الحمل و اضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء و كبر سن الأم عند الحمل. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 408)

#### ب- القماءة أو القصاع (*getinism*):

وهي حالة ضعف عقلي تتصف بالقصر المفرط ، حيث لا يتجاوز طول الطفل 60سم وفي مرحلة البلوغ لا يتجاوز طول الفرد 90سم ، لذا تعرف أحيانا باسم " القزامة" ولا يزيد مستوى ذكاء هذه الفئة عن الإعاقة العقلية المتوسطة و الشديدة ومن أهم الخصائص المميزة لهذه الحالة صغر حجم الجسم ، قصر اليدين مع أصابع ذات نهاية مربعة و فطاسة الأنف و ضخامة الشفتين وترهل الجلد ، كما قد يتأخرون في المشي و الوقوف و النطق، ويعاني هؤلاء

الأطفال من الخمول و الكسل و الحركة البطيئة ولون الجلد المائل إلى الاصفرار مع كثرة التجاعيد و الأجفان الغليظة و الشفاه أيضا. (عدنان ناصر الحازمي، 2007، ص 39)

ويرجع السبب في حدوث القماءة إلى انعدام أو قلة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى خلل في المخ ، و لذلك فالعلاج المبكر المكون من خلاصة إفرازات الغدة الدرقية يجب أن يستمر مدى الحياة. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 180)

### ج- كبر الجمجمة: macrocephaly

وهذه حالة ضعف عقلي تتميز بكبر حجم الجمجمة وزيادة حجم الدماغ و يصاحب ذلك زيادة حجم المخ خاصة خلايا الضامة و المادة البيضاء و يتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالة بين البله و العته و هي حالة نادرة الحدوث بسبب نمو شاذ في الجمجمة لأسباب وراثية . (سناء مُحمَّد سليمان، 2006، ص 180)

### د- صغر الجمجمة: microcephaly

وهي حالة ضعف عقلي ولادي يتميز بصغر حجم الجمجمة و حجم المخ ، نتيجة لعدم نمو المخ بدرجة كافية ولا يتجاوز محيط الجمجمة (20سم+5سم) مقارنة بحجم محيط الجمجمة للأطفال العاديين عند الولادة ، ومن الخصائص المميزة صغر الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين والأذنين ويميل الرأس إلى الشكل المخروطي، يفيض جلد الرأس على العظم الذي يغطيه فيبدو مجعدا ، أما عن النمو اللغوي متخلف و الكلام زائد أو غير واضح ، وقد تصاحب الحالة نوبات التشنج و الصرع ، ويكون النشاط الحركي زائد أو غير مستقر ، ويرجع سببها إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى من الحمل ، أو حدوث عدوى للام أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى التحام عظام الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح لنمو حجم المخ نمو طبيعيا. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص 18)

### هـ- استسقاء الدماغ : hydrocephaly

حالة ضعف عقلي ترتبط بتضخم الرأس و بروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير سوي في بطينات الدماغ حتى يتلف المخ نتيجة الضعف المستمر إلى الداخل ويزيد تضخم الجمجمة نتيجة للضغط الخارجي ، و يتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالة بين الفن و العته و من بين الخصائص المميزة لها كبر محيط الجمجمة قد يصل إلى 75سم في بعض الحالات رغم بقاء الوجه عاديا ، و جلد الرأس يكون مشدودا على سطح الجمجمة الكبيرة ، اضطراب في الحواس خاصة البصر و السمع ، و ترجع الأسباب إلى احتمال حدوث عدوى الأم ببعض الأمراض أثناء الحمل كالزهري و الالتهاب السحائي.

## و- حالات العامل الرزيسي في الدم PH factor

وهذه الحالات ضعف عقلي ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الرزيسي وهو احد مكونات الدم ويتحدد وراثيا. (سنة ٢٠٠٦، محمد سليمان، ص 180-181)

## ز- حالات البول الفينيلكيتوني phenylketounria

وهذه حالات ضعف عقلي نادرة تنتج عن وجود الفينيلكيتون في الدم بسبب قصور في التمثيل و نقص الإنزيمات اللازمة لتمثيل الأحماض الأمينية مما يؤدي إلى أثر سام يظهر في البول يؤدي إلى تلف في المخ ومن الخصائص المميزة أن لون الشعر عادة أشقر أو مائل للاحمرار بسبب نقص صبغة الميلانين و العيون زرقاء ، البشرة فاتحة ، الأسنان متباعدة عن بعضها ، أما المشي فيكون غالبا غير طبيعي بسبب وجود الانحناءات في العمود الفقري .

## ن- العته العائلي المظلم : amourotic familial idiocy

وهي حالة ضعف عقلي نتيجة مرض في الجهاز العصبي يؤدي إلى الحالة بعد النمو ، قد يكون سويا خلال العام الأول من مرض الطفل ، وهذه الحالة وراثية ، وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتنتفخ وتورم وتمتلئ بالدهن مما يؤدي إلى العمى و الضعف العقلي حتى العته ، وقد يصاحبها الشلل و التشنج و الصرع و فقدان الضبط الانفعالي. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 411-412)

### 4.التصنيف التربوي :

أما بالنسبة للتربويين فنجدهم قد وضعوا تصنيفا مختلفا لكل ما سبق وهذا يرجع إلى المعيار الذي على أساسه وضعوا تصنيفهم ، حيث نجده بالشكل التالي:

### أ- فئة البطيء التعلم :

ونسبة ذكائهم بين (70-90) درجة يتصفون بعدم القدرة على موائمة أنفسهم في مناخ المدرسة العادية ، ويظهرون عدم القدرة في تحقيق مستوى أكاديمي في الصف الدراسي مقارنة بأقرانهم العاديين. (محمد عبد المنعم حسين، 1986، ص 105)

### ب- فئة القابلين للتعلم :

وهم الأطفال الذين يقع مستوى ذكائهم ما بين (50-70) درجة كما توضحها مقاييس الذكاء ، ويتميزون هؤلاء بالقدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ، ولكن ببطء واضح مقارنة بالأطفال في مثل سنهم ، وتستطيع هذه الفئة الاستقلال الاقتصادي و الاجتماعي بعد سن المراهقة وهم يحتاجون إلى نوع من البرامج الموجهة نحو التوافق السلوكي الاجتماعي المقبول والى نوع من التوجيه المهني. (سامي مُجَّد ملحم، 2002، ص 127)

### ج- فئة القابلين للتدريب :

ويتراوح مستوى ذكاء أطفال هذه الفئة ما بين (30-50) درجة ، هؤلاء يمكن إكسابهم بعضا من أساليب الرعاية الذاتية ، وهم يحتاجون إلى الإشراف و المساعدة طول حياتهم ، كما أنهم بحاجة لوضعهم في مراكز للرعاية الخاصة. (نجوى غراب، بدون سنة، ص 32)

### د- فئة الأطفال غير القابلين للتدريب : (الاعتماد يون)

ويتراوح مستوى ذكائهم من 30 درجة فما دون ، وهي تحتاج إلى العناية التامة و الإشراف الكامل من قبل الآخرين ، ويظهر لديهم قصور في التناسق الجسمي و الحسي. (سامي مُجَّد ملحم، 2002، ص 128)

### 5. التصنيف تبعا لدرجة الإعاقة :

تصنف الإعاقة العقلية تبعا لدرجتها إلى ثلاث فئات:

#### أ- الإعاقة العقلية الشديدة:

حالة تنخفض فيها نسبة ذكاء الشخص إلى اقل من 25 درجة على مقياس ذكاء فردي ويتوقف نموه العقلي عند مستوى طفل في سن اقل من 3 سنوات ، وترجع إعاقته إلى عوامل عضوية ، ويصاحبه في كثير من الأحيان تشوهات خلقية أو تلف في الحواس أو ضعف في التآزر الحركي، ومن الصفات الإكلينيكية للشخص الذي يعاني من إعاقة " عقلية شديدة" عدم القدرة على حماية نفسه من الأخطار الطبيعية و الفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة و التغذية و ضبط عمليات الإخراج ، وعدم القدرة على النطق أو وجود صعوبات كبيرة في النطق مع ضالة الحصيلة اللغوية وعدم القدرة على التعبير بجمل وتسمية الأشياء المألوفة بصعوبة ، ولا تدل علاقاته الاجتماعية على وجود ارتباطات عاطفية بينه وبين الآخرين كما انه غير متوافق اجتماعيا ، وغير قادر على إدراك الزمان و المكان و الفشل في تعلم القراءة و الكتابة و الحساب وقلة الاستفادة من الخبرات اليومية. (كمال إبراهيم مرسى، 1996، ص

(31)

## ب- الإعاقة العقلية المتوسطة:

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25-50) درجة ، حيث يتوقف النمو العقلي عند مستوى طفل عادي في سن 3 إلى 7 سنوات ، ومن الخصائص العقلية المعرفية للشخص الذي يعاني من إعاقة عقلية متوسطة انه غير قابل للتعلم ، إلا انه قابل للتدريب تحت الإشراف على بعض المهارات التي تساعد على المحافظة على حياته ضد الأخطار المادية الخارجية كالنار و السيارات و الغرق ، وهو لا يستطيع التوافق الاجتماعي و يكون غير مسئول اجتماعيا ، ومن الناحية الانفعالية يلاحظ أن الانفعالات رتيبة واضحة فبعضهم يكون مرحا و بعضهم متوعدك المزاج و بعضهم يكون هادئا و بعضهم غير مستقر و عدواني و مخرب مما يجعلهم في حاجة إلى رعاية الآخرين ، ولكن بدرجة اقل من حاجة حالات الإعاقة العقلية الشديدة. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 406-407)

## ج- الإعاقة العقلية البسيطة:

يمثل هؤلاء الأشخاص أفضل مستويات الضعف العقلي و تتراوح نسبة ذكائهم بين (51-70) درجة ويظهر في سلوكهم عادة درجة من الألفة أو العشرة التي تميز المراهقين و لكن مع قدر ضئيل مما يكون لدى المراهق السوي من التصور و الابتكار و الحكم. (جابر عبد الحميد جابر، 1996، ص 240)

## V. تشخيص الإعاقة العقلية :

تعتبر عملية قياس و تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية متطلبا رئيسيا و سابقا لتقديم الخدمات المناسبة لهم، و تشخيص هؤلاء الأطفال ضمن فئة الإعاقة العقلية مهمة في غاية الصعوبة ، وذلك بسبب الطبيعة غير المتجانسة لهؤلاء الأطفال لان الإعاقة العقلية ظاهرة متعددة الأبعاد من حيث الأسباب و العوامل المؤدية لها ، واختلافها من حالة إلى أخرى مما يتطلب جهودا و طاقات لملاحظة الأعراض الداخلية و الخارجية ودراسة نشأتها و تطورها ، وعلى الرغم من ذلك ، فان عملية القياس و التشخيص في مجال الإعاقة العقلية ، عملية منظمة تسعى إلى التعرف على جوانب القوة و الضعف في أداء الطفل ، تمهيدا لتحديد البرنامج التربوي المناسب لاحتياجاته و لتحقيق هذه الغاية يقوم فريق التشخيص باعتماد وسائل و طرق عدة في جمع المعلومات قبل إطلاق أحكامهم النهائية حول الطفل و تحديد أهليته لتلقي الخدمات التربوية المناسبة الخاصة بفئة ذوي الإعاقة العقلية . (عدنان ناصر الحازمي، 2007،

ص 68)

ولذلك يجب تشخيص ضعاف العقول على النحو التالي:

**1- الفحص الطبي و العصبي و المعلمي:** ويفحص فيه النمو الحركي و الحواس و الجهاز العصبي و النمو الجسمي لملاحظة التخلف العقلي الإكلينيكي ، وكذلك إجراء الفحوص المعملية للأمصال، البول والدم، السائل النخاعي الشوكي و وظائف الغدد الصماء لعمل الأشعة السينية للرأس وعمل رسم المخ لمعرفة أسباب الإعاقة قبل و أثناء الولادة .

**2- التحصيل الأكاديمي و التقدم الدراسي :** يلاحظ فيه التأخر الدراسي و نقص نسبة التحصيل لانخفاض مستوى نسبة الذكاء و البطء في التعلم و عدم النجاح في المدرسة .

**3- البحث الاجتماعي :** و فيه يتم تقديم معلومات وافية عن حالة الطفل وحالة أسرته للتعرف على أسباب الضعف العقلي و مدى قدرته على التوافق و التفاعل الاجتماعي.

**4- التشخيص الفارقي:** وفيه يتم التمييز بين الضعف العقلي و التأخر الدراسي، الضعف العقلي و المرض العقلي و اضطراب الكلام و الصرع .

**5- التشخيص النفسي :** تحدد فيه مستوى نسبة ذكاء الطفل اقل من 70 درجة لا يستطيع التعبير عن نفسه و حصيلته اللغوية ضعيفة ، ملاحظة سلوكه العام ، لا يستطيع الاعتماد على ذاته في المأكل أو الملبس أو المشرب، في حاجة مستمرة إلى الإشراف من قبل الوالدين أو المربين. (عصام نور سرية، 2004، ص 27)

## VI. علاج الإعاقة العقلية:

لعل أهم خطوة في علاج الضعف العقلي تنحصر في إقناع الوالدين بضعف ابنهما عقليا ، وانه لا توجد أية عقاقير أو عمليات عقلية معينة ترفع نسبة الذكاء، وعادة لا يقبل اغلب الآباء هذه الحقائق العلمية بسهولة و يصرون فوق هذا كله على وجود الذكاء و على ضرورة علاجه في الخارج. وعندما يقتنع الآباء بضعف الابن عقليا تبدأ في الواقع خطة العلاج وفقا لدرجة ضعفه ، وينحصر العلاج عادة في العلاج الطبي ، النفسي، السلوكي ، الاجتماعي ، المهني ، التربوي ، و علاج النطق و الكلام ، و العلاج التصحيحي كما هو في الأتي:

**1. العلاج الطبي :** ينحصر في الرعاية الطبية العامة ، و علاج أية أمراض قد تكون مصاحبة للضعف العقلي ، مما يؤثر تأثيرا ضارا على الذكاء و قدرات و أداء الطفل كأمراض سوء التغذية ، واضطراب الغدد الصماء أو الإصابة بمرض الزهري، و التدخل الجراحي في حالات استسقاء الدماغ، و العلاج بالأدوية المهدئة كعلاج الاضطرابات السلوكية التي قد تصاحب حالات الضعف العقلي .

كذلك علاج أي خلل في أعضاء الإحساس ، علاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء مثل : إعطاء هرمون الثيروكسين في حالات القزامة ، إتباع نظام غذائي خاص في حالات الفينيلكيتوني ، نقل الدم في حالات العامل الرزيسي ، تنمية الوعي الصحي و اكتساب العادات الصحية السليمة .

وحدثنا اتضح أن إدخال حمض الجلوتاميك glutamicacid في الغذاء في حالات الضعف العقلي أدى إلى تحسن ملحوظ في وظائف الشخصية الكلية ، مع ارتفاع طفيف و لكنه جوهري في نسبة الذكاء وازديادا عاما في صحوة الذهن و في الكفاية وإن كان تحسن الفرد لا يستمر إلا مع استمرار إعطاء حمض الجلوتاميك مدى الحياة. (وفيق صفوة مختار، 2005، ص 108-109)

## 2. العلاج النفسي :

الأسرة هي المصدر الأساسي للحب و الحنان اللذين بدونهما لن يتيسر للطفل الضعيف عقليا أن ينمو نموا يجعله يستغل ما لديه من ذكاء و قدرات محدودة ، و أيضا يتضمن توجيه الآباء بحيث يعدلون من اتجاههم نحو الطفل ضعيف العقل ، و يعدلون أيضا أسلوب تربيتهم له ..

و قد يرفض الآباء و الأمهات الاعتراف بقصور الطفل فيقتلون أي حافز له على الإنتاج و ذلك بامتناعهم عن الرضا عن كل ما يستطيع عمله ، و يضغطون على طفلهم بكافة الوسائل لكي يصل إلى مستويات أعلى من مستواه العقلي وهناك آباء أو أمهات آخرون يدللون أطفالهم ضعاف العقول فيجعلونهم يستمرون في اعتمادهم الشديد عليهم ، و بالتالي يعوقون نمو إمكاناتهم المحدودة و في مثل هذه الحالات تكون الحاجة ماسة للإرشاد و المساعدة عن طريق المراكز الاجتماعية التي تختص بالأطفال ضعاف العقول ، و يستطيع توجيههم المبني على الفهم الفني لحاجات ضعيفي العقل ، أن يقدم لهم الكثير لتقليل اثر هذه الاتجاهات الوالدية الخاطئة و المعالج النفسي يساعد الأم و يرشدها لان تكون خير عون لطفلها عن طريق التدريب و الرعاية المستمرة و الدفء العاطفي الذي تقدمه له عن طيب خاطر ، كما انه يرشدها و يرشد الأب كذلك لدمج الطفل في الحياة الاجتماعية.

إن شعور الطفل بالتقبل الأسري و الاجتماعي رغم ضعفه العقلي يتيح له النمو النفسي الصحيح ، و ينمي لديه معنى الذات و يخلق لديه شعورا مسئولا اتجاه أسرته و مجتمعه ، و يعمق لديه التوافق النفسي السليم .

و ينبغي في هذا الصدد معالجته ما قد يكون لدا الطفل من قلق و عدوان و سلوك جانح و تنمية مفهوم موجب للذات و مساعدة الطفل على تقبل ذاته على علتها .

كما مجرد تعديل البيئة و المثبرات الاجتماعية و أوجه الترويح و النشاط المهني و العلاقات الاجتماعية بما يكفل تحقيق الأمن الانفعالي و التوافق النفسي السوي للطفل ضعيف العقل. (وفيق صفوة مختار، 2002، ص 108-109)

### 3. العلاج السلوكي :

أحيانا يطلق على هذا النوع من العلاج "تعديل السلوك " و يتضمن البرامج العلاجية التي تعد من اجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب أو القضاء على هذا السلوك نهائيا ، كما يتضمن البرامج التدريبية التي تهدف إلى إكساب الطفل سلوكا جديدا يراد تعليمه له أو زيادة معدل ممارسة سلوك مرغوب ، و يعتمد العلاج السلوكي على إجراءات و فنيات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى و تبعا لدرجة الإعاقة و إلى نوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000، ص 105-106)

### 4. العلاج الاجتماعي:

و يعني عناية خاصة بتنشئة ضعاف العقول تنشئة اجتماعية وفقا لإمكاناتهم و قدراتهم و ذلك لاكتسابهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاعتماد على النفس و تناول الطعام و ارتداء الملابس و المحافظة على نظافة الجسد ، وتدريبهم كذلك على السلوك الاجتماعي السوي و العادات الاجتماعية اللائقة .

كما يتضمن هذا العلاج الإشراف العلمي المتخصص على عملية التنشئة الاجتماعية حسب إمكانات و قدرات الطفل الضعيف عقليا و تعليمه و إكسابه المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية و تنمية ميوله و تهذيب أخلاقه و تصحيح أي سلوك خاطئ أو مضاد للمجتمع و مساعدته على المحافظة على حياته و حمايته من استغلال الآخرين ، و إيوائه -إذا استدعى الأمر- في إحدى المؤسسات الخاصة حسب حالته .

وقرار إيداع الطفل ضعيف العقل في مؤسسة قرار معقد ، فهو عادة ما يثير مشاعر القلق و الحيرة و الذنب عند الوالدين ، بالرغم من أن هذا القرار هو -شرعيا- مسؤولية الوالدين، إلا انه يجب عليهم أن يستفيدوا من مساعدة و نصيحة الخبراء في هذا الميدان و المنهج الأمثل هو استخدام فريق استشاري ، يشمل خبراء في الطب النفسي و علم النفس و الخدمة الاجتماعية و طب الأطفال. (وفيق صفوة مختار، 2005، ص 111-112)

## 5. العلاج المهني :

أي تدريب ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على شتى الأعمال المهنية المناسبة في مراكز و أقسام التشغيل الموجودة في المستشفيات أو بصورة مستقلة ويمكن تدريب هؤلاء الأطفال على صناعة العلب و السجاد و النجارة و الخياطة و التنظيف، وينسجم المصابون وتحسن حالتهم العقلية بهذه الأعمال البسيطة كما أنهم يرجون نصيبهم من الأتعاب ، لذلك فإن طموح ذويهم وتنكرهم لهذه الأعمال لا يجدي المجتمع شيئاً لان الغاية هي إسعاد و تنظيم حياة المتخلفين عقليا و ليس إشباع غرور و جهل الوالدين. (مجدي أحمد عطية، بدون سنة، ص 318)

## 6. العلاج التربوي :

يشتمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة يمكن من استثمار ذكائه المحدود و إمكانياته بأفضل طريقة ممكنة ، ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكتسب منه قوته ، وقد يستلزم ذلك تعليمه في مدارس التربية الفكرية بأساليب متخصصة تربوية علاجية مع فئة المأفون. (زينب محمود شقير، 2003، ص 330)

## 7. علاج النطق و الكلام :

يحتاج معظم المعاقين عقليا إلى هذا النوع من العلاج حيث يعانون من عيوب كثيرة في النطق و الكلام كالإبدال و الحذف و التتهمة و عيوب في إخراج الأصوات ويتأخرون في الكلام و يسمون بالكلام الطفلي babytalk و تنقصهم القدرة على التغيير اللفظي ، ويتأخرون في النمو اللغوي .

و يستفيد من هذا العلاج المعاقون عقليا من فتي الإعاقة البسيطة و المتوسطة و بعض أفراد الإعاقة الشديدة . و يهدف علاج النطق و الكلام إلى تصحيح عيوب النطق و إخراج الأصوات وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل و مساعدته على التعبير اللفظي السليم ، و التخلص من الكلام الطفلي وهذا يساعد على اندماج الطفل في الأنشطة الاجتماعية و التعليمية المتاحة له و الاستفادة من التدريب على هذه الأنشطة كما يساهم في تفاعل الطفل مع الآخرين و إقامة علاقات ايجابية معهم. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000، ص 107)

## 8. العلاج التصحيحي :

المقصود بهذا النوع من العلاج تصحيح بعض العيوب و التشوهات الجسمية التي يعاني منها الفرد المعاق عقليا و التي تؤثر سلبا على تقبله لذاته و تزيد من مشكلاته النفسية و الاجتماعية ومن ثم تؤثر على توافقه العام ، حيث تؤدي هذه العيوب و التشوهات إلى انزاله عن الجماعة و رفض الآخرين له فيما بينهم .

يهدف هذا العلاج إلى تحسين المظهر العام الخارجي للجسم لمساعدة الفرد على بناء الثقة و التغلب على مشكلاته النفسية و الاجتماعية و التفاعل مع الآخرين و الاندماج في المجتمع الذي يعيش فيه.

## VII. الوقاية من الإعاقة العقلية :

حتى وقتنا الراهن ورغم ما لدينا من معلومات عن الضعف العقلي و أسبابه فإننا نعرف القليل عن أسبابه الحقيقية خصوصا الوراثية ، كما نعرف أيضا معلومات محدودة عن أساليب الوقاية منه.

ولكن من الثابت علميا أن تحسن صحة الطفل خلال النصف الأخير من القرن المنصرم ناشئ عن تحسن مستوى المعيشة ، وتحسن التغذية ، و تحسن أماكن السكن و ما إلى ذلك ... ، و المرجع أن الأمهات السالمات من الناحية الصحية و اللاتي يتمنعن بغذاء كاف قبل فترة الحمل و خلالها سيضعن أطفالا أصحاء جسميا و عقليا و قد أمكن إثبات ذلك بالتجارب التي أجريت على الحيوانات. (وفيق صفوة مختار، 2005، ص 107)

و على الرغم من استحالة علاج ضعاف العقول ، إلا أن الوقاية من الضعف العقلي يمكن أن تتم من خلال الإجراءات الوقائية التالية :

- العمل على نشر الوعي و المعرفة بالأسباب التي تؤدي إلى حالات الضعف العقلي لدى الأطفال .
- إرشاد الوالدين المقبلين على الزواج بعمل الفحوصات اللازمة للتأكد بان الطفل الذي سوف يأتي سليما.
- تعزيز جهود رعاية الأمومة و الطفولة و تنظيم صحة الأسرة .
- منع الأدوية الضارة عن الأم الحامل و التي يثبت أو يشتبه في ضررها على الجنين أو ذات المفعول السرطاني teratogenic و تسهم منظمة الصحة العالمية WHO في عملية تنوير السلطات الصحية العالمية بكل ما يستجد حول الموضوع. (مجدي أحمد عطية، بدون سنة، ص 319)
- محاولة اكتشاف و تشخيص التخلف العقلي منذ مرحلة الحمل و أوائل الولادة بالطرق التي سبق ذكرها. إن التشخيص المبكر يفسح المجال للعلاج السريع .
- رفع المستوى الاقتصادي و الاجتماعي يؤدي بصورة غير مباشرة إلى رفع المستوى الصحي للام و أطفالها .
- رعاية الأطفال أثناء الولادة و تجهيز أماكن ولادة تليق بالتقدم العلمي المعاصر.
- وقاية الطفل في طفولته المبكرة من الاضطرابات الوراثية عند الوالدين و علاجها مبكرا .

- نشر الآثار الضارة من التعرض للإشعاع بين الأمهات الحوامل و القائمين على العمل في مجال الإشعاع.
- نشر الآثار الضارة لتعاطي بعض العقاقير الطبية و الأدوية التي تسبب إصابة الأجنة بالإعاقة العقلية.
- تقديم الرعاية الصحية للام و الجنين أثناء الحمل و الولادة و تتضمن هذه الرعاية الإجراءات الآتية :
  - اتخاذ الإجراءات اللازمة لوقاية الأم من الأمراض البائية و الفيروسية أثناء الحمل مثل الحصبة الألمانية و السعال الديكي و الزهري.
  - الامتناع عن المسكرات و التدخين أثناء فترة الحمل.
  - تنمية الوعي الصحي لدى الأم الحامل و إجراء الفحوص الدورية لها أثناء فترة الحمل. (عصام نور السرية، 2004، ص 29)

## المحاضرة السادسة: الاعاقة السمعية

### 1. تعريف الصمم :

تعددت تعريفات الصمم فهناك من يعرفه حسب الدرجة، النوع أو السبب. فهناك من يرى أنه كل انخفاض أحادي أو ثنائي مهما كان تموضعه.

تعرفه المنظمة العالمية للصحة: بأنه ذلك الطفل الذي له قدرة سمعية غير كافية بحيث لا تسمح له بتعلم لغة محيطه ولا المشاركة في النشاطات العادية التي توافق سنه ولا مواصلة التعليم و الاستفادة منه. (Moittier. C، Busquet. D، 1978، P09).

أما القاموس الطبي: يعتبر الصمم نقص أو فقدان للسمع أو إعاقة متكررة ناجمة عن إصابة في الجهاز السمعي (L'arousse de la médecine P17).

معجم المصطلحات الطبية (DOLAMAR): يعرف الصمم على أنه ضعف أو غياب كلي للسمع كما قد يعود أيضا إلى إصابة الأذن الوسطى (بيزات عمرية، محاضرات غير منشورة).

و تقول "Dumont" في كتابها "L'orthophoniste et l'enfant sourd": الصمم هو حرمان، ضعف، إلغاء كلي لحاسة السمع أو فقدان الوظيفة السمعية. (بيزات عمرية، 2006، محاضرات غير منشورة). تعتبر الإعاقة السمعية كما يرى "Hearing impairment" 1998 عن مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين الضعف السمعي البسيط و الضعف السمعي الشديد جدا أو الصمم، كما أنها كظاهرة لا تقتصر على كبار السن فقط. تنتشر كذلك بين الأطفال و الشباب مما يجعلها بمثابة إعاقة نهائية أي أنها تحدث في مرحلة النمو (عادل عبد الله محمد، 2004، ص50).

تعرف الإعاقة السمعية بأنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات و تشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم و ضعاف السمع. (ماجدة السيد عبید، 2000، ص33).

و يعرفها لورييد 1973: تعني انحرافا في السمع يعد من القدرة على التوصيل السمعي اللفظي و شدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع و تفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند اكتشاف فقدان السمع و المعالجة و المدة الزمنية التي استغرقتها

حدوث فقدان السمع و نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع و فاعلية أدوات تضخيم الصوت و الخدمة التأهيلية المقدمة و العوامل الأسرية و القدرات التعويضية أو التكيفية. (ماجدة السيد عبید، 2000، ص33).

يعرف **مورس**: الشخص الأصم بأنه الشخص الذي مقدار فقدان السمع لديه 70 ديسبال أو أكثر و يعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها و باستعمال السماع الطبيعية.(ابراهيم عبد الله فرج الزريقات،2003،ص56).

يعرف **سميث**: الشخص الأصم بأنه الشخص غير القادر على إدراك الأصوات في البيئة المحيطة بطريقة مفيدة باستعمال السماع الطبيعية أو بدون استعمالها، كما أنه غير قادر على استعمال حاسة السمع كطريقة أولية أساسية لاكتساب المعلومات.(ابراهيم عبد الله فرج الزريقات،2003،ص56).

يعرف **الدكتور عبد التاح عثمان** الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ الولادة ، أو هو من فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو من فقدتها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.(مُجد سيد فهمي،2000،ص56).

ومن كل ما سبق نستخلص أن الطفل الأصم هو ذلك الطفل الذي يمثل عجزه السمعي عائق لا يسمح له باكتساب لغة محيطه التي تمكنه من التواصل و الاندماج في وسطه الاجتماعي إذ أنه يكون في معزل عن مختلف النشاطات و السلوكات و المواقف اللغوية لتحقيق حاجاته اليومية بالإضافة إلى عدم مواصلة تعليمه و هو إعاقه ناتجة عن خلل أو إصابة في الجهاز السمعي.

## 2. أسباب الصمم :

يرجع الصمم إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي و البعض الآخر يرتبط بعوامل غير جينية.

### 1.2. الأسباب الجينية للصمم :

تحدث حالات الصمم ذو الأصول الجينية نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة، ويتضمن هذا النوع من الصمم الوراثي فقدان للسمع بدرجة حادة و يكون غير قابل للعلاج و كذلك فإن هذه الحالات تكون مزدوجة (أي تصيب الأذنين) و تتضمن عيوباً جسيمة عصبية في نفس الوقت تسبب تليف الخلايا الشعرية القوقعية الخاصة بالسمع أو إصابة العصب السمعي و يمكن تحديد بعض من هذه العيوب :

1.2.أ) الأطفال الذين يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ في عظام الأذن الوسطى تكونت نتيجة عوامل وراثية، إلا أن حالات عدم التكون الصحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بالأساليب الجراحية.(ماجدة السيد عبيد،2000،ص48).

1.2(ب) زملة أعراض "تريتشر" **Syndrome de Treacher Collin** : و تتضمن أعراضها المترامنة ؛ صغر حجم أذن الطفل و اتساع الفم، و خلل في تكوين الأسنان، وارتجاع خلقي للذقن و بعض العيوب الخلقية في عظام الوجه.

1.2(ج) زملة أعراض "أوردنبرنج" **Syndrome de Waardenburgs** : و تتضمن أعراضها المترامنة وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس و تلون العينين بلونين مختلفين و بروز الأنف و خاصة من ناحية الوجنتين و تقوس الشفاه.

1.2(د) زملة أعراض "تروتر" **Syndrome de Trotter** : و تتضمن أعراضها المترامنة ألم عصبي فكي سفلي ، نقص سمع توصيلي ، وذمة أمام الأذن و شلل في الحنك الرخو.

1.2(هـ) زملة أعراض "مارشال" **Syndrome de Marchall**: من أعراضها المترامنة-نقص سمعي حسي عصبي ، تشوه في الفخذ ، ضعف العضلات ، قصر الجذع مع مشية البطة ، تأخر المشي حتى الأسبوع 30 ، شق في قبة الحنك ، قصر بصر شديد وقد يحدث انفصال شبكية العين.

1.2(و) مضاعفات عامل الـ **RH** : توجد إتحادات وراثية معينة لفصائل الدم لدى الوالدين ينتج عنها تنافر الدم بين الأم و الطفل خلال فترة الحمل، تحدث هذه الحالة عندما تكون فصيلة الأم  $RH^-$  و تحمل جنينا  $RH^+$  ، في هذه الحالة تدخل المواد المضادة للأجسام الغريبة من الأم إلى المشيمة الخاصة بالطفل و تدخل مجرى دم الجنين فتتلف كرات الدم الحمراء و تؤدي في النهاية إلى الإصابة باليرقان الحاد و تكون النتيجة الطبيعية لذلك إما موت الجنين عند الولادة أو بعد الولادة مباشرة و إما أن يظل على قيد الحياة مصاب بالصمم و كثيرا منهم يكونون مصابين بشلل جزئي في المخ.(مُجد السيد حلاوة، 2003، ص48).

## 2.2. أسباب الصمم التي لا ترجع إلى عوامل جينية :

الأسباب الجينية التي يمكن أن تؤدي إلى إعاقة سمعية كثيرة و متنوعة و فيما يلي أكثرها شيوعا :

2.2(أ) استخدام العقاقير: هناك بعض العقاقير التي قد يترتب على استخدامها وجود إعاقة في السمع سواء عند الجنين أو عند الطفل حديث الولادة أو حتى عند الشخص الراشد و من أهم هذه العقاقير Kanomycin Meomycin و كذلك فإن Streptomycin و بعض العقاقير الأخرى من مجموعة Mcin قد تسبب إصابة الخلايا القوقعية في الأذن بالتلف. كما أن الأفراد يختلفون عن بعضهم البعض في درجة تأثرها بالعقاقير المختلفة.

**2.2.ب) الفيروسات Les Virus :** و أهم الأمراض لهذا النوع فيروس الحصبة الألمانية الذي قد يصيب الأم خلال الشهور الثلاثة الأولى من فترة الحمل و كذلك فيروسات: الجدري الكاذب و الإلتهاب السحائي،إلتهاب الغدد النكفية و الحصبة و الأنفلونزا.

**2.2.ج) أمراض تصيب الأذن الداخلية:** هناك عدد كبير من الأمراض الفيروسية و التي قد تسبب تلفاً للأذن الداخلية و من بين هذه الأمراض: الإلتهاب السحائي،الجدري الكاذب،البكتيريا العضوية و إلتهابات الغدد النكفية و الحصبة و الأنفلونزا،ففي مثل هذه الحالات يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي المخي.

**2.2.د) أمراض تصيب الأذن الوسطى:** لعل من أهم الأمراض التي تصيب الأذن الوسطى الإلتهاب السحائي المخي،ففي هذه الحالة يتواجد سائل(صديد) في الأذن الوسطى ومن الأعراض الملحوظة في مثل هذه الحالات إفراز صديد من الأذن الوسطى قد يجده الوالدين على الوسادة التي ينام عليها الطفل، وينتج ذلك عن إضابة الأذن الخارجية بثقب إما نتيجة مؤثر خارجي كالة حادة أو إلتهاب في الأذن الوسطى فيحدث مثل هذا الثقب الذي يسمح بنزول الصديد،على أن الإلتهاب السحائي المزمن من شأنه أن يتلف الأذن تماماً بالإضافة إلى الإلتهاب السحائي توجد أنواع أخرى من الأمراض الإلتهابية التي تؤثر على الأذن الوسطى

و التي من بينها: ورم الأذن الوسطى اللؤلؤي فهو عبارة عن تواجد أنسجة جلدية مكونة داخل الأذن الوسطى.(محمد السيد حلوة،2003،ص ص50 - 49).

### 3. أنواع الصمم :

**1.3. الصمم الإرسالي:** هو الذي يحدث نتيجة أي خطأ أو شذوذ في جهاز ترحيل الذبذبات الصوتية الذي يشمل الأذن الخارجية و الطبلية و الأذن الوسطى بعظيماهما الثلاث و أي خلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة، و المشكل هنا ليس في إدراك أو تمييز الأصوات إلى جهاز التحليل و التمييز،أي الأذن الداخلية.(ماجدة السيد عبيد،2000،ص41).

أسبابه هي الأسباب التي ينتج عنها عدم وصول ذبذبة الصوت إلى الأذن الداخلية أهمها:

◆ الإنسداد القنوي Obstruction tubaire : يؤدي إلى سوء تهوية صندوق الطبلية (بيزات عمرية،محاضرات غير منشورة،2006).

◆ إتهاب قناة السمع الخارجية بوجود جسم غريب أو صملاخ (بيزات عمرية، محاضرات غير منشورة، 2006).

◆ تعفن الأذن الوسطى و في حالة العلاج غير الجيد يؤدي إلى سيلان الأذن القنوي.

◆ تعب طبلة الأذن

◆ انسداد في قناة أستاكيوس

◆ إتهاب صديدي مزمن للأذن الوسطى. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 42-43-44)

◆ الأوتوسكلوروسس Otoscléroses: تصلب عظيمات السمع و ينتج هذا المرض من تصلب عظمة الركاب

عند اتصالها بالأذن الداخلية. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 42-43-44).

مختلف هذه الإصابات تستلزم علاج طبي و جراحي أيت تكون النتائج مرضية و هذا حسب كل حالة و في بعض الأحيان الوظيفة السمعية لن تأخذ مجراها العادي لذا يستلزم التجهيز.

**2.3. الصمم الإدراكي:** ناتج عن إصابة في الأذن الداخلية و المسالك العصبية الموصلة إلى المخ حيث يترتب على

هذه الحالة عدم وصول الموجات الصوتية مهما كان إرتفاعها إلى الأذن الداخلية و عدم مراقبة الصوت أو الكلمة التي يصدرها الأصم، و يمكننا أن نصنف عدة أسباب لهذه الإعاقة هي:

◆ الصمم العصبي الخلقي.

◆ الصمم العصبي نتيجة الحمى الشوكية.

◆ الصمم العصبي التسممي مثل الحصبة الألمانية و الحمى القرمزية.

◆ الصمم العصبي نتيجة مرض الزهري. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 42-43-44).

◆ تدهور العصب بسبب كبر السن.

◆ مرض تصلب الركاب الأوتوسكليروسس.

◆ اختلاف العامل الريزي RH بين دم الأم و دم الأب.

◆ الصمم إثر إتهاب القوقعة الحلزونية. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص

ص 42-43-44).

**3.3. الصمم الإرسالي الإدراكي (الصمم المركب أو المزدوج):** وتدخل فيه العمليتان وفقا لسيطرة الواحدة أو الأخرى

و يدعى الصمم المزدوج ذو الإرسال المسيطر أو المزدوج ذو الإدراك المسيطر. (بيزات عمرية، محاضرات غير منشورة.

2006). و ذلك نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث، والعلاج حسب نوع الإعاقة كما في التوصيلية و

العصبية. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 46).

#### 4. درجات العجز السمعي:

إن مستوى لغة الطفل الأصم يختلف باختلاف درجات العجز السمعي فهناك:

**1.4. الصمم الخفيف:** تتراوح العتبة السمعية ما بين (20-40) ديسبل و هنا يعاني الطفل من صعوبة في سماع الكلام و وجود خلل لفظي بسيط، هذا النوع قد يبقى لمدة طويلة لا يظهر و غالبا ما يكشف عنه عن طريق اختبار سمعي مؤخر، وفيه يمكن للمصابين الإستمرار في الأقسام العادية بدون أن تطبق عليهم طرق بيداغوجية خاصة.

**2.4. الصمم المتوسط:** تتراوح العتبة السمعية ما بين (40-70) ديسبل و هنا الطفل يسمع الأصوات و لكنه يميز بصعوبة بينها فهو لا يستطيع أن يتعرف إلا على الأكثر بروزا من عناصر الكلام ذات المصوتات المفتوحة مع العناصر الصوتية الأخرى، إذا التجهيز المبكر حتمي و التربية المبكرة ضرورية و إدماج الطفل في الروضة واجب لتحقيق الشروط الكافية للإلتحاق بالمدرسة العادية.

**3.4. الصمم الحاد:** تتراوح ما بين (70-90) ديسبل، الأصوات ذات الشدة القوية تكون مدركة و أغلبية المصابين لديهم صعوبة في إدراك العناصر اللغوية و بالتالي يحتاجون كلهم إلى إعادة تربية أرواقونية.

**4.4. الصمم العميق:** تفوق ال 90 ديسبل وهي الدرجة التي لا تسمح للفرد بسماع الأصوات أما التجهيز فلا يعطي تمثيل كاف للضحجيج الخاص بالكلام.

**5.4. الصمم الكلي:** أكثر من 20 ديسبل و هي حالات استثنائية. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص46).

#### 5. تصنيف الصمم :

يصنف الصمم على أساس :

◆ العمر عند الإصابة

◆ موقع الإصابة

◆ شدة الإصابة.

**1.5. التصنيف على حسب العمر عند الإصابة:** نميز بين نوعين:

1.5 أ) الإعاقة السمعية قبل لغوية: وهي إعاقة تحدث قبل تطور الكلام و اللغة عند الطفل، يظهر هنا تدهور سريع على مستوى اللغة خاصة في حالة غياب التربية السمعية لذلك فالطفل في هذه الحالة يحتاج إلى تعلم اللغة البصرية. (إما بطريقة الشفاه أو بقراءة المادة المكتوبة). (جمال الخطيب، 1998، ص 26).

1.5 ب) الإعاقة السمعية بعد اللغوية: هي إعاقة تحدث بعد تطور الكلام و اللغة عند الطفل لا يكون هناك تطور لغوي خاصة على مستوى القراءة.

## 2.5. التصنيف على حسب موقع الإصابة:

2.5 أ) الإعاقة السمعية التوصيلية: الاضطراب يكون في الأذن الخارجية أو الوسطى (الصبوان، قناة الأذن الخارجية، غشاء الطبلة، العظيمات الثلاث) مما يعيق نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، المصاب هنا يميز الأصوات العالية نسبيا و يميل إلى التكلم بصوت منخفض لأنهم يسمعون أصواتهم جيدا و بسهولة.

2.5 ب) الإعاقة السمعية الحسية-العصبية: ينتج عن اضطراب في الأذن الداخلية أو خلل في القوقعة أو عن خلل في الجزء السمعي من العصب القحفي الثامن، المصاب هنا يميل بالتكلم بصوت مرتفع نسبيا يسمع نفسه مما يجعله يتكلم مع الآخرين بصوت عال، في هذه الحالة الصوت يكون مشوش، وقد لا يصل إلى المراكز السمعية و غالبا ما تكون السماعا الطبية قليلة الفائدة. (جمال الخطيب، 1998، ص ص 29-30).

2.5 ج) الإعاقة السمعية المختلطة: هو دمج أو اختلاط بين الإعاقة السمعية التوصيلية و الإعاقة السمعية الحسية العصبية في نفس الوقت. وفي هذه الحالة قد يكون هناك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي و التوصيل العظمي و الموجات الصوتية، و قد تكون السماعا الطبية مفيدة لهؤلاء الأشخاص و لكن بعضهم يعاني من نفس المشكلات التي يعاني منها الأشخاص الذين يعانون ضعف سمعي حسي عصبي.

2.5 د) الإعاقة السمعية المركزية : تنتج الإعاقة السمعية المركزية عن أي اضطراب في المميزات السمعية في جذع الدماغ أو في المراكز السمعية في الدماغ و غالبا ما يعاني الأفراد الذين لديهم هذا النوع من الإعاقة السمعية من اضطرابات عصبية خطيرة، و في هذا النوع أيضا تكون المعينات السمعية ذات فائدة محدودة. (جمال الخطيب، 1998، ص ص 32-33).

## 3.5. التصنيف حسب شدة فقدان السمع:

تصنف إلى خمس أنواع:

نوع الإعاقة السمعية	مستوى الخسارة بالديسبل (db)
بسيطة جدا	40-25
بسيطة	55-41
متوسطة	70-51
شديدة	90-71
شديدة جدا	أكثر من 90

(جدول 1.1) يوضح مستوى الإعاقة السمعية حسب مدى الخسارة بالديسبل.

ففي الإعاقة السمعية البسيطة جدا، الشخص يواجه صعوبة في سماع الكلام الخافت أو الكلام عن بعد أو تمييز بعض الأصوات، وعلى أي حال لا يواجه هذا الشخص صعوبات في التذكر في المدرسة العادية و لكنه قد يحتاج إلى ظروف إضاءة و جلوس خاصة في فرق الصف، و قد يستفيد من المعينات السمعية ومن البرامج العلاجية لتصحيح النطق. و فيما يخص الإعاقة السمعية البسيطة يستطيع الشخص أن يفهم كلام المحدث عن بعد (3-5م) و لكن وجهها لوجه، و يجب أن يتبع المصاب تربية خاصة.

أما في الإعاقة السمعية المتوسطة فإن الشخص لا يفهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عالي و يواجه صعوبات كبيرة في المناقشات السمعية الجماعية، و قد يعاني هذا الشخص من اضطرابات كلامية و لغوية و قد تكون الذخيرة اللفظية محدودة.

أما بالنسبة للإعاقة السمعية الشديدة فإن الشخص المصاب يعاني من صعوبة بالغة من حيث أنه لا يستطيع أن يسمع حتى الأصوات العالية، أي أنه يعاني من اضطرابات شديدة في الكلام و اللغة. و الشخص يستحسن أن يلتحق بالمدرسة خاصة للمعاقين سمعياً ليحصل على تدريب نطقي و تدريب سمعي و تدريب على قراءة الشفاه، كذلك فهو يحتاج إلى سماعة طبية.

وفي الإعاقة السمعية الشديدة جدا ، الشخص المصاب لا يستطيع سماع سوى بعض الأصوات العالية، و هو يعتمد على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع، ويكون لديه ضعف واضح في الكلام و اللغة و هو بحاجة إلى دوام كامل في

مدرسة الأشخاص الصم بالإضافة إلى استخدام أساليب لتطوير الكلام، واللغة و التوظيف طرق التواصل اليدوي و التدريب السمعي.

## 6. الجهاز السمعي : تشريحه،مكوناته و وظائفه :

يعتبر الجهاز السمعي الإنساني من أعظم أجهزة الجسم تعقيدا و تركيبا و تنظيما و قد رتب بطريقة فريدة تساعدنا على تحيل ما تلتقطه آذاننا من إشارات في البيئة المحيطة بنا إلى أصوات مفهومة ذات معان و مدلولات معينة، و يمكن تقسيم هذا الجهاز إلى ثلاثة أجزاء هي :

**1.6. الأذن الخارجية :** توجد الأذن الخارجية على شكل بوق على جانبي الرأس، و تتصل بالأذن الوسطى و الداخلية عن طريق قناة الأذن. و تضم الأذن الخارجية أجزاء عديدة هي :

**1.6.أ) الصيوان :** و هو عبارة عن غضروف ليس به سوى قدر قليل نسبيا من الدم و يوجد الصيوان كبوق على جانبي الرأس و هو ما يساعد على تحديد مصدر الصوت سواء كان في الأمام أو في الخلف أو غير ذلك. كما أنه يعمل على تجميع الصوت و تركيزه، و تعتمد قدرتنا على تحديد مصدر الصوت على شدته النسبية و نغمته، (عادل عبد الله مُجَّد، 2004، ص156)، كما أنه يوجه الموجات الصوتية تجاه الطبلة (مُجَّد السيد حلاوة، 2003، ص22). (الملحق 1)

**1.6.ب) الجزء الغضروفي لقناة الأذن الخارجي :** و يضم هذا الجزء غددا شمعية و دهنية تعمل على إفراز شمع الأذن أو الصملاخ و يبلغ طول هذه القناة لدى الشخص البالغ حوالي بوصة واحدة تقريبا (عادل عبد الله مُجَّد، 2004، ص 157-158).

**1.6.ج) الجزء العظمي لقناة الأذن الخارجية :** و يحاط هذا الجزء العظمي بعظم الخشاء و هو عظم ناتئ خلف الأذن يشغل الثلث الداخلي منها و يعد رقيقا جدا. (الملحق 2)

**1.6.د) طبلة الأذن :** عبارة عن غشاء رقيق مشدود، و تتألف من ثلاث طبقات، ترتبط الطبقة الخارجية منها بقناة الأذن الخارجية. (الملحق 3)

**1.6.هـ) الخلايا الهوائية بعظم الخشاء :** توجد هذه الخلايا بالمنطقة العظمية الموجودة خلف الأذن و المعروفة بعظم الخشاء، و تمتلئ هذه الخلايا بالهواء في الظروف العادية (عادل عبد الله مُجَّد، 2004، ص 157-158).

**2.6. الأذن الوسطى :** تعمل الأذن الوسطى كمحلول مساو للمقاومة الظاهرية للتردد يجانس أو يعادل مقاومة الهواء في قناة الأذن و مقاومة الخلايا الليمفاوية في الأذن الداخلية، و تتألف الأذن الوسطى من عدد من الأجزاء على النحو التالي:

**2.6. أ) العظم المطرقي (المطرقة):** و بعد أحد العظيّمات الثلاث الصغيرة التي تضمها الأذن الوسطى، و تتصل بالطبقة الداخلية للطلبة و عندما يهتز الجزء العلوي المترهل من الطلبة كإستجابة للصوت تهتز المطرقة على أثر ذلك.

**2.6. ب) عظم السندان (السندان) :** يرتبط السندان بالمطرقة و يهتز مع إهتزازها من جراء إهتزاز الجزء العلوي المترهل من الطلبة، كما أنه يرتبط بأعلى العظم الركابي.

**2.6. ج) العظم الركابي (الركاب) :** و يوجد في الجزء الجزء البيضاوي الذي يفصل الأذن الوسطى عن النسيج اللمفاوي للأذن الداخلية، و يهتز مع اهتزاز السندان (عادل عبد الله مُجّد، 2004، صص 157-158). (الملحق 4)

**2.6. د) قناة أستاكيوس :** و هي قناة تصل ما بين تجويف طبلة الأذن الوسطى و الفراغ البلعومي، وظيفتها الأساسية هي الحفاظ على توازن ضغط الهواء على جانبي طبلة الأذن (مُجّد سيد فهمي، 2000، صص 22).

**3.6. الأذن الداخلية :** و يحدث فيها آخر تحويل للطاقة حيث تتحول الطاقة الميكانيكية إلى موجات صوتية و تلعب دورا حيويا في الحفاظ على التوازن أو التوجه الحركي و من أهم الأجزاء التي تتكون منها ما يلي :

**3.6. أ) قوقعة الأذن (القوقعة) :** هي جزء على شكل قوقعة، و تمثل عضو الحس بالنسبة للسمع، و يتحول اهتزاز العظم الركابي إلى نمط من الموجات فيها، و تنتقل هذه الموجات إلى الأهداب الموجودة في الخلايا الشعرية الداخلية و الخارجية فتتحول بالتالي إلى نبضات عصبية يفسرها على أنها أصوات. (الملحق 5)

**3.6. ب) دهليز (جريب) الأذن :** يقع في مركز المتاهة و هو صلة الوصل ما بين قوقعة الأذن و القنوات النصف هلالية (الدائرية) و يحتوي على حويصلة الجاذبية، و تظهر تحت الميكروسكوب كشعرة مثل الخلايا الحسية (ماجدة السيد عبيد، 2000، صص 23).

**3.6. ج) العصب الثامن :** و يعرف بالعصب السمعي، و يعمل على نقل المعلومات من القوقعة والتهيه إلى المخ، كما أنه يعمل في الأساس كحفظ تحويل من أعضاء الحس إلى مركز السمع بالمخ (عادل عبد الله مُجّد، 2004، صص 159-160).

**3.6. د) العصب الوجهي :** و يعرف بالعصب السابع و يسير موازيا للعصب الثامن على امتداد القناة السمعية الداخلية و يعمل على التنبيه العصبي للوجه، و يساعده على الأداء الوظيفي الحسي و الحركي (عادل عبد الله مُجّد، 2004، صص 159-160).

## 7. آلية السمع:

نعلم أن الصوت عبارة عن حركة اهتزازية في وسط مادي، و لا يحدث الصوت إلا إذا اهتز الجسم، و أن الصوت لا ينتقل في الفراغ بل يحتاج إلى وسط مادي للانتقال كالهواء و الماء، و الأذن لها الخاصية التي تستطيع بها أن تميز بين الأصوات المختلفة تبعاً لشدة و درجة و نوع الصوت، فعند اهتزاز الجسم المحدث للصوت تنتقل الموجات الصوتية خلال الهواء حتى تصل إلى طبلة الأذن، التي تهتز تبعاً لذلك و حيث أن عظمة المطرقة متصلة بالطبلة فإن الحركة الاهتزازية تنتقل إليها (فإلى السندان فالركاب) و فائدة هذه العظيومات هو تكبير الحركة الموجبة و نقلها للأذن الداخلية التي بها سائل تنتهي فيه تفرعات العصب السمعي المتصل بالدماغ .

و باهتزاز هذا السائل فإن عضو السمع الحساس و المحافظ بهذا السائل يرسل إشارة كهربائية عن صفة هذه الاهتزازات عبر تفرعات العصب السمعي الذي يتصل بالمخ و في مركز السمع بالمخ تترجم هذه الإشارات الصوتية و تعرف حقيقتها و حقيقة مصدرها، و مقدرة الأذن على

سماع الأصوات هائلة و مدى اتساع السمع عنده كبير، إذ باستطاعتها سماع أضعاف الأصوات و أدقها، و كذلك باستطاعتها سماع أضعف الأصوات المرتفعة جداً، و يبلغ العجب من قدرة الخالق أن الأذن تستطيع التمييز و التفريق و التمييز و التفريق بين 400.000 صوت مختلف (ماجدة السيد عبيد، 200، ص3127) .

## المحاضرة السابعة: اضطراب الانتباه وفرط النشاط

### مقدمة :

يعتبر مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات الحديثة حيث أنه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينات من القرن الماضي ، حيث كان يشخص قبل ذلك علي أنه إما ضعف في القدرة علي التعلم أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ **Minimal Brain Dysfuntion** أو أنه نشاط حركي مفرط ، و قد ظهر فرط النشاط عند الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية بعد انتشار وباء التهاب المخ عامي (1917-1918) حيث ظهرت لدي بعض الأطفال الذين تم شفاؤهم من هذا المرض (وباء التهاب المخ ) مشكلة سلوكية تتميز بالحركة المفرطة و عجز في الانتباه و الاندفاعية و سميت تلك الأعراض السلوكية آنذاك زملة الأعراض السلوكية المصاحبة لتلف إصابة المخ .

و قد أشار إلي فرط النشاط في قائمة الملاحظة الإكلينيكية لسلوك الطفل الطبعة الثالثة (DSM – III) الصادرة عن جمعية الطب النفسي الأمريكية 1980 علي أنه اضطراب له زملة أعراض سلوكية تميزه و قد تم تقسيمه إلي نوعين :

- أ- اضطراب الانتباه المصوب بنشاط زائد .
- ب- اضطراب الانتباه غير المصحوب بنشاط زائد .

### أو لآ مصطلحات البحث :

#### تعريف فرط النشاط :

تعددت تعريفات فرط النشاط نظراً لتعدد الباحثون و اختلاف تخصصاتهم فمنهم من عرفه علي أساس أسبابه و منهم من عرفه علي أساس أعراضه .

- تعريفات نظرت إلي فرط النشاط علي أساس الأسباب :

فقد عرفه (كايل و ويكس نيلسون ) بأنه مرض يصيب الأطفال الذين لديهم مخ معيب بيولوجياً و هو مرض يسمى متلازمة الطفل ذي فرط النشاط .

و قد عرفته رابطة الطب النفسي الأمريكية عام 1994 بأنه اضطراب عصبي بيولوجي يوصف من خلال أعراضه عدم القدرة علي الانتباه و الاندفاعية و فرط النشاط .

### - تعريفات نظرت إلي فرط النشاط علي أساس الأعراض :

فقد عرفه روس ( ROSS ) بأنه الحالة التي يكون فيها الطفل ناشطاً علي نحو مفرط و هو مستوي يتجاوز فيه المعيار هو مستوي التملل ، فإذا كان مستوي النشاط يفوق نشاط الطفل العادي عندها يمكن أن يسمى مفرطاً في النشاط .

### تعريف اضطراب الانتباه :

و يوصف اضطراب الانتباه بأنه مشكلات سلوكية نتيجة لقصور في مدي و نوعية التحصيل الأكاديمي و كذلك ضعف القدرة علي التعامل مع الأقران. (ابتسام سطيحه :1997، 5)

و يعرف بأنه اضطراب سلوكي يظهر في ضعف قدرة الفرد علي التركيز لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لفترة ثواني قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانه أي انه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة (أماي زويد : 2002 ، 46 )

و يعرف (مُجَّد النوبي :2005، 2) نقص الانتباه لدي الأطفال بأنه آتيان الأطفال لمجموعة من السلوكيات المشاهدة و الملحوظة و التي تتسم بعدم القدرة علي الاستدعاء السريع للانتباه و صعوبة الاحتفاظ به مع تشتته عند دخول أي مثير خارجي الدائرة الانتباهية لهم ، و لذا يفقدون القدرة علي غلبة المثيرات ، و تدل عليه الدرجة المرتفعة في بعد نقص الانتباه .

### ثانياً مدي انتشار فرط النشاط بين الأطفال :

لقد أجريت دراسات كثيرة استهدفت معرفة مدي انتشار فرط النشاط و اتفقت جميع الدراسات علي ارتفاع هذه النسبة خصوصاً بين الأطفال و من هذه الدراسات دراسة روس عام 1974 حيث وجد أن ثلث الاضطرابات النفسية التي تم تشخيصها لدس الأطفال المدارس كانت تشتمل علي فرط نشاط و في برامج صعوبات التعلم اعتبر المعلمون أن ما بين 30% :40% من الطلاب ذوي فرط نشاط في حين اعتبر المعلمون في برامج الاضطرابات السلوكية أن ما بين 50% لا: 60% من الطلاب ذوي فرط نشاط (جوزيف ريزو و روبرت زابل ، 1999 : 469 ) .

و يشير والن 1989 أنه ينتشر بنسبة 4% من مجموع تلاميذ المرحلة الابتدائية .

### ثالثاً أعراض فرط النشاط :

يتميز الأطفال ذوي فرط النشاط بمجموعة من الأعراض تميزهم عن غيرهم من الأطفال العاديين و هذه الأعراض إما أعراض أساسية و إما أعراض ثانوية :

أ- الأعراض الأساسية :

#### **Hyper Kinesis** : الحركة المفرطة :

في وصف الطفل مفرط الحركة الذي حددته رابطة الطب النفسي الأمريكية 1994 تقول انه يتمل و يحرك يديه و قدميه و لا يثبت في المقعد ، يغادر مقعده في الوقت الذي يتوقع منه الجلوس ، يدور حول نفسه ، و يتسلق و لا يجلس أبداً ، لديه صعوبات في اللعب و الانخراط في النشاطات الترفيهية و يبدو انه طاقة لا تهدأ .

#### **In-Attention** : عدم القدرة علي الانتباه :

حددت رابطة الطب النفسي الأمريكية 1994 مجموعة من الصفات لكي يسمي الشخص من خلالها أنه لديه اضطراب أو نقص في الانتباه ، و من هذه الصفات : أنه يخفق في الانتباه للتفاصيل و يرتكب أخطاء كثيرة ، لديه صعوبة في الاحتفاظ بانتباهه و يبدو غالباً أنه لا يصغي لما يقال له ، كما أنه لا يتبع التعليمات و يتشتت بسهولة بالمشيرات الخارجية .

#### **Impulsivity** : الاندفاعية :

حددت رابطة الطب النفسي الأمريكية 1994 الاندفاعي بانه الشخص الذي يندفع في الإجابة قبل أن ينتهي السؤال و لديه صعوبة في انتظار دوره ، كما انه يقاطع الآخرين و لا ينتظر إلي أن ينتهوا من كلامهم .

#### ب- الأعراض الثانوية :

- تجنب الصداقات و الفشل في العلاقات الاجتماعية .
- النفور و التملل .
- الإحساس بعدم الانجاز .
- لديهم تصرفات عدوانية .
- التمرد ، السلوك المضاد للمجتمع .

- كثرة الكلام و الصياح .
- عاداتهم المرتبطة بالنوم سيئة .
- مفهوم الذات لديهم ضعيف و يحتاجون إلى التعزيز المستمر .
- يعانون من عجز و اضطراب في الذاكرة .
- لديهم تديني في تقدير الذات .
- ضعف الأداء الأكاديمي و التحصيل الدراسي .

### رابعاً أسباب فرط النشاط :

أولاً الأسباب العصبية :

#### 1- تلف المخ : Brain Dysfunction

لقد توصلت الدراسات الحديثة إلى أن 5% من ذوي اضطرابات الانتباه و فرط النشاط لديهم إصابات مخية ، إلا أن معظم الذين لديهم إصابات مخية ليس لديهم أعراض فرط النشاط .

#### 2- التأخر في النضج العصبي : Neuromaturation

تشير نظرية التأخر في النضج العصبي إلى وجود خلل وظيفي بسيط في المخ علي الرغم من عدم وجود أي إصابة أو تشوهات خلقية فيه .

#### 3- الاضطرابات البيوكيميائية : The Biochemical Disorders

يري ويندر عام 1972 أن عدم قدرة المخ علي إحداث توازن بين الأنظمة الكفية و الاستثنائية يؤدي إلي ظهور فرط النشاط . كما ييري أن حدوث خلل في المركبات البيوكيميائية و التي تعتبر موصلات عصبية يحدث فرط نشاط .

#### ثانياً الأسباب الوراثية : Genetic Factors

يعتقد علماء الوراثة أن اضطراب الانتباه و فرط النشاط قد يرجع إلي عوامل نفسية بيولوجية حيث أن التكوين الوراثي للطفل و عوامل (ما قبل الولادة - أثناء الولادة - بعد الولادة) تؤكد وجود قاعدة أو أساس بيولوجي لهذا الاضطراب .

## ثالثاً العوامل البيئية : Environment Factors

### 1- التلوث : Pollution

حاول بعض العلماء ربط عدة عوامل بيئية مثل التسمم بالرصاص و المواد الكيماوية المضافة للطعام بظهور فرط النشاط لدي بعض الأطفال ، حيث تبين أن بعض الأطفال ذوي فرط النشاط يكون لديهم مستويات عالية من الرصاص في الدم و يأتي ذلك من الأكل الملوث أو استخدام بعض اللعب . كما أن الصبغيات و المواد الحافظة التي تضاف إلى المواد الغذائية المجهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال بفرط النشاط .

### 2-أساليب المعاملة الوالدية :

يري باركلي أن فرط النشاط ما هو إلا نتيجة لضعف في ضبط سلوك الطفل من جانب والديه فالتربيت التي يستخدمها بعض الآباء في ترويض سلوك هؤلاء الأطفال قد تكون ضعيفة ، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب سلوك هؤلاء الأطفال كما يري أن هؤلاء الأطفال أكثر استخداماً للأوامر و لأساليب العقاب و هم قليلاً ما يستخدمون المكافآت مع أبنائهم .

### 3-المدرسة و العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية :

أشارت نتائج دراسة هجز - اندرسون عام 1979 التي اهتمت بدراسة سلوك حجرة الدراسة عن طريق الملاحظة الموضوعية لسلوك الأطفال إلى أن المعلمين وجدوا أعداد كثيرة من أطفال الفصل الدراسي يظهر فرط النشاط الحركي ، و تؤكد النتائج أيضاً تشابه سلوكيات أمهات و معلمي الأطفال ذوي فرط النشاط المرضي مع أطفالهم .

### 4-فرط النشاط سلوك متعلم :

ازداد الاهتمام في السنوات الأخيرة بفرط النشاط علي أنه نوع من التكيف ، كما أنه سلوك متعلم فيظهر فرط النشاط علي انه وسيلة للضبط ، كما يظهر أيضاً علي انه وسيلة للتأثير في سلوك الآخرين و أحياناً يكون وسيلة لاستشارة الفرد ذاته . و قد يستمر هذا النشاط المفرط بسبب التعزيز الاجتماعي الذي يحظي به الطفل في المنزل و المدرسة ، فالأطفال يتعلمون فرط النشاط من خلال الملاحظة للوالدين و أفراد الأسرة .

### خامساً علاج اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه :

### 1-العلاج الطبي : Medicine Therapy

- العلاج بالعقاقير :

يقوم التدخل العلاجي الطبي علي تقليل معدل النشاط عن طريق التأثير علي معدل ضربات القلب و ضغط الدم و حساسية الجلد و كذلك التأثير علي الناقلات العصبية . و أكثر الأدوية الطبية استخداماً في علاج الأطفال ذوي اضطراب الانتباه و فرط النشاط هو عقار الميثيل فينيدات **Methyl Phenidate** .

#### - العلاج الغذائي :

يتضمن هذا النوع من العلاج نظاماً خاصاً من الغذاء كان قد وضعه بين فاينجولد Ben Fingold و يقوم هذا النظام علي استبعاد كل أنواع الغذاء و العقاقير المحتوية علي المنكهات و الملونات الصناعية و عنصر السيلسلات (نوع من الاملاح) من غذاء الطفل مثل الأيس كريم و لحوم الانشون و الشاي و المشروبات الصناعية و أنواع الكعك و أنواع من الخضار مثل الخيار، و الفاكهة مثل الفراولة و العنب و الخوخ و الزبيب ، و يذكر بين فاينجولد أنه من 30% : 50% ) من الأطفال قد تحسّنوا باستخدام هذا النظام الغذائي .

#### -2- العلاج النفسي :

- **تعديل السلوك** : يعتمد تعديل السلوك علي مجموعة من الفنيات و الإجراءات من أهمها التعزيز و التعلم بالنموذج و الحث البدني و اللفظي و العقاب و تستخدم منة خلال مواقف تعليمية عادية أو أنشطة عملية بسيطة في حجرة الدراسة و لا يتطلب تطبيقها تعليمات كثيرة و لا أي قدرات عقلية خاصة في الطفل ، و من أكثر الطرق فاعلية مع الأطفال ذوي فرط النشاط في العلاج السلوكي :

1- التعزيز الايجابي و المعززات الرمزية .

2- إستراتيجية إنقاص السلوك عن طريق التنفير .

3- تكلفة الاستجابة .

4- التغذية الراجعة الحيوية .

-**العلاج السلوكي المعرفي** : و يتميز بتأكيد علي الأنشطة المعرفية مثل المعتقدات و التوقعات و العبارات الذاتية و حل المشكلات ، و قد أجريت عدة دراسات استخدمت العلاج السلوكي المعرفي و فنية تقديم التعليمات للذات في علاج فرط النشاط عند التلاميذ و أثبتت نجاحها .

#### التوصيات و المقترحات :

1- ضرورة تدريب المعلمين و المعلمات علي استخدام الأنشطة التي تتضمنها البرامج الإرشادية لخفض فرط النشاط لدي الأطفال ، وكذلك تدريبهم علي كيفية توظيف هذه الأنشطة في تدريسهم للمواد المختلفة .

2- تطوير الأنشطة المدرسية التي تقدم للتلاميذ بحيث تتضمن برامج لرفع مستوي تقدير الذات لدي التلاميذ من خلال هذه الأنشطة مما يؤثر ايجابيا علي توجيه النشاط لدي التلميذ و رفع مستوي أدائه الأكاديمي .

3- ضرورة تعريف المعلمين و المعلمات بسمات و صفات التلاميذ ذوي فرط الحركة و نقص الانتباه ، لكي لا يعتبرون ما يصدر من هؤلاء التلاميذ إساءة أدب يستوجب العقاب

### البرنامج العلاجي المقترح لمشكلة فرط الحركة و نقص الانتباه

#### الأسباب العامة للمشكلة :

- 1- تعامل الوالدين بصورة خاطئة مع الأبناء مثل العقاب بالضرب المفرط .
- 2- الشعور بعدم الأهمية مما يدفع التلميذ إلي سلوكيات للفت النظر .
- 3- الإكثار من تناول الحلوى و المأكولات التي يوجد بها الكثير من المواد الحافظة .

#### عينة البحث :

10 تلاميذ من الصف الأول و الثاني الابتدائي من تلاميذ مدرسة الآمال الخاصة بدار السلام ، و هم من تلاميذ فصل 2/1 ب و 2/2 ب .

#### أدوات البحث :

- الأداة القبلية : الملاحظة المقننة .
- الأداة البعدية : مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير المعلم" إعداد السيد إبراهيم السمادوني .

#### أهداف البرنامج :

- 1- تعويد الطفل تدريجياً علي تركيز الانتباه في العمل المطلوب منه .
- 2- عدم التسرع في الاستجابة .
- 3- جعل الطفل يجلس هادئاً في مقعده لأطول فترة ممكنة .
- 4- تدريب الطفل علي فنية إعطاء التعليمات لذاته .
- 5- تدريب الطفل علي التعزيز الذاتي .

### أنشطة البرنامج :

- صور منقطة جاذبة تعطي للطفل لكي يقوم بإكمالها و تلوينها .
- يعطي للطفل ورقة يوجد بها رسمة منفصلة و مجموعة من الرسومات مجمعة و يطلب منه أن يبحث عن الرسمة المماثلة تماما للرسمة المنفصلة .
- يعرض علي الطفل صورتان متشابهتان يوجد بهما اختلافات طفيفة و يطلب منه أن يستخرج هذه الاختلافات .
- يعرض علي الطفل مجموعة من الرسومات يوجد بهم تومين يطلب من الطفل استخراجهما .
- يعرض علي الطفل صور يوجد بها أشخاص يريدون أن يصلوا لأهدافهم و علي الطفل أن يجد الطريق المناسب . (المتاهات)
- فوازير تؤدي إلي أعمال العقل و التركيز .
- عبارات يوجد بها كلمات متشابهة و يطلب من الطفل تكرارها بدون خطأ .

### واجبات منزلية :

يعطي الطفل نماذج من الأنشطة السابقة ليؤديها في المنزل و تستخدم كتعزيزات في حالة إذ ما أنجز واجباته المدرسية في الموعد المحدد مثلاً .

### لقاء بمدارس التلاميذ :

تم فيه أخذ ملاحظاتهم عن التلاميذ المشكلين ، و كذلك عرض نماذج من الأنشطة المطبقة في البرنامج و كيفية توظيف هذه الأنشطة في تدريس و شرح المواد الأساسية .

### معوقات تنفيذ البرنامج :

- 1- عدم وجود مكان محدد لإجراء جلسات البرنامج .
- 2- عدم وجود وقت كافي لتنفيذ جميع جلسات البرنامج .

## المحاضرة الثامنة: صعوبات التعلم

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

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

### تعريف :

تمت المحاولة الاولى لوضع تعريف محدد لصعوبات التعلم في عام 1963 حيث اقترح كيرك التعريف التالي:  
"يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، الكتابة، أو العمليات الحسائية نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية. ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي". (Kirk and Chalfant, 1948)

وفي عام 1968 وضعت اللجنة الوطنية الاستشارية لشؤون المعوقين التابعة لمكتب التربية الاميركي تعريفها مستندة إلى تعريف كيرك وقد اعتمد من قبل القانون الاميركي للمعوقين في سنة 1975 وتعديلاته اللاحقة سنة 1990 والذي ينص على التالي:

"صعوبات التعلم الخاصة تشير إلى اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الاساسية اللازمة سواء لفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. وتظهر على نحو قصور في الاصغاء، أو التفكير، أو النطق، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو العمليات الحسائية. ويتضمن هذا المصطلح أيضا حالات التلف الدماغية، والاضطرابات في الادراك، والخلل الوظيفي في الدماغ وعسر القراءة أو حبسة الكلام. ويستثنى من ذلك الاطفال

الذين يعانون من صعوبات في التعلم يمكن أن تعزى للتخلف العقلي أو لتدني المستوى الثقافي الاجتماعي أو لل صعوبات البصرية أو السمعية أو الحركية أو الانفعالية" (Education of All Children Act, 1975).

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

وبعد هذا التعريف كان هناك تعريفات عدة منها تعريف اللجنة الوطنية الاميركية لصعوبات التعلم NJCLD وصعوبات التعلم هي مجموعة متجانسة من الاضطرابات التي تتمثل في صعوبات واضحة في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع، الكلام، القراءة، الكتابة، الاستدلال الرياضي، يفترض أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي أو ربما تظهر مع حالات أخرى كالتخلف العقلي أو العجز الحسي أو الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية أو متلازمة مع مشكلات الضبط الذاتي ومشكلات الإدراك والتعامل الاجتماعي أو التأثيرات البيئية وليست نتيجة مباشرة لهذه الحالات أو التأثيرات، (فتحي الزيات، 1998).

ومن التعريفات التي وضعت في هذا المجال بعض التعريفات التي حاولت التفريق بين صعوبات التعلم وبين الظروف الاخرى التي تؤثر في انخفاض التحصيل العلمي حيث يوجد نمطين اساسيين من العوامل التي تؤثر في هذا الانخفاض وهي:

1. عوامل خارجية: وترجع إلى العوامل البيئية كالثقافية والاقتصادية والظروف الاجتماعية ونقص فرص التعليم والتعلم، وتمثلت هذه العوامل في تعريف الـ NJCLD في عبارة المؤثرات البيئية.

2. عوامل داخلية : ترجع إلى ظروف داخل الفرد مثل التخلف العقلي والاعاقات الحسية والاضطرابات الانفعالية الشديدة وصعوبات التعلم وقد أشير إليها في تعريف اللجنة الوطنية الاستشارية لشؤون المعوقين من خلال الاضطرابات النفسية.

ذهب البعض إلى أن مشكلة القراءة واللغة هي جوهر صعوبات التعلم في حين أكد الآخرون أن الانتباه هو الأساس فيما اعتبر البعض الآخر أن الاضطرابات النفسية مثل الذاكرة والإدراك هي الأساس أيضاً.

أما الحكومة الاتحادية الاميركية فحددت عام 1977 ثلاث أنواع من المشكلات:

1. مشكلات لغوية، تعبير شفهي مبني على الاستماع.

2. مشكلات القراءة والكتابة: التعبير الكتابي ومهارات القراءة.
3. مشكلات رياضية : اجراء العمليات الحسابية والاستدلال الرياضي.

وفي ضوء ذلك يمكن تطبيق صعوبات التعلم إلى مجموعتين:

- صعوبات التعلم النمائية
- صعوبات التعلم الاكاديمية

#### أولاً: صعوبات التعلم النمائية

تشمل صعوبات التعلم النمائية المهارات السابقة التي يحتاجها الطفل بهدف التحصيل في الموضوعات الاكاديمية، مثلاً يتعلم الطفل كتابة اسمه عن طريق تطوير الكثير من المهارات مثل الادراك، تأزر البصري الحركي، الذاكرة...

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

#### ثانياً: صعوبات التعلم الاكاديمية

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

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

#### تحديد الاطفال ذوي صعوبات التعلم:

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

- محك التباعد أو التباين
- محك الاستبعاد

## ■ محك التربية الخاصة

### أولاً: محك التباعد والتباين:

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

- تباعداً واضحاً في نمو العديد من السلوكيات النفسية (الانتباه، والتميز واللغة والقدرة البصرية الحركية، والذاكرة وإدراك العلاقات .... وغيرها).
- تباعداً بين النمو العقلي العام أو الخاص والتحصيل الأكاديمي: ففي مرحلة ما قبل المدرسة عادة ما يلاحظ عدم الاتزان النمائي، في حين يلاحظ التخلف الأكاديمي في المستويات الصفية المختلفة.

### ثانياً: محك الاستبعاد

إن تعريفات صعوبات التعلم تستبعد تلك الصعوبات التي يمكن تفسيرها بتخلف عقلي عام أو الإعاقات الحسية أو الاضطرابات الانفعالية أو نقص فرص التعلم. إن السبب في استبعاد هذه الحالات قد يكون واضحاً فالطفل الاصم لا يطور لغته بشكل طبيعي وفي هذه الحالة يحتاج الطفل إلى برنامج تربوي للصم بدلاً من برنامج صعوبات التعلم لأنه قدراته البصرية والعقلية قد تكون عادية.

### ثالثاً: محك التربية الخاصة :

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

### أسباب صعوبات التعلم:

ويمكن أن تصنف هذه الاسباب في فئات رئيسية ثلاث:

1. الاسباب العضوية والبيولوجية.
2. الاسباب الوراثية.
3. الاسباب البيئية.

## الاسباب العضوية والبيولوجية:

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

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

إن ضعف سند العلاقة السببية بين التلف الدماغي وصعوبات التعلم قاد بعض المختصين في المجال الطبي إلى تفضيل استخدام مصطلح خلل وظيفي بسيط في الدماغ (Minimal Brain Dysfunction) بدلا من مصطلح التلف الدماغي البسيط. ويشار في هذا المجال إلى ثلاثة

مؤشرات سلوكية وعصبية هي: الضعف في التآزر البصري الحركي، والافراط في النشاط، وعدم انتظام النشاط الكهربائي في الدماغ.

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

## **الاسباب الوراثية:**

يقول كالفانت (1989) أنه برغم أن أهم الصعوبات التي تواجه الباحثين في هذا المجال هي صعوبة التفريق بين أثر العوامل الوراثية وأثر العوامل البيئية، فإن نتائج الدراسات في هذا المجال تشير إلى وجود أسباب وراثية.

## **الاسباب البيئية:**

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

وتتضمن الاسباب البيئية قائمة طويلة من العوامل المختلفة التي توردها المراجع العلمية في هذا الخصوص. ومن أهم تلك العوامل: سوء التغذية، والمواد المضافة للمنتجات الغذائية كمواد النكهة الصناعية والمواد الملونة الحافظة، وتدخين الام الحامل أو تعاطيها الكحول أو المخدرات. حتى أن البعض يضيف أثر إشعاعات شاشة التلفزيون

ومصاييح الفلورسنت. ولا تزال هذه العوامل كغيرها من الاسباب المحتملة لصعوبات التعلم موضع البحث العلمي في هذا المجال في السنوات الاخيرة.

### تشخيص صعوبات التعلم:

إن هناك إجراءات وطرائق متعددة لتنفيذ عملية الفحص والتشخيص، وبالتالي تقدم الخدمات التربوية وتتضمن هذه الاجراءات مراحل متعددة. وتطبيق اختبارات متنوعة، وجمع معلومات من مصادر كثيرة: وفيما يلي بعض الاختبارات والاجراءات التي يمكن اعتمادها:

### - الاختبارات المعيارية المرجع:

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

### - اختبارات العمليات النفسية:

وهذه الاختبارات بنيت أساسا على افتراض أن الصعوبات التعلم مسببة عن صعوبات في القدرة أو العمليات اللازمة لعملية التعلم كالإدراك البصري والإدراك السمعي وتآزر حركة العين واليد وغيرها. ومن أكثر الاختبارات شهرة في هذا المجال اختبار الينويز للقدرة النفس اللغوية.

### - اختبارات القراءة غير الرسمية:

وهي الاختبارات التي يصممها المعلم ويطبقتها وبشكل محدد في مجال القراءة إذ تتضمن فقرات مكتوبة متدرجة في الصعوبة يطلب من الطفل أن يقرأها بصوت مسموع. وعن طريق سماع ما يقرأه الطفل وتسجيل الأخطاء التي يقع فيها مثل حذف أو إضافة حرف أو إبدال آخر أو صعوبة في الفهم يمكن للمعلم أن يحدد مستوى الطالب القرائي.

### - الاختبارات محكية المرجع:

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

## -القياس اليومي المباشر:

وتتضمن هذه العملية ملاحظة وتسجيل أداء الطفل في المهارات المحددة التي تم تعلمها وذلك بشكل يومي مثل نسبة النجاح التي حققها الطفل، ومعدل الخطأ أو نسبته والفائدة التي يمكن الحصول عليها من هذه الطريقة هي تزويد المعلم بمعلومات عن أداء الطفل في المهارات التي يتعلمها، والمرونة في تغيير البرنامج من قبل المعلم بناء على المعلومات المتوفرة بشكل مستمر.

## الخصائص العامة لذوي صعوبات التعلم

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

### 1. الخصائص المعرفية:

- وتتمثل في انخفاض التحصيل الواضح في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية الأساسية المتمثلة بالقراءة والكتابة والحساب. ومن مظاهر الصعوبات الخاصة في القراءة ما يلي:
- حذف بعض الكلمات في الجملة المقروءة أو حذف جزء من الكلمة المقروءة.
  - إضافة بعض الكلمات إلى الجملة المقروءة أو إضافة المقاطع أو الأحرف إلى الكلمة المقروءة.
  - إبدال بعض الكلمات المقروءة في الجملة.
  - إعادة قراءة بعض الكلمات أكثر من مرة.
  - قلب وتبديل الأحرف وقراءة الكلمة بطريقة عكسية.
  - صعوبة في التمييز بين الأحرف المتشابهة.
  - صعوبة في تتبع مكان الوصول في القراءة.
  - السرعة الكبيرة أو البطء المبالغ فيه في القراءة.
- أما مظاهر الصعوبات الخاصة بالكتابة فتتمثل فيما يلي:

- كتابة الجملة أو الكلمات أو الاحرف بطريقة معكوسة من اليسار إلى اليمين.
- كتابة الكلمات أو الاحرف من اليسار إلى اليمين.
- كتابة أحرف الكلمات بترتيب غير صحيح حتى عند نسخها.
- الخلط في الكتابة بين الاحرف المتشابهة.
- عدم الالتزام بالكتابة على الخط بشكل مستقيم وتشتت الخط وعدم تجانسه في الحجم والشكل.
- أما مظاهر الصعوبات الخاصة بالحساب فتتركز حول الارتباك في تمييز الاتجاهات وتشمل:
- الخلط وعدم معرفة العلاقة بين الرقم والرمز الذي يدل عليه أثناء الكتابة عند سماع صوت الرقم.
- الصعوبة في التمييز بين الارقام ذات الاتجاهات المتعاكسة.
- عكس الارقام الموجودة في الخانات المختلفة.
- صعوبة في استيعاب المفاهيم الخاصة الاساسية في الحساب كالجمع والطرح والضرب والقسمة.
- القيام بإجراء أكثر من عملية كالجمع والطرح في مسألة واحدة مع أن المطلوب هو الجمع فقط مثلاً.
- الحاجة إلى وقت كبير لتنظيم الأفكار.
- ضعف القدرة على التجريد.

## 2. الخصائص اللغوية:

يمكن أن تظهر لمن لديهم صعوبات تعلم مشكلات في كل من اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. ويقصد باللغة الاستقبالية القدرة على استقبال وفهم اللغة. أما اللغة التعبيرية فهي القدرة على أن يعبر الفرد عن نفسه لفظياً.

## 3. الخصائص الحركية:

يظهر الأطفال ممن لديهم صعوبات في التعلم مشكلات في الجانب الحركي في كل من الحركات الكبيرة والحركات الدقيقة وفي مهارات الإدراك الحركي. ومن أهم المشكلات الحركية الكبيرة التي يمكن أن تلاحظ لدى هؤلاء الاطفال هي مشكلات التوازن العام، وتظهر على شكل مشكلات في المشي والحجل والرمي والإمساك أو القفز أو مشي التوازن. أما مشكلات الحركات الدقيقة فتظهر على شكل ضعف في الرسم والكتابة واستخدام المقص.

## 4. الخصائص الاجتماعية والسلوكية:

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

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

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

#### 1. اضطرابات في الانتباه:

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

#### 2. الاندفاعية:

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

#### 3. اضطرابات في الذاكرة والتفكير:

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

#### 4. صعوبات في الادراك:

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

#### 5. دلالات عصبية وظيفية:

وتتمثل في بعض المؤشرات على الاضطرابات الوظيفية في الجهاز العصبي.

## الاتجاهات والاساليب المختلفة في علاج صعوبات التعلم

هناك اتجاهين رئيسيين: اتجاه طبي واتجاه نفسي تربوي

### أولاً: الاتجاه الطبي:

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

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

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

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

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

### ثانياً: الاتجاه النفسي التربوي:

ويشتمل الاتجاه النفسي التربوي على الطرائق الثلاث الرئيسية التالية:

1 . طريقة التدريب على العمليات:

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

ويتم في هذه الطريقة استخدام أساليب مختلفة أهمها:

○ التدريب النفس لغوي: حيث يتم التدريب على التأزر البصري الحركي . ويستخدم هذا الاسلوب

بشكل خاص في علاج صعوبات الكتابة والقراءة وأشهرها برنامج كيرك ورفاقه.

○ التدريب باستخدام الحواس المتعددة: ويقوم هذا الاسلوب على استخدام القنوات الحسية المختلفة (سمع، بصر، شم، لمس، الحاسة المكانية) في التدريب على العمليات الإدراكية. ويقوم هذا الاسلوب على الافتراض بأن الطفل يتعلم بشكل أسهل إذا تم توظيف أكثر من حاسة في عملية التعلم.

○ التدريب المعرفي: يسمى هذا الاسلوب في التدريب إلى تحسين استراتيجيات الطالب في فهم وتنظيم عمليات التفكير المختلفة على اعتبار أن استراتيجياته السابقة غير ملائمة لعملية التعلم. ويتضمن هذا الاسلوب إجراءات مختلفة ومتعددة أهمها التعلم الذاتي والضببط الذاتي.

## 2. طريقة التدريب على المهارات:

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

## 3. الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات:

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

## المحاضرة التاسعة: التوحد

### \* التعريف بالتوحد Autism :

يُصنف التوحد على أنه من الاضطرابات الانفعالية الحادة التي تحدث في الطفولة، ومن ثم فهو يُصنف على أنه من الاضطرابات النمائية المحددة واختلفت مسمياته مثل :

- توحد الطفولة المبكرة Early Infantile Autism أو Early Childhood Autism .

إضافة إلى مسميات أخرى مثل :

- الفصام الطفولي .

- أو الاجترار العقلي والتفكير الاجتراري .

- أو ذهان الطفولة .

- أو النمو غير السوي في الطفولة .

وفي بعض الدراسات اعتبر فقدان التفاعل الاجتماعي والعزلة التي يعاني منها الأطفال ، دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه ، وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه.

### \* تصنيف التوحد في الوقت الحاضر :

في الوقت الحاضر يعتبر التوحد اضطراباً ، أو ملازماً له ، ولذلك يُعرف سلوكياً Behavior . والمظاهر

المرضية الأساسية تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً، حيث تتضمن الاضطرابات التالية :

1/ اضطراب في سرعة أو تتابع النمو ( مراحل النمو).

2/ اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات .

3/ اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .

4/ اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات .

## \* سمات أطفال التوحد : Charec teristics

أشار هوارد واورلنسكي Haward & Orlansky 1980 إلى السمات التي يتصف بها الأطفال عند الإصابة بالتوحد ومنها:

- 1- العجز الجسمي الظاهر : وقد يترتب عن ذلك شكوك الأم بأن طفلها أصم أو كفيف .
- 2- البرود العاطفي الشديد : حيث يفتقد الطفل عدم الاستجابة لمشاعر العطف والانتماء من الآخرين ، ويعتقد الأهل أن الطفل يعزف عن صحبة الآخرين ولا يهتم بأن يكون وحيداً .
- 3- تكرار السلوك النمطي : مثل سلوك اهتزاز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس والدوران حول النفس ، وترديد كلمات محددة أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت .
- 4- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب : وصعوبة تعامل الأهل مع الأنماط السلوكية الشاذة كأن يعض الطفل جسده حتى ينزف ، أو يضرب رأسه بالحائط ، أو يقطع أثاث حادة حتى يتورم الرأس ويصبح لونه أسوداً أو أزرقاً .
- 5- الكلام النمطي : الأطفال عند التوحد يتصفون بالبكم ، فهم لا يتكلمون ولكن يهتمون ويكون التكرار النمطي للكلام مباشراً وقد يحدث متأخراً .
- 6- قصور السلوك : أي التأخر في نمو السلوك ، فقد يكون العمر الزمني للطفل عند التوحد خمس سنوات ، بينما سلوكه يتماثل مع سلوك الطفل العادي ذي السنة الواحدة من العمر . وهو يفتقد الاستقلالية Independancy بل يعتمد على الآخرين في طعامه ، أو ارتداء ملابسه .

## \* التوحد والعوق العقلي :

التدقيق في ملاحظة سلوك التوحد ، يمكن تمييزه عن العوق العقلي ، حيث تتشابه السمات السلوكية بينهما ، وفيما يلي إيضاح للسمات الخاصة بكل منها :

العوق	التوحد
1- الطفل المعوق ينتمي ويتعلق بالآخرين ، ولديه وعي اجتماعي نسبي.	1- يفتقد الطفل التعلق بالآخرين ، حتى عند وجود نسبة الذكاء متوسطة لديه.
2- الطفل المعوق عقلياً يفتقد القدرة على التغيير	2- الطفل عند التوحد غير قادر على التعبير

اللفظي والإدراك الحركي والبصري

اللفظي ولديه قدرة محددة للإدراك الحركي  
والبصري.

3- الاستخدام اللغوي والتواصل مع الآخرين 3- صعوبة الاستخدام اللغوي ، وإن وجدت اللغة  
محدود للغاية .  
فهي غير عادية .

4- العيوب والعجز الجسمي نسبته أعلى عند 4- العجز الجسمي والعيوب الجسمية أقل.  
الإعاقة العقلية .

5- يختلف السلوك النمطي باختلاف الإعاقة 5- السلوك النمطي ظاهر . والحركات الكبيرة  
العقلية .  
مثل التآرجح يتم في صورة نمطية .

هذا بالإضافة إلى وجود فروق بين :

- التوحد وفصام الطفولة .
- والتوحد واضطراب التواصل .
- والتوحد واضطرابات السمع والبصر .

والآن يعيننا أن نعرف .. هل من السهولة تشخيص Diagnosis الإصابة بالتوحد في عمر مبكر .

\* تشخيص التوحد في العمر المبكر من الطفولة :

يصعب تشخيص اضطراب التوحد في مرحلة المهد أو الرضاعة ، وقد يتم التشخيص عندما يكتمل الطفل  
عامه الثاني أو الثالث .

وأسباب الصعوبات تتمثل في :

- 1/ عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني ومن ثم صعوبات التشخيص .
- 2/ إصابة الطفل بالقوق العقلي ، يترتب عنها التركيز على القوق العقلي وإغفال تشخيص التوحد وعدم  
اكتشافه .
- 3/ مشكلات اللغة وتأخر النمو اللغوي ، مما يعاني منه طفل التوحد ، قد لا تسمح بأجراء تقييم للمحصول  
اللغوي .

4/ قد تكون مظاهر النمو طبيعية ، ثم يحدث فجأة سلوك التوحد وفقدان المهارات وخاصة عندما يتجاوز عمر الطفل العامين .

5/ قد يكون للوالدين دور في تأخر التشخيص للإصابة بالتوحد ، نتيجة عدم الدراية والخبرة بمراحل النمو والمشكلات المصاحبة .

6/ قد يواجه الطبيب صعوبة في تحديد اضطراب التوحد ، ومن ثم يكون تقييم الإصابة على أنها من مشكلات النمو البسيطة أو الطارئة .

## المحاضرة العاسرة : التدخل المبكر .. الواقع للسياسات المعاصرة

\* تمهيد :

في خلال العقدین الآخرین ، تم التوسع في خدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر ، ونتج عن ذلك:

1- تزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان ، وتضاعف هذه الأهمية للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة .

2- التحول الذي تم في الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في البيئات الأساسية التي يستخدمها الأطفال العاديون ، مثل بيئة الأسرة ودور الحضانة والمدارس التمهيدية .

3- الاعتراف المتزايد بأن الأطفال الرضع وأطفال الحضانة من ذوي الاحتياجات الخاصة ، لهم حقوق في الحصول على فرص متساوية مع من هم في مثل أعمارهم الزمنية ، وبهدف تنمية وتطوير قدراتهم واستعداداتهم .

ومن حيث التدخل المبكر والخدمات العلاجية وغيرها لأطفال ذوي الحاجات الخاصة فإنه يقوم على أساس أن الأهداف العامة للتربية الخاصة Special Education من سن الميلاد إلى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ، يقوم على أساس تدعيم نماء الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب ، قبل أن يؤدي العوق في ظروف الخطر النمائي At - Risk Development ، إلى تغيير أو إعاقة النمو ، وتعثر الاستفادة باستعداداتهم وقدراتهم في المستقبل . بل أن الهدف أيضاً منع أو الوقاية من ظهور العوق الثانوي .

ومن حيث الأسرة التي لديها أبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، فإن الهدف تدعيم الأسرة لكي تقدم أفضل رعاية للأبناء من ذوي الاحتياجات الخاصة ، أو من هم في نظر بيولوجي أو بيئي بسبب العجز والإصابة .

ومن حيث المجتمع ومؤسساته الخاصة بالرعاية ، فإن الجهود الفردية والجماعية عليها تحمل المسئوليات لجعل الخدمات الخاصة ، لهؤلاء الأطفال موضع الجهد الإيجابي الفاعل .

الدلالة اللغوية :

1- التدخل : من حيث الدلالة اللغوية، فإن المصدر دَخَلَ ، والدَّخُلُ خلاف الخرج وتداخل الأمور ، تشابهما والتباسها ودخول بعضها في بعض . والمداخلة دخول الأشياء بعضها في بعض .

2- المبكر : من حيث الدلالة اللغوية ، فإن المصدر بكر . وابتكر بمعنى إدراك الشيء من أوله ، وهو من الباكورة ، وأول كل شيء . وكل من أسرع إلى شيء ، فقد بكر إليه . والباكور من كل شيء ، هو المبكر أي السريع الإدراك .

### \* تعريف التدخل المبكر :

ومن الناحية الإجرائية يُعرف التدخل المبكر Early Intervention ، على أنه يتمثل في إجراءات منظمة ، تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة ، وتدعيم الكفاية الوظيفية competences

Functional لهم ولأسرهم لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر ، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية Prevention Strategies ، بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات العوق أو العجز . وهذه السياسات قد تكون أولية Primary أو ثانوية secondary.

### I. مراحل الطفولة والتدخل المبكر

تقسم مراحل الطفولة من حيث سياسات التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل :

1- المرحلة الأولى : مرحلة الوليد والطفل الحضين وتمتد من الميلاد مباشرة وحتى نهاية السنة الأولى من العمر ، ويطلق على الطفل في هذه المرحلة الطفل الرضيع Infant ، وأن كانت الرضاعة تمتد حتى عامين من العمر .

2- المرحلة الثانية : مرحلة طفل الحضانة Toddler وتمتد من نهاية السنة الأولى من الميلاد حتى بداية الطفولة المبكرة إلى 36 شهراً من حيث الميلاد .

3- المرحلة الثالثة : وهي مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية ( التعليم الأساسي ) Preschool Child وتمتد من 3 سنوات إلى 5-6 سنوات ويُسمى الطفل آنئذ طفل ما قبل التعليم الأساسي .

فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وخدمات التدخل المبكر :

هناك ثلاث فئات من الأطفال ، الذين يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر لهم:

1- الأطفال الذين في حالة خطر بيولوجي , ويعود هذا الى وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة لعوامل

بيولوجية مثل (الجينات , صعوبات فترة الحمل والولادة, أو الالتهابات الفيروسية).

2- الأطفال الذين في حالة خطر بيئي, والذي يكمن في تدني الوضع الاقتصادي وأثره على إضعاف بنية

الصغار ، وإصابتهم بالأمراض التي تعيق نموهم الطبيعي .

3- وهناك فئة أخرى تضم الأطفال المتأخرين نمائياً، والذي يتضح لديهم تأخر نمائي فعلي في أول سنتين من

العمر في مجالين أو أكثر من مجالات النمو .

-برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة :

تكاثرت برامج التدخل المبكر في السبعينات ، ومعظمها اهتم بالقصور Sefect القائم على أن الضعف

Infirmity or Impotence يوجد داخل الطفل وأن العوامل البيئية غير المناسبة هي مجرد عوامل مساهمة .

كما افترض أن الضعف هو مسئولية الآباء بالدرجة الأولى .

لذلك كانت البرامج تركز على التعليم التعويضي Compensation Education، وإلى إرجاع النجاح

لجهود المعلم ، والفشل إلى الخلل في الأسرة .

ثم حدث تحول تدريجي بين الباحثين في الثمانينات نحو رفض النموذج السابق عندما ظهر علم اجتماع التربية

الخاص Social Special Education ، وظهور الاتجاه المعرفي الاجتماعي Social Cognition ،

والقائم على أن النمو عبارة عن عملية تفاعلية Transactional Process ، حيث كان ذلك نهاية الفصل

التقليدي بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي ، والاهتمام بالسياق المتغير لخبرات الطفل ، وفق ما أشار إليه " ساندوز

.1990 Sandows

افضل الممارسات المطبقة حالياً في التدخل المبك.

1- التدخل المتمركز حول الأسرة وليس الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة .

2- الاعتماد على الاتجاه البيئي / الوظيفي في تحديد محتويات المنهج من خلال تحليل خصائص بيئات الطفل

، وفي التدريس من خلال الابتعاد عن الطرق الجامدة والمنظمة بدرجة عالية .

3- التكامل Integration أي تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للطفل .

4- تدريس الحالة العامة ، أي تدريس الطفل تعميم المهارة أثناء اكتسابها .

5- الاعتماد على نموذج الفريق عبر التخصصات .

6- التخطيط لعمليات الانتقال والتحول ، خاصة الانتقال من خدمات المستشفى إلى خدمات المنزل أو مركز رعاية الطفل ، ومن مركز رعاية الطفل أو الأسرة إلى خدمات ما قبل المدرسة ، ومن خدمات ما قبل المدرسة إلى المدرسة . وتعتبر المدرسة إحدى أهم البيئات التي تحتضن الأطفال العاديين وغير العاديين . فالمدرسة مؤسسة اجتماعية وتربوية تكمل دور المؤسسات الأخرى لتربية الأطفال وتقديم الخدمات الاجتماعية لهم والعمل على اكسابهم السلوكيات المناسبة وتعديل السلوكيات غير المناسبة ، وخاصة عندما يكون الأطفال من ذوي الأحتياجات الخاصة .

ومن حيث أن الأسرة هي المحور الأساسي لأبنائها سواء كانوا من الأسوياء أو من ذوي الحاجات الخاصة ، وبذلك فإنه يتعين إبراز دور الأسرة كمؤسسة اجتماعية أساسية في رعاية أبنائها الصغار ، وخاصة عندما يكون الأطفال مصابين بالعوق والعجز ، فأنا سنوضح ذلك فيما يلي .

أولاً- التعديل السلوكي لأطفال التوحد والعلاقات الاجتماعية :

اكتشف " ليوكانر" Leo Kanner عام 1943م اضطراب التوحد ، وشاركه زميله " ليون ايزنبرج " Leon Eisenberg ، وقاما بتحديد اضطرابات السلوك الاجتماعي عند الإصابة بالتوحد . وأهم هذه الاضطرابات والصعوبات :

1/ الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانعزال والتفوق وصعوبة التعامل مع الآخرين .

2/ لا يهتم بالآخرين ، بل يتجاهل من حوله ، ويهتم بالجوانب المادية الموجودة حوله .

3/ يتعامل مع أجزاء جسم من حوله بصورة منفصلة ، فإذا لعب بيد شخص بجانبه فكأن اليد جزء منفصل عن جسد من بجانبه .

4/ يفتقد القدرة على التواصل البصري Eye – Contact فهو لا يطيل تركيز البصر نحو موضوع معين .

5/ يفتقد السلوك المقبول وفق المعايير الاجتماعية ، مثل ما يحدث في حال الشرب أو الأكل .

6/ يهتم بالجوانب الخلقية لمن يتعرف عليهم ، ولكن لا يقيم علاقات اجتماعية أو صداقة معهم .

7/ لا يدرك مشاعر الآخرين ولا يهتم بهم ، ولا يفرق بين الناس والأشياء ، ولا يبذل أي مجهود لتفادي التعثر في الناس إذا كانوا في طريقه ، أو الاهتمام بحاجياتهم .

8/ ضعف الإحساس العاطفي والعلاقة بالآخرين Emotions and Relationships فالارتباط مع الوالدين له مظاهر غير ثابتة ، والمشاعر والعواطف في المواقف الاجتماعية غريبة وغير متوقعة .

9/ صعوبة القدرة على إدراك أفكار الآخرين Understanding other People's Thoughts .  
خاصة وأن لديهم صعوبة في إدراك المفاهيم المجردة . بل يطلق بعض علماء النفس على التوحد مسمى العمى الإدراكي ، حيث لا يدرك المصاب بالتوحد - مثلاً - معنى الخداع والتضليل .

ثانياً : صعوبات القدرات اللغوية :

يواجه أطفال التوحد صعوبات في القدرة على التواصل بصور ومستويات متباينة ، وتتمثل في :

### 1- مرحلة ما قبل التواصل اللفظي Preverbal Communication

الطفل العادي عندما يصل إلى العام الأول ، لديه القدرة على سلوك الانتباه المزدوج Joint -Attention behavior فهو يمكنه أن يؤثر باصبعه تجاه شيء معين بينما طفل التوحد يندر أن يكون سلوكه بهذه الكيفية .

### 2- التواصل غير اللفظي Non - Verbal Communication

الطفل العادي يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله ، ويصاحب ذلك تواصل بصري بينما طفل التوحد تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت ، ولا تنسجم الإيماءات مع الكلام.

### 3- صعوبات الكلام Difficulties in Speech

يصعب على أطفال التوحد تنمية وتطوير القدرة على الكلام . وغالباً ما يعانون من خرس وظيفي ، يصاحب بمشكلات تواصلية عديدة .

والقلة من أطفال التوحد ، ممن يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية :

### 1/3 – المصاداة Echolalia

وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى ، حيث تتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت .  
والأمر عادي بالنسبة للطفل العادي . ولهذا يجب التأكد ما إذا كانت المصاداة بالنسبة للطفل طبيعية ، إذ أنها تتوقف  
قبل أو عند بلوغ الطفل 3 سنوات فإذا استمرت فإن الطفل يكون مصاباً بالتوحد .

### 2/3 – اللغة المجازية Metaphorical Language

وتمثل عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد . وهي ليست اللغة المجازية في البلاغة . ولكنها لغة يُعبر بها  
طفل التوحد لشيء معين ، قد لا يفهمه إلا من يحيط به .

### 3/3 – الكلمات الجديدة Neologisms

وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بالطفل التوحدي ، وحيث لا يعرفها إلا المحيطين به .

### 4/3 – الاستخدام العكسي للضمائر Pronoun Reversal

وهي الصعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح .

### 5/3 – مكونات اللغة Language Systems

يعاني أطفال التوحد من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة ، تتمثل في :

### 1/5/3 – الصوتيات Phonetics : وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام ، حيث تكون نبرة

الصوت عند طفل التوحد شاذة غريبة ، تتصف بالرتابة ، مما يصعب على الملتقي فهمها  
واستيعابها .

### 2/5/3 – المفردات Vocabulary ( الحصيلة اللغوية ) ، حيث يحدث تأخر في الحصيلة اللغوية عند

أطفال التوحد . وقد يعزى ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس  
سنوات عند أطفال التوحد ، وهو سن بدء الكلام لديهم . هذا وأن كان البعض يتمكن من  
تكوين حصيلة لغوية جيدة .

3/5/3 - بناء الجملة الكلامية Syntax وترتيب الكلام . حيث يلاحظ تأخر أطفال التوحد في اكتساب بناء الجملة الكلامية ، وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات .

4/5/3 - دلالات الألفاظ Semantics والخاصة بوصف العلاقة بين الكلمات ومدلولاتها ، حيث يعاني أطفال التوحد في صعوبة إدراك مدلول بعض الكلمات المجردة أو الجمل المجازية . فمثلاً الكلمة الواحدة التي لها دلالة على شيئين مثل ورقة فقد تستخدم كورقة الكتاب أو ورقة الشجرة ، يصعب على طفل التوحد فهمها .

5/5/3 - ملائمة وانسجام اللغة المستخدمة مع المواقف الاجتماعية ، وتوقعات المتلقى . فمثلاً قد يعاني طفل التوحد من صعوبة في فهم ما يقصده المتحدث فيجيب إجابة بعيدة عن المقصود .

### ثالثاً : السلوك الاستحواذي المتكرر Repetitive obsessionalehaviour

وهو السلوك الخاص بفقد المرونة وعدم القدرة على التخيل ، وخاصة خلال ممارسة اللعب ، حيث يفقد أطفال التوحد الإبداع والتجديد والتخيل . كما يفقد أطفال التوحد القدرة على التخطيط ، ويتصف أسلوبهم في حل المشكلات بالجمود ، ويفسر ذلك إلى وجود خلل في الفص الأمامي من المخ وهو المسئول على السلوك الاستحواذي لدى أطفال التوحد .

ويتباين أطفال التوحد في ظهور السلوك الاستحواذي ، فالبعض يظهر السلوك في اللعب ، عندما يصف أشياء بطريقة نمطية متكررة في أنحاء المنزل .

بينما آخرون يظهر لديهم أثناء أداء الواجب المدرسي ، كأن يضع نقطة أو علاقة بعد كل كلمة يكتبها . وبصفة عامة فإن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة بالتوحد ، ترجع إلى التلف الذي يلحق بالمخ أو بعض أجزائه ، ويعد ذلك من أهم الموضوعات التي تشغل بال الباحثين في الوقت الحاضر .

### 2- الرعاية التربوية والتعليمية . لأطفال التوحد [الواقع- كالمأمول] :

ثبت ضعف الافتراض القائم على أن العوق العقلي غير قابل للتعليم ، وأيضاً بالنسبة لأطفال التوحد . ولهذا فإن الرعاية التربوية والتعليمية لأطفال التوحد يتبع فيها ما يأتي :

#### 1- البرامج التربوية :

أفضل برامج التدريس لأطفال التوحد .. هي برامج عالية التنظيم Highly Structured ذلك لأن :

1/1 – الصعوبات التي يعاني منها أطفال التوحد في مجال التفاعل الاجتماعي، تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل ، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات ، وإلا ينسحب الطفل ، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر.

2/1 – تعتمد هذه البرامج ، على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة ، ذات أهداف محددة . وهو أسلوب له عائده على أطفال التوحد .

3/1 – هناك فرصة أمام أطفال التوحد للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسي اليومي والأسبوع ، لأن التغييرات المفاجئة لها ردود أفعال غير طيبة .

وبصفة عامة هذه البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية ، كما أن أطفال التوحد تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل .

## 2- اختيار المدرسة المناسبة :

والتي تفهم طبيعية المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل التوحد . وحيث تتوفر في برامجها المرونة التي تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة . وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة ، وأن تستخدم مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الطفل التوحدي .

ويقتضي ذلك قيام الوالدين بتقصي الحقائق واستشارة جهات الاختصاص للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التي تقابل حاجات أطفال التوحد .

## 3- أفضل نسبة لعدد المتعلمين إلى المعلمين ؟

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالتوحد عن ثلاثة متعلمين لكل معلم ، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية .

## 4- مستوى التحصيل التعليمي :

يتطور لدى أطفال التوحد ، حتى في حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلاً) . والذين يحصلون مستوى تحصيلي جيد ، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة في حياتهم العملية .

وأطفال التوحد من مستوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمي عادي .

وأطفال التوحد ممن تكون معدلات ذكائهم عادية يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين . بينما المواد الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال التوحد .

وعادة أطفال التوحد الذين يعانون من عوق عقلي ، فإن تحصيلهم التعليمي يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادي .

وعند الانتهاء من المراحل الدراسية ، فإن أطفال التوحد يتعلموا مهارات أساسية مثل : مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها .

#### 5- القدرة على التواصل :

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية إخراج الأصوات ونطق الكلمات وتكوين الجمل الكلامية ، وفق قدراتهم الفردية .

والقدرة على التواصل لا تقتصر على القدرة على إخراج الأصوات ، أو تكوين جمل مستقيمة نحويًا ، بل تشمل القدرة على توصيل المعاني والأفكار والتجارب ، عن طريق الحوار في إطار اجتماعي . وهذا الدور ضئيل في عملية التواصل .

#### 6- لغة الإشارة Sign Language

وهي ضرورية في تطوير القدرة على التواصل ، للمساعدة في التعبير عن الأفكار وإيصالها للمتلقى ، وعند استخدام الإشارة اليدوية يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها ، أو تستخدم لتعزيز قدرة الطفل على فهم كلام الآخرين والأهم هو التركيز على تعلم الكلام فهو وسيلة التواصل ، ولغة الإشارة تمثل خطوة على الطريق الموصل إلى تعلم الكلام .

#### 7- تحديد الاحتياجات التربوية :

ويقوم بتحديد الأخصائي النفسي الذي يقوم بتقييم حالة الطفل ، ويشارك في ذلك المعلم وأخصائي النطق إضافة إلى الدور الفاعل للأبوين .

ومن الصعوبات التي قد تواجه الآباء ، عدم توافر كافة الحاجات التربوية للطفل . ولهذا ينصح الوالدان بمراجعة التقرير الذي يعده الأخصائيون ، لتحديد تقييم حالة الطفل ، وما يمكن أن يكون هناك من اتفاق أو اختلاف .

#### 8- الدمج Integration or Unification

البرامج القائمة تقوم على الدمج الحسي Sensory Integration ، لأن اضطراب التوحد ، يضعف من القدرة على تنظيم المثيرات الحسية [ السمعية ، البصرية ، الشمية ، الذوق ، الإحساس بالضغط والجاذبية والحركة ووضع الجسم] ولذلك فإن أطفال التوحد يعانون من اضطراب الدمج الجسمي .

ولهذا يجب أن تكون هناك برامج فردية لكل طفل حسب إحتياجاته الحسية والنمائية الخاصة . وهذه البرامج تقوم على تعرف المدرب على المتغيرات التي تحفز طفل التوحد على الدمج في أنشطة معينة ، فإذا واجه الطفل مشكلة في اختيار النشاط المناسب ، فإن المدرب يعمل على توفير برنامج أكثر ملائمة .

ومحور هذه البرامج يقوم على استخدام اللعب كوسيلة لرفع البرامج إلى تنمية وتطوير الدمج الحسي ، من يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه ، وأكثر توافقاً مع المؤثرات الحسية من حوله .

## المحاضرة 11 : التوحد .. والتدخل المبكر

### الواقع - والمأمول

الأسرة : الفاعلية والأدوار مع أطفال التوحد عند التدخل المبكر :

للأسرة دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ، بصفة عامة، وطفل التوحد بصفة خاصة ، ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة ، لا تتعدى منتصف النهار ، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات ، مما يستدعي أن تلتزم الأسرة بحضور الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات ذات الاختصاص ، كالبرنامج التربوي للطفل ، وتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم ، وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل ، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه .

ومن حيث فاعلية دور الأسرة ، فقد تخلت أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة في عالم الغرب ، عن وجود برامج السكن الداخلي ، والتي تبعد الطفل عن أسرته طوال العام ، واستعاضت بالبرامج النهارية العادية ، ليعود الطفل لمنزله في نهاية اليوم الدراسي .

والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين ، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد والمصابين بالعوق ، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه .

وقد قامت الدكتورة / سميرة عبد اللطيف السعد-بجامعة الكويت- بدراسة حول : قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد ، وخلصت النتائج إلى إعداد برنامج تربوي وتعليمي ، لتحديد إحتياجات الأطفال المصابين بالتوحد ، من وجهة نظر الآباء ، والذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد .

وكان ترتيب أولويات الإحتياجات التدريبية والتعليمية - من وجهة نظر الآباء - كما يأتي :

1/ تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية .

2/ التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة .

3/ تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة .

4/ السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.

5/ التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين ، لفظية أو غير لفظية .

6/ التدريب على كتابة الكلمات البسيطة ( مهارة معرفية ) .

7/ تطوير مهارات الاعتماد على النفس .

8/ التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته .

9/ توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين .

10/ تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية .

11/ تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة .

12/ التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية .

ومن المهارات الهامة لدى أطفال التوحد ، تدريبهم على الاستقلالية الفردية أي تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل ، ومنحه حرية أكثر في المجتمع . هذا يجب اتصاف البرامج بالمرونة ، والتعزيز المتواصل الإيجابي ، والتقييم المنظم ، وعلى أن يكون هناك فريق استشارة وتدريب على رأس العمل من قبل متخصصين .

#### 4- البرامج العلاجية المساندة للتدخل المبكر في علاج اضطراب التوحد :

توجد أساليب التدخل التي تعمل على التخفيف من حدة إعاقة التوحد في بعض الحالات . وهذه الأساليب ليست علاجاً للتوحد ، وإنما دورها مساندة البرامج التربوية والسلوكية لأطفال التوحد.

من هذه الأساليب :

- الحمية الغذائية .

- جرعات هرمون السكرتين .

- العلاج بالفيتامينات ( خاصة B6 + مغنسيوم ) .

1- الحمية الغذائية :

أشار بول شاتوك Paul Shattock بجامعة سنترلاند ببريطانيا - إلى أن أساس اضطراب التوحد . Metabolic disorder .

حيث تبين أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة تأثير الببتايد Peptide وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم ، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء عملية ابيضاض لبعض أصناف الطعام وخاصة الجلوتين Gluten ) بروتين من القمح ومشتقاتها الكازيين Casien ، بروتين من الحليب ومشتقاته ( وحيث يحدث تأثير تحذيري على التوصيل العصبي . ووجود هذا التأثير التحذيري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي ، يحدث اضطراب في أنظمته ، وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة والقناة الهضمية .

كما يشير هذا الاتجاه إلى احتمال أن يكون للتطعيمات التي تعطي للأطفال دور في حدوث اضطراب التوحد . حيث يذكر آباء أطفال التوحد حدوث تغيرات على أطفالهم بعد التطعيم بأيام وأحياناً بساعات محددة .

ويقترح المؤيدون لهذه النظرية برنامجاً غذائياً خاصاً بأطفال التوحد يكون خال من الجلوتين والكازيتين بعد فحوصات مختبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المخدرة ، حيث أن الحمية الغذائية المناسبة ، تساعد كثير من أطفال التوحد ، على تحسن بعض المظاهر السلوكية لديهم ، مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم والتدريب .

#### 2- جرعات هرمون السكرتين Secreten

أشار " وارنر " Warner في 2000م أن من أساليب التدخل العلاجي التي قد تحدث تحسناً عند الإصابة بالتوحد ، إعطاء جرعة واحدة فقط من هرمون السكرتين . ويفضل " الشمري " استخدام السكرتين والسيريناد

Secreten & Serenaid) كثنائي علاجي لما لهما من آثار إيجابية على الحالات التي تعامل معها " الشمري " ، حيث تبين أن تأثير الجرعة الواحدة من هذا الهرمون يستمر 3 أشهر إلى سنة ، وينصح "الشمري" بعدم استخدام الجرعة الثانية قبل مضي 3 أشهر من تاريخ أخذ الجرعة الأولى . ويُعد التواصل البصري لطفل التوحد ، من أهم المؤشرات التي توضح أن التدخل العلاجي لجرعة من هرمون السكرتين له آثار علاجية ، إضافة إلى أن طفل التوحد يمكنه نطق بعض الكلمات أو العبارات ، التي لم تكن لديه القدرة على التحدث بها من قبل الا أن هرمون السكرتين قد يفيد مع حالات ويفيد مع حالات أخرى.

### 3- العلاج بالفيتامينات :

في معهد أبحاث التوحد بجامعة كاليفورنيا ، يُعد رملاند Rimland أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات والمغنسيوم لتعديل سلوك وأعراض التوحد . وفي تجارب " رملاند " 1987م ، تبين أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في الأغذية العادية ، وهذه الجرعات الإضافية من فيتامين B 6 ( جرعات تتراوح بين 30 - 300 مليجرام ) ، وجرعات إضافية من المغنسيوم ( جرعات يومية ما بين 350 - 500 مليجرام ) ، عندما تضاف إلى الوجبات الغذائية لأطفال التوحد ، وحيث تبين أن 30% - 50% من هؤلاء الأطفال يتحسن سلوكهم في جوانب : التواصل البصري ، تحسن في عادات النوم ، الانتباه ، التحدث ، استخدام الكلمات

### 5 - المأمول في سياسات التدخل المبكر مع أطفال التوحد :

ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر ، يفيد ويثمر بشكل إيجابي Positive مع أطفال التوحد وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائم والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل .

ومن العوامل المشتركة بين تلك البرامج مايلي :

(1) دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في المدارس العادية والاستفادة من

الأساليب التربوية الحديثة المتمثلة في استحداث برامج غرف المصادر، وبرامج المعلم المستشار، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة .

(2) توفير البرامج التي تعزز أوجهه القوة لدى الاطفال وتعالج نقاط الضعف لديهم من اهتمامات

الطفل مع اصدقاء طابع الشمولية والمرونة على مناهج المدارس العادية بغرض الوفاء بالاحتياجات

الاساسية لجميع التلاميذ ومراعاة الفروق الفردية بينهم

(3) الاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجداول عالية التنظيم للأنشطة , وفي هذا النطاق تجدر الإشارة الى أهمية استخدام الوسائل المحسوسة والمثيرة لإثباتة الأطفال. والابتعاد كل البعد عن الوسائل المجردة وإضافة الى ماسبق من الممكن الاستعانة بالتقنية الحديثة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة (الحاسب الآلي )

(4) وتدريب اولياء أمور المصابين بالتوحد والمهنيين العاملين معهم ، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية . وتتضمن الضرورة تضامن فريق من الأخصائيين كمعلم التربية الخاصة ، وأخصائي تعديل السلوك ، وأخصائي علاج النطق وأخصائي علاج النطق والكلام ، والتدريب السمعي ، والدمج الحسي ، وبعض العقاقير الطبية والحمية الغذائية .

ويستجيب أطفال التوحد لبرامج التربية الخاصة ذات التنظيم الجيد ، والتي تصمم لتلبية الحاجات الفردية Individual Needs ، وتتضمن التدخل الذي يهتم بعلاج المشكلات التواصلية ، وتنمية المهارات الاجتماعية وعلاج الضعف الحسي ، وتعديل السلوك . على أن يتم ذلك من خلال متدربين ومعلمين من أصحاب الكفاءة والدراية .

ومن أساسيات التدخل المبكر تدريب أطفال التوحد على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة ، مثل تعلم عبور الشارع ، أو التسوق بدرجة بسيطة .

إضافة إلى تنمية المهارات ذات الصلة بجوانب : التواصل البصري ، تحسن في عادات النوم ، الانتباه ، التحدث ، استخدام الكلمات في الأوقات والمواقف المناسبة .

## المحاضرة 12: الموهبة والموهوبين

من الناحية اللغوية تتفق المعجمات العربية والانجليزية على أن الموهبة تعتبر قدرة أو استعداداً فطرياً لدى الفرد ، أما من الناحية التربوية والاصطلاحية فهناك صعوبة في تحديد وتعريف بعض المصطلحات المتعلقة بمفهوم الموهبة ، وتبدو كثيرة التشعب ويسودها الخلط ، وعدم الوضوح في استخدامها ، ويعود ذلك إلى تعدد مكونات الموهبة ، ومع ذلك سننقل بعض التعاريف التي تقاربت حولها وجهات النظر للمصطلحات الآتية:

### تطور مفهوم الموهبة

العبقرية :

قوة فكرية فطرية من نمط رفيع كالتى تعزى إلى من يعتبرون أعظم المشتغلين في أي فرع من فروع الفن ، أو التأمل أو التطبيق ، فهي طاقة فطرية ، وغير عادية ، وذات علاقة بالإبداع التخيلي ، وتختلف عن الموهبة .  
واستخدم تيرمان وهولنجورث اصطلاح العبقرية للدلالة على الأطفال الذين يملكون ذكاءً مرتفعاً ، حيث اعتبر تيرمان كل تلميذ من أفراد العينة التي قام على دراستها ومتابعتها حوالي 35 عاماً ، حصل على + 140 نقطة ذكاء في اختبار ستانفرد بينيه في عداد العباقة.

الموهبة :

سمات معقدة تؤهل الفرد للإنجاز المرتفع في بعض المهارات والوظائف ،  
والموهوب هو الفرد الذي يملك استعداداً فطرياً وتصقله البيئة الملائمة ، لذا تظهر الموهبة في الغالب في مجال محدد مثل الموسيقى أو الشعر أو الرسم ... وغيرها.

الإبداع:

إنتاج الجديد النادر المختلف المفيد فكراً أو عملاً ، وهو بذلك يعتمد على الإنجاز الملموس.

الذكاء :

هو القدرة الكلية العامة على القيام بفعل مقصود ، والتفكير بشكل عقلائي ، والتفاعل مع البيئة بكفاية . فالذكاء قدرات الفرد في عدة مجالات ، كالقدرات العالية في المفردات والأرقام ، والمفاهيم وحل المشكلات ، والقدرة على الإفادة من الخبرات ، وتعلم المعلومات الجديدة.

التمييز :

الموهوبون أو المتميزون كما يعرفهم مكتب التربية الأمريكي : هم الذين يتم الكشف عنهم من قبل أشخاص مهنيين

ومتخصصين ، وهم الذين تكون لديهم قدرات واضحة ومقدرة على الإنجاز المرتفع.

التفوق التحصيلي:

يشير إلى التحصيل العالي ، والإنجاز المدرسي المرتفع.

فالتحصيل الجيد قد يعد مؤشراً على الرّكاء ، ويعرف المتفوق تحصيلياً بأنه الطالب الذي يرتفع في إنجازهِ ، أو تحصيله الدراسي بمقدار ملحوظ فوق الأكثرية ، أو المتوسطين من أقرانه .

تحديد التفوق في ضوء المفاهيم التالية :

1. الذكاء العام:

سلك هذا المنحنى عدد كبير من الباحثين ( سيمشن 1941 ، هوبسن 1948 ، برسي 1949 ، هيلدرت 1952 ، بريدجز 1969 ، فرنون 1977 ، فريمان 1978 ) ، ولكن هناك نقاشاً واسعاً دار حول معامل الذكاء الذي يمكن اختياره لتحديد المتفوق عقلياً عن غيره . فقد رأينا كيف أن تيرمان قد حدد + 140 نقطة ذكاء بالنسبة لتلاميذ المدارس الابتدائية على اختبار ستانفرد بينيه و + 135 نقطة بالنسبة لتلاميذ المدارس الإعدادية ، عندما اختار العينة لدراسته الطويلة الشهيرة . واختارت هولنجورث (1926) + 130 نقطة ذكاء كحد أدنى للتفوق العقلي في اختيار العينة للدراسة التي قامت بها ، ويؤكد بالدوين أن معامل الذكاء ينبغي أن لا يقل عن 130 نقطة على اختبار ستانفرد بينيه . أما دنلاب فهو يرى أن هذا فيه بعض المبالغة واقترح الاكتفاء بذكاء قدره + 120 نقطة كحد أدنى لتحديد التفوق العقلي ، وصنف المتفوقين في ثلاثة مستويات.

ويشير ويلكز هولبي (1979) إلى أن هناك درجة من الاتفاق على أن تكون + 140 ذكاء محكاً مناسباً للتعرف على المتفوق عقلياً مع استخدام اختبار ذكاء فردي بانحراف معياري (15) وهذا يشير إلى أن حوالي (0.38) فقط من المجتمع في عداد المتفوقين . وهذا ما استخدمه تيرمان (1921) .

ويمكن أن نشير إلى أن هناك شبه اتفاق على أن +130 نقطة ذكاء على اختبار فردي لفظي بانحراف معياري (15) هي الحد المناسب لتحديد المتفوق عقلياً في ضوء محك الذكاء بالنسبة لمن يعتبر أن اختبار الذكاء محكاً مناسباً. ويعلق ويكلي وهولي (1979) (بأنه ينبغي أن نتوقع أن الاختبار المصمم لقياس عدة أشياء في وقت واحد لا يمكن الوثوق به تماماً لأن إعادة الاختبار قد تعطينا نتائج مغايرة لذلك فإن البديل عن ذلك هو أن نستخدم عدة اختبارات

ذكاء فإن اتفقت في نتائجها فإن ذلك يعطي مؤشراً على سلامة التقدير .

لهذا ، فإن من المفضل أن يستفيد المشتغلون في الكشف عن المتفوقين عقلياً من هذه الملاحظة وأن يستخدموا أكثر من اختبار للذكاء عند التعرف على المتفوقين . وقد أشار لوسيتو (1963) إلى أن اختبارات الذكاء الجمعية واختبارات التحصيل من الوسائل الأساسية التي يوصي باستخدامها معظم العاملين في مجال التفوق . وذلك من أجل التعرف الأولي على المتفوقين عقلياً . وعند تطبيق اختبارات الذكاء على هؤلاء تبين أننا نقيس الإمكانيات العقلية كالذاكرة والتعرف والتفكير المحدد . وهذه الاختبارات تفيد في تحديد التلاميذ الذين لا يسجلون درجات مرتفعة في اختبارات التحصيل المقننة ، ولكن لديهم القدرة الكامنة على ذلك ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن اختبارات التحصيل أحياناً تكشف النقاب عن التلاميذ الذين لا يظهرون تفوقاً في اختبارات الذكاء الجمعية . ولكنه من الممكن أن يقوم المعلم في المدرسة من خلال اختبارات الذكاء الجمعية ، واختبارات التحصيل المقننة في التعرف على المتفوقين بصورة مبدئية ثم يقوم الأخصائي في القياس النفسي أو الأخصائي النفسي المدرب بإجراء اختبارات أخرى لانتقاء المتفوقين منهم عقلياً كاختبارات الذكاء الفردية أو استخدام قوائم الملاحظة ، أو التعرف على بعض السمات الانفعالية أو الدافعية التي يتميز بها المتفوق عقلياً .

## 2. تحديد التفوق في ضوء التفكير الابتكاري:

فلقد أثبت جيتزلس وجاكسون أنه عندما أخذنا مجموعتين من التلاميذ في المدارس الثانوية إحداها تمثل ذوي الذكاء المرتفع والأخرى تمثل ذوي القدرة المرتفعة على التفكير الابتكاري ودرسا الأداء التحصيلي لكل من المجموعتين تبين أن هذا الأداء كان متماثلاً مما دعاها للزعم أن الذكاء والتفكير الابتكاري نمطان مختلفان من التفكير لأن اختبارات التفكير الابتكاري التي قاما بتصميمها كانت ترتبط ارتباطاً ضعيفاً باختبارات الذكاء من: 0.10، 0.50 .)

كما أثبت جيتزلس وجاكسون أن مجموعة ذوي المستوى المرتفع من التفكير الابتكاري تملك خصائص انفعالية ودافعية تختلف عن ذوي الذكاء المرتفع . وأشارا إلى أننا نفقد حوالي 67% من المتفوقين إذا اعتمدنا على اختبارات الذكاء وحدها لأن نسبة الذين يملكون قدرة مرتفعة في كل من الذكاء والابتكار كانت حوالي 33% من أفراد العينة . ولتحسين نتائج ملاحظة المعلمين فقد تم وضع قوائم ملاحظة تساعد المعلمين على تحديد التفوق ، وتضم هذه القائمة البنود التالية:

1. أن يمتلك الطفل قدرة ممتازة على الاستدلال والتعامل مع المجردات والتعميم من حقائق جزئية.

2. أن يكون لديه فضول عقلي على درجة عالية.

3. أن يتعلم بسهولة ويسر .
4. أن يكون لديه قدر كبير من الاهتمام.
5. أن يكون لديه ساحة انتباه واسعة . وهذا يجعله يدأب ويركز على حل المشكلات.
6. أن يكون ممتازاً في المفردات اللغوية كماً ونوعاً بالمقارنة مع أترابه الذين في مثل سنه.
7. أن يكون لديه القدرة على القيام بعمل فعال بصورة مستقلة.
8. أن يكون قد بدأ القراءة بصورة مبكرة.
9. أن يظهر قدرة فائقة على الملاحظة.
10. أن يظهر أصالة ومبادرة في أعماله العقلية.
11. أن يظهر يقظة واستجابة سريعة للأفكار الجديدة.
12. أن يملك القدرة على التذكر بسرعة.
13. أن يملك مستوى تخيل غير عادي.
14. أن يتابع مختلف الاتجاهات المعقدة ببسر.
15. أن يكون لديه اهتمام كبير بطبية الإنسان ( مشكلة الخلق والمصير. )
16. أن يكون سريعاً في القراءة.
17. أن يكون لديه عدة هوايات.
18. أن يكون لديه اهتمامات في المطالعة في شتى المجالات.
19. أن يستخدم المكتبة بفعالية وبصورة مستمرة.
20. أن يكون ممتازاً في الرياضيات وعلى الأخص في حل المشكلات.

### 3. تحديد التفوق في ضوء مستوى التحصيل الدراسي:

التحصيل الدراسي من المحكات الرئيسة في الكشف عن المتفوقين ، وذلك باستخدام السجلات المدرسية ، لأن التحصيل يعتبر أحد المظاهر الأساسية عن النشاط العقلي الوظيفي عند الفرد ولكن خطورة هذا النوع من التحديد للمتفوق عقلياً هو أن هناك بعض التلاميذ المتفوقين لا يحققون نجاحاً بارزاً في التحصيل الدراسي وهذه الفئة أصبحت ظاهرة متكررة ومؤكدة في كثير من الدراسات.

وهناك عدة عوامل ترتبط بضعف القدرة على الإنجاز أو التحصيل عند المتفوق وهذه العوامل هي:

1. ضعف الوضوح وقصور في التحديد عند اختيار المواد الدراسية والمهنية.
2. ضعف في ضبط الذات.
3. معاناة من الانطواء والانكفاء الذاتي.
4. استثمار ضعيف للوقت والمال.
5. وجود ميول عصائية.
6. خضوع في الأسرة ، أو خضوع ذاتي.
7. سيطرة أبوية أو إهمال شديد.
8. عدم وجود أهداف ، أو وجود مطالب والدية صعبة التحقيق.
9. ضعف من حيث النضج وتحمل المسؤولية.
10. عدم الاهتمام بالآخرين.
11. ضعف في كل من السيطرة والاقتناع والثقة بالنفس.
12. فتور الهمة والانسحاب من الحياة.

#### 4. تحديد التفوق في ضوء الموهبة:

إن اصطلاح الموهبة قد استخدم للدلالة على الأفراد الذين يصلون في أدائهم إلى مستوى مرتفع في مجال من المجالات غير الأكاديمية كالفنون والألعاب الرياضية والمهارات الميكانيكية والقيادة الجماعية . وكان وراء هذا الاعتقاد تلك الآراء التي أشارت إلى أن هذه المجالات ليس لها علاقة بالذكاء فالمواهب هي قدرات خاصة لا صلة لها بالذكاء لأنها قد توجد عند المتخلفين عقليا.

ولكن النتائج في البحوث المتقدمة التي تمت على أصحاب المواهب قد دلت على عدم صحة الآراء السابقة وأن هناك ارتباطا إيجابيا بين المواهب الخاصة ومستوى الذكاء ، والعلاقة بين الذكاء والموهبة علاقة إيجابية ، فالذكاء عامل أساسي في تكوين نمو المواهب جميعا.

كما أن وراثة الموهبة أمر مشكوك فيه بعد أن ثبت أن الموهبة قد تختفي عند بعض أبناء الموهوبين . كما أن هناك مواهب تظهر وتفتتح عند بعض الأفراد نتيجة التربية والتدريب وتوافر الذكاء.

وقد استخدمت إحدى المؤشرات التالية في التعرف على الموهوبين :

. مستوى مرتفع في التحصيل الأكاديمي.

- . مستوى مرتفع في الاستعداد العلمي .
- . موهبة ممتازة في الفن أو إحدى الحرف .
- . استعداد مرتفع في القيادة الجامعية .
- . مستوى مرتفع في المهارات الميكانيكية .

### أنماط التفوق العقلي

1. ذوي القدرة على الاستظهار .
2. ذوي القدرة على الفهم .
3. ذوي القدرة على حل المشكلات .
4. ذوي القدرة على الإبداع .
5. ذوي المهارات .
6. ذوي القدرة على القيادة الجماعية .

مستويات المتفوقين عقلياً:

1. فئة الممتازين : وهم الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين ( 120 أو 125 ) إلى ( 135 أو 140 ) إذا طبق عليهم اختبار ستانفورد بينيه .
2. فئة المتفوقين : وهم من تتراوح نسبة ذكائهم بين ( 135 أو 140 ) . 170 على نفس المقياس السابق .
3. فئة المتفوقين جداً ( العباقر ) : وهم الذين تبلغ نسبة ذكائهم 170 فما فوق .

أما تصنيف كرونشانك فيقسمه إلى مستويات ثلاثة كما يلي :

أ . الأذكاء المتفوقون : هم الذين نسبة ذكائهم بين 120 . 135 ويشكلون ما نسبته 5% . 10%

ب . الموهوبون : تتراوح نسبة ذكائهم بين 135 . 140 إلى 170 ويشكلون ما نسبته 1% . 3%

ج . العباقر ( الموهوبون جداً ) : تتراوح نسبة ذكائهم 170 فأكثر وهم يشكلون 0.00001% أي ما نسبته واحد من كل مئة ألف . أي نسبة قليلة جداً .

## الموهوب

### من هو الموهوب ؟

إن الطفل الموهوب في رأي جماعة من المربين هو الذي يتصف بالامتياز المستمر في أي ميدان هام من ميادين الحياة. وفي تعريف آخر " هو من يتمتع بذكاء رفيع يضعه في الطبقة العليا التي تمثل أذكى 2% ممن هم في سنه من الأطفال ، أو هو الطفل الذي يتسم بموهبة بارزة في أية ناحية. "

وقد أجمع معظم الباحثين والعلماء على أن الموهوب هو الذي يمتاز بالقدرة العقلية التي يمكن قياسها بنوع من اختبارات الذكاء التي تحاول أن تقيس:

1. القدرة على التفكير والاستدلال.
2. القدرة على تحديد المفاهيم اللفظية.
3. القدرة على إدراك أوجه الشبه بين الأشياء والأفكار المماثلة.
4. القدرة على الربط بين التجارب السابقة والمواقف الراهنة.

ومن التعاريف المشهورة للموهوب ما أوردهته الجمعية الأمريكية القومية للدراسات التربوية 1958 حيث ذكرت أن الطفل الموهوب " هو من يظهر امتيازاً مستمراً في أدائه في أي مجال له قيمة. "

كما استخدم مصطلح الموهوبين كل من فليجلر وبيش 1959 " الموهوبون هم من تفوقوا في قدرة أو أكثر من القدرات الخاصة. "

### قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين

(تحديد الموهوب)

تعتبر عملية تشخيص الأطفال الموهوبين عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات والتي تتطلب استخدام أكثر من أداة من أدوات قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين ، ويعود السبب في تعقد عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين إلى تعدد مكونات أو أبعاد مفهوم الطفل الموهوب ، والتي أشير إليها في تعريف الطفل الموهوب ، وتتضمن هذه الأبعاد القدرة العقلية ، والقدرة الإبداعية ، والقدرة التحصيلية ، والمهارات والمواهب الخاصة ، والسمات الشخصية والعقلية . ومن هنا كان من الضروري الاهتمام بقياس كل بعد من الأبعاد السابقة ، ويمثل الشكل التالي الأبعاد التي يتضمنها مفهوم الطفل الموهوب ، وأدوات القياس الخاصة به .

## أبعاد عملية قياس وتشخيص الطفل الموهوب

القدرة العقلية التحصيل الأكاديمي القدرة الإبداعية السمات الشخصية والعقلية

مقاييس مقاييس مقاييس الإبداع مقاييس السمات

القدرة العقلية التحصيل الأكاديمي الشخصية والعقلية

أحكام المدرسين

مقاييس القدرة العقلية :

تعتبر القدرة العقلية العامة المعروفة مثل مقاييس ستانفورد - بينية ، أو مقياس وكسلر من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة العقلية العامة للمفحوص ، والتي يعبر عنها عادة بنسبة الذكاء وتبدو قيمة مثل هذه الاختبارات في تحديد موقع المفحوص على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ، ويعتبر الطفل موهوبا إذا زادت نسبة ذكائه عن انحرافين معياريين فوق المتوسط .

مقاييس التحصيل الأكاديمي :

تعتبر مقاييس التحصيل الأكاديمي المقتنعة أو الرسمية ، من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية ، والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية ، وعلى سبيل المثال تعتبر امتحانات القبول أو الثانوية العامة ، أو الامتحانات المدرسية ، من الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص ، ويعتبر المفحوص متفوقا من الناحية التحصيلية الأكاديمية إذا زادت نسبة تحصيله الأكاديمي عن 90 .%

مقاييس الإبداع :

تعتبر مقاييس الإبداع أو التفكير الابتكاري أو المواهب الخاصة من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة الإبداعية لدى المفحوص ، ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي والذي يتألف من صورتين : اللفظية والشكلية ، من المقاييس المعروفة في قياس التفكير الإبداعي وكذلك مقياس تورانس وجيلفورد للتفكير الابتكاري ، والذي تضمن الطلاقة في التفكير ، والمرونة في التفكير ، والأصالة في التفكير ، ويعتبر المفحوص مبدعا إذا حصل على درجة عالية على مقاييس التفكير الإبداعي أو الابتكاري .

مقاييس السمات الشخصية والعقلية :

تعتبر مقاييس السمات الشخصية والعقلية التي تميز ذوي التفكير الابتكاري المرتفع عن غيرهم وأحكام المدرسين ، من الأدوات المناسبة في التعرف إلى السمات الشخصية ، العقلية ، من مثل الطلاقة والمرونة والأصالة في التفكير ، وقوة الدافعية والمثابرة ، والقدرة على الالتزام بأداء المهمات ، والانفتاح على الخبرة .

كما تعتبر أحكام المدرسين من الأدوات الرئيسية في التعرف إلى الأطفال الموهوبين أو الذين يمكن أن يكونوا موهوبين والذين يتميزون عن بقية الطلبة العائين ، وتتكون أحكام المدرسين من خلال ملاحظة المدرس للطلبة في المواقف الصفية واللا صفية ، فقد يجمع المدرس ملاحظات حول مدى مشاركة الطالب الصفية ، وطرحه لنوعية معينة من الأسئلة ، واستجابته المميزة ، واشتراكه في الجمعيات العلمية ، وتحصيله الأكاديمي المرتفع ، وميوله الفنية الموسيقية والرياضية.

### خصائص الطلبة الموهوبين وطبيعة تعلمهم

وهذه الخصائص تميز الفرد المتفوق بالمقارنة مع كل من هو في فئته العمرية:

1. التفوق في المفردات.
2. التفوق اللغوي العام ( التعبير )
3. التفوق في القراءة.
4. التفوق في المهارات الكتابية.
5. التفوق في الذاكرة.
6. التفوق في سرعة التعلم.
7. التفوق في مرونة التفكير.
7. التفوق في المحاكات المجردة .
9. التفوق في التفكير الرمزي.
10. القدرة على التعميم والتبصر.
11. الاهتمام بالغموض والأمور المعقدة.
12. التخطيط والتنظيم.
13. الإبداعية والخيال الإبداعي.
14. التفوق في الجدة والأصالة.
15. حب الاستطلاع.
16. الحس المرهف في الطبيعة والعالم.
17. المدى الواسع من المعلومات.
18. المدى الواسع من المعلومات.

19. الاهتمامات الجمالية التذوقية .
20. الانتباه للتفاصيل.
21. الأداء المتميز.
22. الإنجاز المدرسي المتفوق.
23. القيادة.
24. الانتباه والتركيز.
25. المثابرة.
26. نقد الذات.
27. الفطنة والجد.
28. الخلق العالي والانضباط العالي.
29. الصدق والانفتاح والأمانة.
30. يمكن الاعتماد عليه.
31. التفوق في المسؤولية الاجتماعية.
32. التعاون.
33. الحس العام المتميز.
34. الشعبية بين الأقران.
35. الحماس وحب الخبرات الجديدة.
36. الحس الجيد بالنكتة.
37. الإدراك الجيد للعلاقة الميكانيكية.
38. الاتزان الانفعالي.
39. الاكتفاء بالذات والثقة بها.
40. الصحة الجيدة.
41. طاقة ممتازة للعمل.
42. نمو عام سريع.

## المحاضرة 13: الدمج

مقدمة :

في الماضي القريب نسبيا كان معظم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يدخلون المدرسة العادية لأنه لم يكن ثمة بدائل أخرى متوفرة لديهم ولأنه لم يكن لدى المدارس آلية وأدوات للكشف المبكر عنهم، وكان البعض يحرم من الالتحاق بالمدرسة ولا يلتقي أية خدمات تربوية تذكر يسبب وجود إعاقات شديدة ظاهرة لديهم، وعلى أية حال فالأطفال ذوي الحاجات الخاصة لم يحصلوا على أي دعم خاص من كوادر مدرية في المدرسة العادية بل كانت القضية برمتها بأيدي المعلمين ليفعلوا ما يعتقدون انه مناسب وكان عدد لا يستهان به من هؤلاء الأطفال يفصلون من المدرسة أو يعيدوا الصفوف مرة أو أكثر أو يتسربون من المدرسة .

ومع مرور الوقت وتغير الأوضاع جاء الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي كان العامل الأساسي لإنشاء التربية الخاصة ومع تطورها أصبحت المجتمعات توفر المدارس أو الصفوف الخاصة للأطفال المعاقين وخاصة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. وأصبح هناك توجه قوي نحو الفصل بين الأطفال العاديين وأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

ولكن التجاوب والخبرات كانت مؤلمة وكشفت ان المدارس والمؤسسات الخاصة والمناهج والأساليب الخاصة ليست الحل المثالي فليس كل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة غير قادرين على التعلم في الصف العادي ولو جزئيا. ومع زيادة مستوى المعرفة بالتأثيرات المحتملة للبرامج التربوية الخاصة التقليدية أصبح هناك تغيير تدريجي في الفلسفة التربوية بلغ ذروته في العقد الماضي وفي النصف الأخير من العقد السابع من هذا القرن ظهرت ما يعرف باسم التطبيع وهي حركة قامت على افتراض مفاده أن من حق الناس المعوقين أن يعيشوا حياتهم كما يعيشها الآخرون جميعا إلى الحد الأقصى الممكن وجاءت هذه الحركة كرد فعل على حياة العزلة والاستثناء التي كانت مفروضة عليهم وفي السبعينيات بذلت جهود مكثفة في دول عديدة لترجمة هذه الفلسفة إلى برامج عملية في المدارس وذلك ما عرف باسم الدمج.

### 1- مفهوم الدمج :

تستخدم كلمة الدمج للدلالة على التناسق بين الأجزاء لتكون كلا واحدا متكاملا وفي نظم التربية تعني دمج نظم تربوية منفردة إلى تضم أكثر تكاملا للأفراد الذين سبق تقديم لهم نظم أو خدمات منفصلة ويقصد بأسلوب الدمج تقديم مختلف أنواع الخدمات والرعاية للمعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة الأفراد العاديين وهذا يعني عدم عزل هؤلاء الأفراد في مؤسسات خاصة من أقرانهم العاديين.

هذا البرنامج شغل الكثير من المهتمين والمتخصصين في تربية وتأهيل المعاقين في أمريكا ظهر بظهور القانون الأمريكي رقم 14294 الذي نص على :

ضرورة توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعوقين مع أقرانهم العاديين.

ويرى kouffman ان الدمج احد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة وهو يتضمن وضع الأطفال المعوقين عقليا بدرجة بسيطة في المدارس الابتدائية العادية مع اتخاذ الإجراءات التي تضمن استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة في هذه المدارس ويرى كل من madden و slinin أن الدمج يعني ضرورة أن يقضي المعوقين أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر.

وهناك جماعة من المختصين اختاروا مصطلح التكامل للتعبير عن عملية المعوقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ويميز أصحاب هذا الرأي بين أربع أنواع من التكامل :

1- التكامل المكاني : الذي يشير إلى وضع المتخلفين عقليا في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية.

2- التكامل الوظيفي : يعني إشراك المتخلفين عقليا مع التلاميذ العاديين عند استخدام معدات وموارد مختلفة.

3- التكامل الاجتماعي : الاشتراك في الأنشطة غير الأكاديمية مثل اللعب، الرحلات , تربية فنية

4- التكامل المجتمعي : إتاحة الفرصة لذوي الاحتياجات الخاصة للحياة في المجتمع بعد تخرجهم من المدارس

أو مراكز التأهيل بحيث يضمن لهم حق العمل و الاعتماد على النفس.

2- أنواع الدمج :

1-2 دمج كلي تربوي:

ويقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للطلاب العاديين ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها نظيره العادي مع تقديم خدمات التربية الخاصة.

2-2 الدمج الجزئي:

ويقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة في مادة دراسية أو أكثر مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية.

3-2 الدمج الاجتماعي : هو نفسه التكامل الاجتماعي الاشتراك يقتصر في الأنشطة التربوية.

## أهداف التربية الخاصة :

لا تقتصر التربية الخاصة على مجرد الاهتمام بتربية المعاقين سمعياً أو بصرياً أو ذهنياً لكنها تمتد لتشمل تربية غير العاديين كمرض القلب أو مرض السكري و المصابين بالأمراض المزمنة صعوبات الكلام وعسر القراءة صعوبات التعلم وعسر الحساب، وتهدف التربية الخاصة في عمومها إلى إعداد تلك الفئات للحياة.

وتعتبر فلسفة التربية الخاصة وسيلة فعالة في مساعدة الفئة الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيشون فيه وإعدادهم الإعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة العامة التي يعيشها العاديين وفي نفس الوقت الدمج يعني تكوين شعور جماعي عاطفي ووجداني، انعدام العزلة، مزاوله أنشطة مع ذويهم من الأسوياء، تحسين المهارات الاستقلالية، تحسين مفهوم الذات، انجاز المهمة.

## 3- أساليب الدمج :

تختلف أساليب دمج المعاقين من بلد لآخر حسب كل منها حسب نوع الإعاقة ودرجتها حيث يمتد من مجرد وضع معوقين في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً في الفصل العادي وإمدادهم بما يلزم من خدمات خاصة.

### 1- الفصول الخاصة : هي فصول بالمدرسة العادية يلحق بها ذوي الاحتياجات الخاصة في بادئ الأمر مع إقامة

الفرصة للتعامل مع أقرانه العاديين أطول فترة ممكنة في اليوم الدراسي.

### 2- غرفة المصادر: فيها يتلقى ذوي الاحتياجات الخاصة بصورة فورية بعض الوقت حسب جدول ثابت بجانب

وجوده في الفصل العادي.

### 3- الخدمات الخاصة : يقدمها معلم متخصص يزور المدرسة العادية من 2-3 مرات أسبوعياً لتقديم مساعدة

فردية منتظمة في مجالات معينة (قراءة- كتابة- الحساب) لبعض ذوي الاحتياجات الخاصة.

### 4- المساعدة داخل الصف : حيث يلحق الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي مع تقديم

الخدمات اللازمة له داخل الصف (استخدام الوسائل التعليمية-الأجهزة التعويضية - دروس الخصوصية).

### 5- المعلم الاستشاري : حيث يلحق الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي ويقوم المدرس العادي

بتعليمه مع أقرانه العاديين، ويتم تزويد المعلم بمساعدات عن طريق المعلم الاستشاري أو المعلم المتجول. وهنا

يتحمل معلم الفصل العادي مسؤولية إعداد البرامج وتطبيقها.

## 4- متطلبات الدمج

دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين ليس عملية سهلة .بل هناك عدة متطلبات لابد من مواجهتها.

1- التعرف على الاحتياجات التعليمية الخاصة بالتلاميذ المعوقين بصفة خاصة. حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها من الناحية الأكاديمية والاجتماعية و النفسية في الفصول الدراسية. ( لكل طفل معوق قدراته العقلية وإمكاناته الجسمية و حاجاته النفسية و الاجتماعية و الفردية التي قد تختلف كثيرا عن غيره من المعوقين)

2- إعداد القائمين على التربية : تهيئة كل من يتصل بالعملية التربوية من مدرسين ,نظار ,موجهين لفهم الغرض من الدمج وكيف تحقق المدرسة أهدافها في تربية المعوقين بحيث يستطيعوا الإسهام بصورة ايجابية في نجاح إدماجهم في التعليم وإعدادهم لاندماج في المجتمع.

3- إعداد المعلمين : قبل تنفيذ أي برنامج يجب توفير مجموعة من المعلمين ذوي الخبرة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة ,إعدادهم للتعامل مع العاديين والمعاقين , كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرق التدريس لمواجهة الحاجات الخاصة للمعوقين في الفصل العادي , معرفة أساليب التوجيه وإرشاد التلاميذ العاديين بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين.

4- إعداد المناهج و البرامج التربوية : من متطلبات الدمج ضرورة إعداد المناهج و البرامج التربوية المناسبة التي تتيح للمعوقين فرصة التعليم. تنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والتربوية ومهارات الحياة اليومية. تتيح الفرص المناسبة لتفاعل التلاميذ المعوقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم.

5- اختيار مدرسة الدمج : - تتطلب عملية الدمج اختيار إحدى مدارس الحي أو المنطقة التعليمية لتكون مركزا للدمج-استعداد مدير المدرسة والمعلمين لتطبيق الدمج في مدرستهم - توفر الرغبة و التقبل لدى الإدارة والمعلمين - توفر بناء مدرسي مناسب- توفر خدمات وأنشطة تربوية - تعاون مجلس الأولياء و المعلمين بالمساهمة في نجاح التجربة.

6- إعداد وتهيئة الأسر : يطلب من اسر الأطفال المعوقين أن تجري تعديلا في تفكيرها حول تربية أطفالها وذلك بإشراكهم في اتخاذ جميع القرارات التي تؤثر في البرامج التعليمية للأطفال.

7- إعداد وتهيئة التلاميذ : لنجاح تجربة الدمج فان من حق التلاميذ أن يكونوا على وعي كامل بالتغيرات الجوهرية في النظام المدرسي.

- تلاميذ عاديين إتاحة الفرصة لمناقشة أسئلتهم ومخاوفهم واهتماماتهم ومعرفة متى وكيف يتعين لهم مساعدة رفاقهم المعوقين.

- تلاميذ معوقين يحتاجون لتعليم أكثر لإعدادهم لبيئة الفصل العادي مثل أتباع برامج محددة ,إيجاد شبكة الأقران الداعمين.

8- انتقاء الأطفال الصالحين للدمج :لهم خصائص متعددة (إعاقة بسيطة- متوسطة - شديدة ) مهاراتهم في التواصل جيدة ,يعاني من انسحاب أو بعض مشكلات النفسية والسلوكية والاجتماعية بسبب عدم تفهم الأولياء للإعاقة أو تقبلهما,ومنهم من يكون والداه متفهمين للإعاقة ويسعون على مساعدته وفق الأسس التربوية السليمة .

### شروط الأطفال القابلين للدمج :

- الطفل المعاق في نفس المرحلة العمرية للطلبة العاديين .
- الاعتماد على نفسه لقضاء حاجاته
- الطفل المعاق من نفس سكان المنطقة المحيطة بالمدرسة أو تتوفر له وسيلة تنقل آمنة
- اختيار الطفل من قبل لجنة للحكم على قدرته على مسايرة برامج المدرسة والتكيف معها.
- أن لا تكون إعاقة من الدرجة الشديدة أو لديه إعاقات متعددة.

### 5- مميزات الدمج وأهميته:

1- يركز الدمج على خدمة ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئاتهم والتخفيف من صعوبات التي يواجهونها سواء في التكيف والتفاعل والتنقل والحركة وينطبق ذلك على طلبة المناطق البعيدة والمحرومة من الخدمات كالمناطق الريفية.

2- يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن من الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.

3- يساعد الدمج في تخليص الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من الشعور بالذنب والإحباط و الوصم

4- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع و بالذات العاملين في المدارس العامة من مدراء ومدرسين وطلبة وأولياء أمور وذلك من خلال اكتشاف قدرات وإمكانات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي لم تتح لهم الظروف المناسبة للظهور.

5- الصداقة غالبا ما تنشئ وتنمو الطلاب العاديين والطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصل الدراسي

العادي والتي لا تتوفر لها المناخ المائل في المدارس الخاصة المنعزلة.

- 6- دعم النشاط المدرسي .
- 7- دعم النشاط المدرسي .
- 8- يدخل مهارات وأساليب مدرسي التربية الخاصة إلى المدرسة العادية ومناهجها للاستفادة منها.
- 9- يساهم الدمج في إعداد الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة يؤهلهم للعمل والتعامل مع الآخرين في بيئة اقرب للمجتمع الكبير وأكثر تمثيلا له.
- 10- تقديم الخدمات الخاصة والمساندة للطلاب من غير ذوي الاحتياجات الخاصة.

## 6 - سلبيات الدمج :

الدمج مثل أي شيء له وجهين فكما له ايجابيات وأهداف وقيمة كثيرة له بعض السلبيات ومنها :

- 1- عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيدا في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية قد يؤدي إلى إفشال برامج الدمج مهما تحققت له الإمكانيات.
- 2- إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية قد يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوفرا في مراكز التربية الخاصة (و الذي يعتبر احد الأسس والمبادئ للتربية الخاصة لأنه من الخطأ اعتبار أن كل مجموعة من الأطفال المعاقين في درجة واحدة من التجانس فهم قد يشكرون في نوع الإعاقة إلا أن درجتها تختلف من فرد لأخر وعليه كان من الضروري تفريد الرعاية حتى تكون النتائج أحسن وأفضل ذلك أن كل أسلوب تربوي لابد أن يراعي نوع الإعاقة وشدتها).
- 3- قد يؤدي الدمج إلى زيادة غولة الطفل الذي هو من ذوي الاحتياجات الخاصة عند المجتمع المدرس وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أو الدمج المكاني من أهداف الدمج تخلص الشخص المعاق من إعاقته وعزلته. فالدمج في هذه الحالة يزيد عقدة الطفل المعاق عقدا كثيرة فإذا رأى الأطفال الأصحاء يلعبون تزيد العقدة، وإذا رأهم يركضون تزداد العقدة وهكذا تتوالى العقد النفسية.
- 4- فقد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة وباقي طلبة المدارس خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي و العلامات كمييار أساسي في الحكم على الطالب.
- 5- قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبالتالي التأثير على مستوى دافعتيهم نحو التعلم وتدعيم المفهوم السلبي عند الذات خاصة إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق المعوق

وإمكانياته حيث أن المدارس العادية تطبق المعيار الصفّي في التقييم في حين أن الطفل المعاق يحتاج إلى تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة مع أداء المجموعة الصفّية.

## 7- آليات تطبيق سياسة الدمج :

هناك بعض الخطوات التي تساعد عملية الدمج المدرسي للطفل المعاق والتي تهدف إلى إعداد الأسرة والطفل و المدرسة لهذه العملية:

- 1- تهيئة المدرسة للدمج من خلال زيارة مسؤولي التأهيل للمدرسة والتحدث مع الإدارة , والهيئة التدريسية وشرح أهمية هذه العملية.
  - 2- إعلان أهل الطفل بمواعيد التسجيل وتحضيرهم لزيارة هذه المدرسة مع إرشاد الأهل إلى ضرورة اصطحاب الطفل المعاق إلى المدرسة في الأيام الأولى إلى أن يتعود الذهاب إلى المدرسة بمفرده أو برفقة زملائه أو أبناء حيه.
  - 3- شرح مختصي التأهيل للمدرسين حالة الشخص (الطفل المعاق) وما يستطيع فعله, وكيف يتواصل مع الآخرين إضافة إلى الصعوبات التي يواجهها والى الأدوية التي يأخذها في أثناء تواجده في المدرسة ومواعيده وكيف يقضي حاجته الأساسية .
  - 4- قيام المدرس بمساعدة مختص التأهيل لتهيئة طلاب الصف لاستقبال الطالب المعاق وتخصيص أوقات معينة يقوم فيها هؤلاء الطلبة بمساعدة زميلهم.
  - 5- يقوم المدرس باطلاع أسرة الطفل المعاق على واجباته المدرسية وضرورة تعليمه في المنزل من قبل أفراد الأسرة حتى يتمكن من تعديل الفارق الحاصل بينه وبين العاديين.
  - 6- تأكيد المختص على الطريقة التي يجب على المعلمين التعامل بها مع الطفل المعاق.
  - 7- التعاون مع المرشد الاجتماعي في المدرسة إن وجد.
  - 8- طرح موضوع الدمج المدرسي للأطفال المعوقين في اجتماعات مجلس الأولياء ويشرحه لهم مع تأكيد أهمية انتظام الطفل المعاق في المدرسة وكسب تعاونهم وتقبلهم لهذا البرنامج وتسيير تقدم أبنائهم للطفل المعاق.
- ## 8- الاتجاهات نحو الدمج :

هناك ثلاث اتجاهات رئيسية نحو سياسة الدمج يمكن الإشارة إليها على النحو التالي

### الاتجاه الأول :

يعارض أصحاب هذا الاتجاه فكرة الدمج ويعتبرون تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس خاصة بهم أكثر فعالية وأمنًا وراحة لهم وهو يحقق أكبر فائدة.

### الاتجاه الثاني :

يؤيد أصحاب هذا الاتجاه فكرة الدمج لما لها من اثر في تعديل اتجاهات المجتمع والتخلص من عزل الأطفال والذي يسبب إلحاق وصمة العجز والقصور والإعاقة وغيرها من الصفات السلبية التي قد تكون لها اثر على الطفل ذاته وطموحه ودافعيته أو على الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام.

### الاتجاه الثالث :

يرى أصحاب هذا الاتجاه بأنه من المناسب المحايدة والاعتدال وبضرورة عدم تفضيل برنامج على آخر بل يرون أن هناك فئات ليس من السهل دمجها بل يفضل تقديم الخدمات الخاصة بهم من خلال مؤسسات خاصة. وهذا الاتجاه يؤيد دمج الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة المتوسطة في المدارس العادية ويعارض فكرة دمج الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة جدا (الاعتمادية) ومتعددي الإعاقات.



## قائمة المراجع :

1. Benn , R . (1993) Conceptulizing Eligibility for Early Intervention Services . In D.M. Bryant & M. A . Grahom ( Eds ) . Implementing Early Intervention : Form Research to Effective Practice ( pp . 18 – 45 ) New York : The Guilford Press.
2. Foster , R. & Foster , B . ( 1993) . Defintional Issues : Prevalence Participation . and Service Utilization . In : D. M . Bryant & M. A . Graham ( Eds . ) . Implementing Early Intervention : Form Research to Effective Practicecpp 67 – 91 . New York : The Guilford Press .
3. [http//www.caihand.org/dang](http://www.caihand.org/dang)
4. [http//www.gulfkinds.com](http://www.gulfkinds.com)
5. Kirk , S. & Gallagher , J . ( 1989 ) . Educating Exceptional Children . ( 6<sup>th</sup> ed .) Boston ; Houghton Mifflin .
6. [www.wkipidia.com](http://www.wkipidia.com)
7. أسامة مُجَّد البطانية وآخرون، علم النفس الطفل غير العادي، ط 1، دار المسيرة، عمان، 2007م.
8. إيهاب سعد عبد العزيز النبراوي، برنامج مقترح لإعداد معلمي التربية الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء الكفايات، رسالة دكتوراه، جامعة حلوان، مصر، 2008م.

9. التوحد : ( ماهيته / أسبابه / أساليب التعامل معه / وحدة البحوث والتطوير / أكاديمية التربية الخاصة )  
الرياض .
10. جمال الخطيب، منى الحديدى، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، مكتبة  
الفلاح للنشر والتوزيع، ط2، 2004
11. جمال الخطيب، منى الحديدى، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، ط2، مكتبة الفلاح،  
بيروت، 2003م.
12. جوزيف ف-ريزو، روبرت ه، زابل (ترجمة) . عبد العزيز الشخص و زيدان احمد السرطاوي  
(1999). تربية الأطفال و المراهقين المضطربين سلوكيا. النظرية و التطبيق ، الجزء الأول ، ط1، العين، دولة  
الإمارات العربية المتحدة ، دار الكتاب الجامعي .
13. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، مكتبة علم المعرفة، مصر،  
1997م.
14. حقائق عن التوحد : ( مرجع سابق ) - ص ص 123/1342 .
15. حقائق عن التوحد : ( مرجع سابق ) - ص ص 86 / 105 .
16. حقائق عن التوحد : سايمون كوهين / باتريك بولتون - ترجمة د/ عبد الله إبراهيم الحمدان ، إصدار  
أكاديمية التربية الخاصة- الرياض - 1421هـ - ص ص 62 / 74 .
17. دكتور / طارش مسلم الشمري : ( مرجع سابق ) - ص ص 135 / 138 .
18. دكتور / طارش مسلم الشمري : ( مرجع سابق ) - ص ص 137 / 138 .
19. دكتور / طارش مسلم الشمري : الأطفال التوحيديون : أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج ،  
ندوة الإعاقات النمائية - تنظيم جامعة الخليج العربي ومؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود - البحرين  
( 19 - 21 محرم 1421هـ - 24-26 إبريل 2000م ) - ص ص 134 / 135 .

20. دكتور/ محمد عبد الرزاق هويدي : استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر . [ ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة - تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية - وبرعاية مؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية - أبو ظبي 14-15 ذو القعدة - 20-23 مارس 1997م ] ص ص 173 / 175 .
21. سعيد حسني العزة، التربية الخاصة لذوي الإعاقة العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط2، دار الثقافة، عمان، 2001م.
22. سناء منير مسعود .(2002).فاعلية برنامج سلوكي معرفي لتحسين تقدير الذات و الأداء الأكاديمي لدي تلاميذ ذوي فرط النشاط. رسالة ماجستير. كلية التربية . جامعة طنطا .
23. السيد علي سيد و فائقة محمد بدر .(1999) . اضطراب الانتباه لدي الأطفال أسبابه و تشخيصه و علاجه . القاهرة . مكتبة النهضة المصرية .
24. صالح حسن الداھري،سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة،دار وائل للنش،2005
25. صالح حسين الداھري، سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار وائل للنشر، عمان (الأردن)، 2005م.
26. قطان أحمد الظاهر، مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار وائل للنشر، عمان (الأردن)، 2005م.
27. ماجدة السيد عبید، الوسائل السمعية التعليمية في التربية الخاصة، ط1، دار صفاء، عمان، 2000م.
28. محمد النوبي محمد.(2005). اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. الأنجلو المصرية. القاهرة.
29. مصطفى النوري القمش، خليل عبد الرحمان المعايطه، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان، 2007م.

