



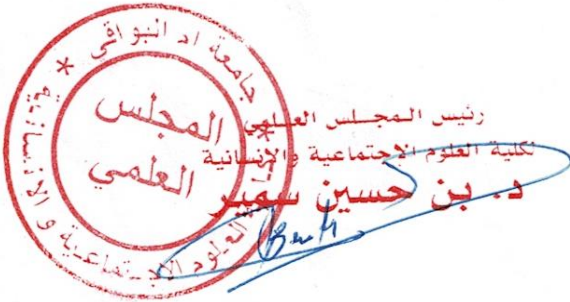
أم البواقي في: 2022/10/09

مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية  
المنعقد يوم 06 جويلية 2021

الموضوع: المصادقة على مطبوعة بيداغوجية

بناء على محضر اللجنة العلمية لقسم العلوم الاجتماعية و على التقارير الإيجابية للخبراء بروال مختار، زروالي وسيلة، العايب نورة المعتمدين لتقييم مطبوعة التربية الخاصة " (موجهة للسنة الثانية ماستر علم النفس المدرسي)، المقدمة من طرف الدكتورة عداد وسام. تم اعتماد المطبوعة البيداغوجية على أن يتم وضع نسخة على الموقع الإلكتروني.

رئيس المجلس العلمي





وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي -  
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية  
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية في مقياس :

## التربية الخاصة

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس المدرسي

إعداد

د. وسام عداد

السنة الجامعية 2021/2020

جامعة العربي بن مهدي - أم البواقي -  
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية  
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية في مقياس :

## التربية الخاصة

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس المدرسي

إعداد الدكتورة

عداد وسام

السنة الجامعية 2021/2020

وحدة التعليم: الأساسية

المادة: التربية الخاصة

الرصيد: 10

المعامل: 17

أهداف التعليم: ( ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة ، في ثلاثة أسطر على الأكثر )

تقديم معارف نظرية عن واقع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر .  
تمكين الطالب من طرق التكفل التربوية والتعليمية لمختلف الإعاقات والاضطرابات المصاحبة لها .  
المعارف المسبقة المطلوبة (وصف مختصر للمعرفة المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم،  
سطين على الأكثر )

محتوى المادة :

-صعوبات التعلم – البيداغوجيا

المبحث الأول: مقاربات نظرية للتربية الخاصة .

1-4 ما ذا نعني بالإعاقة السمعية.؟ .

14-الإعاقة الحسية وتصنيفاتها .

3-3 خصائص وسمات الأطفال المتخلفين ذهنيا .

3-2 أعراض التوحد وخصائصه .

3-1 عوامل التوحد ومفاهيمه .

3-الخصائص السلوكية و التربوية للطفل التوحدي .

3-2 خصائص الأطفال المتخلفين ذهنيا .

2-2 أنواع الإعاقة الذهنية وتصنيفاتها .

1-2 الإعاقة الذهنية- المفاهيم والأسباب .

2- مفهوم وتصنيفات الإعاقة الذهنية .

2-1 أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وصعوبات التمدرس .

1-1 أصول التربية الخاصة ومفاهيمها .

1-مدخل إلى التربية الخاصة .

5-الوهن الحركي الدماغى وتصنيفاته الأساسية ..

6-الطفل الموهوب و التوجهات الحديثة ..

المبحث الثاني: الاستراتيجيات التعليمية و التربوية للتكفل بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

2-1 أسلوب تحليل فنيات السلوك التطبيقي .

2-أساليب تعديل السلوك لتعليم و تربية المعاقين ذهنيا .

1-النماذج العلاجية التربوية في التربية الخاصة .

2-2 الطرق التعليمية لمتابعة الطفل المتخلف ذهنيا .

- 3-1 الطرق التعليمية لتأهيل الأطفال التوحديين .
- 3- نماذج لوسائل و برامج للتكفل بالطفل التوحدي .
- 4-1 الخدمات التربوية، العلاجية، الوقائية لصغار الصم والبكم .
- 4- أساليب تدريس أطفال ذوي إعاقة حسية ..
- 4-2 احتياجات التعليمية للمعاقين بصريا .
- طريقة التقييم: متواصل + امتحان.**

## المحتويات:

المحاضرة الأولى: مقاربات نظرية للتربية الخاصة

المحاضرة الثانية: أصول التربية الخاصة ومفاهيمها

المحاضرة الثالثة: استراتيجيات التربية الخاصة

المحاضرة الرابعة: الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها في التربية الخاصة

المحاضرة الخامسة: مفهوم وتصنيفات التربية الإعاقة الذهنية

المحاضرة السادسة: الخصائص السلوكية والتربوية للطفل التوحد

المحاضرة السابعة: الإعاقة السمعية

المحاضرة الثامنة: الوهن الحركي الدماغي وتصنيفاته الأساسية

المحاضرة التاسعة: الطفل الموهوب والتوجهات الحديثة

المحاضرة العاشرة: النماذج العلاجية التربوية في التربية الخاصة

المحاضرة الحادية عشر: البرنامج العلاجية و أساليب التدريس الفعالة للتوحد

المحاضرة الثانية عشر: أساليب تدريس ذوي إعاقة حسية

## مقدمة:

إن المتتبع لتاريخ التربية الخاصة وللمراحل التي مرت بها تربية وتعليم المعوقين، يلاحظ مدى التطور الذي حدث في هذا الميدان ، ويجد أنه لم بعد قاصرا على الدول العربية الغنية التي لديها الإمكانيات المادية للإنفاق على برامج التربية الخاصة، فلقد ظهرت العديد من الهيئات والمنظمات الدولية والخيرية التي أحدثت على عاتقها مساعدة الدول النامية والفقيرة على العناية بمن لديها من معوقين وذوي حاجات خاصة.

فان مانشده ونلمسه الآن يعتبر ثورة حقيقية في مجال التربية الخاصة ، فلقد امتد الاهتمام ليشمل جميع الفئات المعوقين ، كما بدأت تظهر وتكشف إعاقات جديدة لم تكن مصنفة في الماضي وإن كانت خصائصها أو مظاهرها معروفة كما في حالة ، قصور الانتباه وفرط الحركة، التوحد ، إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات.

لقد قمنا بإعداد هذه المطبوعة لتزويد الطلبة بمعلومات رئيسية عن فئات المعوقين او ذوي الحاجات الخاصة الذين تشملهم البرامج التربوية الخاصة بخدماتها، حيث تضمنت هذه المطبوعة البيداغوجية الحديث عن جميع فئات الإعاقة فهو لم يتطرق إلى استعراض كافة الموضوعات المتعلقة بكل فئة من فئات الإعاقة، وخصائصها ، وأسبابها، وقد اختتمنا الحديث عن كل فئة بعرض بعض التوصيات أو الأساليب التي تراعى عند التدريس لأفراد هذه الفئة.

وكما سبق وأشرنا فإن هذه المطبوعة لا يستعرض بتعمق جميع المحاضرات المتعلقة بكل فئة من فئات الإعاقة أو التربية الخاصة، لأن الهدف منه هو تزويد الطالب بمعلومات رئيسية تساعد على فهم التطور الذي حدث في ميدان التربية الخاصة والتعرف على المفاهيم الرئيسية لكل فئة من فئات هذه التربية، جاءت هذه المطبوعة من اثني عشر محاضرة كل محاضرة تحتوي على عدة مواضيع ، حيث احتوت المحاضرة الأولى على: مقاربات نظرية للتربية الخاصة، أما المحاضرة الثانية أصول التربية الخاصة ومفاهيمها، وأما المحاضرة الثالثة فتطرقنا إلى استراتيجيات التربية الخاصة تضمنت المحاضرة الاعترافات التربوية التي يجب مراعاتها في التربية الخاصة.

أما المحاضرة الخامسة: المحاضرة الخامسة مفهوم وتصنيفات التربية الإعاقة الذهنية

والمحاضرة السادسة تحدثنا عن الخصائص السلوكية والتربوية للطفل التوحدي ويلمها المحاضرة ال  
سابعة الإعاقة السمعية.تناولنا في المحاضرة الثامنة الوهن الحركي الدماغى وتصنيفاته الأساسية وال  
محاضرة التاسعة: الطفل الموهوب والتوجهات الحديثة كما انه في المحاضرة العاشرة

أدرجنا النماذج العلاجية التربوية في التربية الخاصة وتلمها المحاضرة الحادى عشر البرنامج العلاجية و  
أساليب التدريس الفعالة للتوحد ولزاما منا في المحاضرة الثانية عشر اشرنا لأساليب تدريس ذوي  
إعاقة حسية

## الأهداف البيداغوجية:

- تقديم معارف نظرية عن واقع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
- تعرف الطالب على أنواع الفئات الخاصة وكيف يمكن تشخيصها.
- تمكين الطالب من طرق التكفل التربوية والتعليمية لمختلف الإعاقات والاضطرابات المصاحبة لها.

# المحاضرة الأولى:

-مقاربات نظرية للتربية الخاصة

- التشريعات والقوانين في مجال التربية الخاصة

## المحاضرة الأولى:

### مقاربات نظرية للتربية الخاصة

#### تمهيد :

أولت المجتمعات القديمة الكمال البدني اهتماما كبيرا، لا عجب في ذلك فلقد كانت طبيعة الحياة في تلك المجتمعات تتطلب من الفرد أن يعتمد على قوته البدنية في أداء الأعمال المتعلقة بالزراعة والبناء والحروف اليدوية (سيسالم 1997). بالإضافة إلى ما اشتهرت به بعض المجتمعات القديمة من سيطرة الروح العسكرية والقتالية عليها كما في روما واسبرطة، وأثينا، حيث أن أهمية الفرد فيها كانت تحدد بدرجة قدرته على تحمل المهام القتالية، لهذا فقد كان الفرد السليم القوي البنية هو الذي يحظى بتقدير واعتراف المجتمع، أما الفرد المعطل الصحة فقد كان يهمل ويلفظ في المجتمع ويترك ليموت بأساليب مختلفة، وكان هذا التصرف مشروعا في ذلك الوقت.

وخلال العصور الوسطى انتشرت العديد من الملاجئ ودور الإيواء (النزل) التي كانت تشرف عليها الكنائس في أوروبا، والمساجد والجمعيات الدينية في البلاد العربية، وقد اقتصرَت الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات على تقديم المأكل والملبس والمأوى للمعوقين، إلا أن هذه المؤسسات لم تكن بالعدد الكافي الذي يمكنه أن يحتوى على عدد كبير من المعوقين، لهذا انتشر العديد منهم في الشوارع يمارسون مهنة التسول، وكان من الظواهر المعتادة في الشوارع أوروبا أن تجد أعدادا كبيرة من المعوقين يحمل كل منهم بيده كأسا معدنية يتلقى فيها قطع النقود المعدنية من المارة، لهذا أطلق على المتسول في تلك الفترة اسم اليد التي تحمل الكأس. HAND CUP.

ثم دمجت الكلمتين معا وتشكل منهما مصطلحا جديدا يتداوله الجميع في شتى أنحاء العالم وهو مصطلح معاق HINDICAP للتعبير عن الشخص الذي يمنعه عجزه الجسمي أو العقلي عن العمل فيتجه إلى التسول.

لقد كانت الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحو المعوقين في تلك الفترة يسودها السلبية والانحراف والخوف، من أن يؤثر هذا المعاق على تميز المجتمع (جلب 1995)، هذا فقد عمل المسئولين في العديد من دول العالم إلى فصلهم عن المجتمع ومنعهم من الزواج، كما ارتفعت الأصوات بضرورة تعقيمهم، ولقد صدرت التشريعات الحكومية في عدد من الدول لإجازه هذه الإجراءات، وأطلق على هذه المرحلة بمرحلة العزل في عدد من الدول لإجازه هذه الإجراءات، وأطلق على هذه المرحلة بمرحلة العزل والتطهير، وقد امتدت هذه الفترة حتى نهاية القرن التاسع عشر.

### -التشريعات والقوانين في مجال التربية الخاصة:

في بداية القرن العشرين بدأت الاتجاهات نحو المعوقين تتغير وتميل إلى الايجابية خاصة بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية اللتين أنتجتا مئات الألوف من المصابين من مدنيين وعسكريين في أنحاء كثيرة من العالم أخذت إصابتهم شكل الإعاقة، وبالتالي لم يعد مفهوم المعاق قاصرا على ماكان متعارفا عليه الماضي، كما زاد عدد العائلات التي تعاني بعض أفرادها من إعاقة ما نتيجة لإصابته في الحرب، أدى ذلك إلى تطور في اهتمام بعض الحكومات بالمعاقين وأنشأت عدد من المؤسسات والمراكز التي تعنى بشؤون المعوقين، إلا أن حجم الرعاية الصحية والتعليمية والتأهيلية التي كانت تقدمها هذه المؤسسات كان محدودا ولا يفي بالحاجات المختلفة لهؤلاء المعوقين، هذا بالإضافة إلى أن معظم هذه المؤسسات كانت مؤسسات إقامة داخلية، لهذا بالإضافة إلى أن معظم هذه المؤسسات كانت مؤسسات إقامة داخلية، لهذا فقد عزلت المعاق عن البيئة الاجتماعية وعن التفاعل مع الأسوياء من أفراد المجتمع.

لقد اخذ التطور الذي حدث لخدمات المعوقين في الدول العربية وباقي دول العالم أشكالا مختلفة أبرزها:

1-إصدار القوانين والتشريعات الحكومية التي تؤكد على أحقية المعاق في الحياة الكريمة في مجتمعه مثل كافة المواطنين وذلك بأن تتاح له فرص التعليم والتأهيل، والعلاج والتدريس، والعمل بما يتوافق مع قدراته وإمكانياته.

2-ظهور العديد من الجمعيات والهيئات الأهلية والدولية التي تعنى بشؤون المعوقين والتي تعمل على توفير الدعم الفني والمالي والمعنوي والسياسي للبرامج والمشروعات الخاصة بالمعوقين.

3- ظهور عدد من المؤسسات والهيئات العلمية المتخصصة التي تعني بإجراء البحوث والدراسات في مجال الإعاقة كما تعمل على إصدار النشرات والمجلات والدوريات العلمية، وتقوم على الإعداد والإشراف على المؤتمرات والندوات حول الإعاقة والتربية الخاصة.

4- إنشاء أقسام التربية الخاصة في عدد من الجامعات العربية ومعظم الجامعات العالمية لإعداد متخصصين في مجال العمل مع المعوقين.

5- اتجاه عدد كبير من دول العالم بتطوير برامج تربية وتعليم المعوقين بحيث لم تعد هذه البرامج قاصرة على المدارس الخاصة ومراكز الإقامة بل أصبحت تطبق برامج الدمج في التعليم العام لتساعد المعاق على تطوير مهاراته الاجتماعية والنفسية إضافة إلى قدراته التعليمية.

- القانون العام رقم 18-105 لعام 1997 ويطلق عليه اسم قانون تعليم المعاقين المعدل أو قانون تعليم الأفراد المعوقين لعام 1997 ونص هذا القانون على ضرورة متابعة مستوى انجاز وتحصيل الطلاب المعوقين في المدارس العامة، ومراقبة مدى التطور في اكتسابهم للمهارات المختلفة (اللغوية، الاجتماعية، الحركية، النفسية العقلية) والتي تضمنها البرنامج التربوي الفردي، هذا وقد الحق هذا القانون أربعة ملاحق رئيسية هي :

1- الحق القانوني لعائلة المعاق

أ- لعائلة المعاق الحق في فحص التقارير والملفات الخاصة بطفلهم.

ب- لعائلة المعاق الحق في أن تطلب إعادة تقييم حالة طفلهم على يد جهة أخرى مستقلة عن الجهة التي تتبع المدرسة أو الإدارة التعليمية.

ج- للعائلة المعاق الحق في أن تطلب كتابيا عن أي تغيير في البرنامج التعليمي أو العلاجي أو المهني الخاص بطفلهم، والذي سبق لهم اعتماده بالموافقة عليه.

د- لعائلة المعاق في حضور الجلسات التي تعقدها المدرسة أو الإدارة التعليمية لمناقشة حالة طفلهم) سيسالم، 2018: 20)

2- نزاهة التقييم :

أ- للمعاق الحق أن تقيم قدراته ومهاراته المختلفة قبل الالتحاق بالبرنامج التربوي أو العلاجي أو المهني.

ب- للمعاق الحق في أن يتم تقييم قدراته ومهاراته المختلفة باستخدام الأدوات والاختبارات الملائمة والتي سبق تقييمها والتأكد من ملائمتها لطبيعة إعاقته.

ج- للمعاق الحق في أن يقوم على تقييم قدراته ومهاراته فريق من المتخصصين غير متحيزين له أو ضده. (نفس المرجع : 20)

- 3- البرامج التربوية الفردية:

- أ- للمعاق وعائلته الحق في الحصول عن تقرير مفصل عن مستوى أدائه في الجوانب الأكاديمية والحركية والعقلية والنفسية والاجتماعية.

- ب- للمعاق وعائلته الحق في الحصول عن الأهداف قصيرة المدى والأهداف بعيدة المدى التي تسعى البرامج التربوية الفردية إلى تحقيقها.

- ج- للمعاق وعائلته الحق في الحصول على تقرير مكتوب عن نوع الخدمات المتوقع الحصول عليها من خلال تطبيق البرنامج التربوي الفردي.

- د- للمعاق وعائلته الحق في الحصول على تقرير مكتوب عن الفترة الزمنية المتوقعة لانتهاؤ من تنفيذ البرنامج التربوي الفردي.

- هـ- للمعاق وعائلته الحق في الحصول على تقرير سنوي عن كيفية التي يتم فيها متابعة أو مراقبة تنفيذ البرنامج التربوي الفردي، وعن من قاموا بعملية المراقبة أو المتابعة والنتائج النهائية التي توصلوا إليها من خلال متابعتهم وتنفيذهم البرنامج التربوي الخاص به.

- 4- أقل البيئات تقيدا:

- أ- للعائلة المعاق الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات الخاصة بتحديد البيئة التعليمية التي سوف يلتحق بها طفلهم، وعادة ما يتم هذا القرار بناء على طبيعة ودرجة إعاقة الطفل وبناء على ذلك يتم اختيار واحدة من البيئات التعليمية الآتية:

- المدارس والفصول العامة (الدمج)

- غرفة المصادر في المدارس العامة.

- مدارس التربية الخاصة النهارية.

- فصول التربية الخاصة.

- التعليم المنزلي.

- المستشفيات ومراكز الإصلاح
- المدارس والمؤسسات الداخلية ( سنطرق إلى هذه العناصر في محاضرة التالية)
- ب- للعائلة المعاق الحق في المطالبة بأن تتاح لطفلها المعاق الفرص التعليمية المتاحة للطفل العادي( كمال، 2018: 21)

# المحاضرة الثانية :

أصول التربية الخاصة ومفاهيمها

( التربية الخاصة مفاهيم التربية الخاصة ،

مبادئ التربية الخاصة، الأسس التي تقوم

عليها التربية الخاصة أهداف التربية الخاصة)

## المحاضرة الثانية :

### أصول التربية الخاصة ومفاهيمها:

#### أولا - التربية الخاصة:

تعرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية، وقد عرفها ويستتر webstre على أنها عبارة عن تلك النظم والسياسيات التعليمية السائدة في المجتمع لكنها تقدم بطريقة غير عادية لأفراد غير عاديين يحتاجون إلى كل أنواع الرعاية والمساعدة من المجتمع الذي يعيشون فيه: كما عرفت على أنها: عبارة من مجموعة من النظم التعليمية والخدمات الخاصة التي تقدم إلى مجموعات معينة أو فئة معينة من الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى كل مساعدة ممكنة لمساعدتهم على التكيف.

لقد عرف تونيكين وكولانا (2003) التربية الخاصة على أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والأساليب المنظمة التي تقدم للطلاب ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، وجلبهم للتكيف العام وتحقيق الذات، وتهدف التربية الخاصة كمجال إلى التعرف على الطلاب من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة، وإعداد البرامج التربوية والتعليمية المناسبة و، مصحوبة بالوسائل التعليمية التي تساعد على التأهيل والتطور.

ثانيا : وتتضمن التربية الخاصة عدة مفاهيم :

## 2- مفاهيم التربية الخاصة:

### 2-1- الضعف :

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

### 2-2-العجز :

وهو مفهوم يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف،وغالبا يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية.

### 2-3-الإعاقة :

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

### 2-4-الحالات الخاصة:

وهذا المفهوم أوسع من المفاهيم السابقة حيث انه لا يقتصر على الذين ينخفض أداؤهم على أداء الآخرين (المعوقين وإنما يشتمل على الذين يكون أداؤهم أحسن من أداء الآخرين (الموهبيين والمتفوقين)

3- خدمات التربية الخاصة: إن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلبيا على قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضا الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة.

-4

وتشمل خدمات التربية الخاصة الفئات الرئيسية التالية:

- الموهبة والتفوق .
- الإعاقة العقلية.
- الإعاقة السمعية .
- الإعاقة البصرية.
- الإعاقة الحركية
- الإعاقة الانفعالية
- التوحد.
- اضطرابات النطق واللغة .

**4--تعدد العوق :** هو وجود أكثر من عوق لدى التلميذ من الإعاقات المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة مثل الصمم الخ...تؤدي إلى مشاكل تربوية شديدة لا يمكن التعامل معها من خلال البرامج التربوية المعدة خصيصا لنوع واجد من أنواع العوق.

التلميذ غير العادي :هو التلميذ الذي يختلف في قدراته.العقلية أو الجسمية أو الحسية والصحية او التواصلية أو الأكاديمية اختلافا يوجب تقديم خدمات التربية الخاصة.

**5-التلميذ العادي :** هو الذي لا يحتاج إلى خدمات التربية الخاص.

**6-القابلون للتدريب :** وتتراوح درجة ذكائهم من 45-40 درجة تقريبا على اختبار وكسل راو 51- 36 درجة تقريبا على اختبار ستانفورد بينيه ،او ما يعادل أي منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

**7-الفئة الاعتمادية :** وتكون درجة ذكائهم اقل من 45 درجة على اختبار وكسلر /و36 درجة تقريبا على اختبار ستانفورد بينيه ،أو ما يعادل أي منهما من اختبارات ذكاء مقننه أخرى.

**8-الموهبة والتفوق :** الشخص الموهوب والمتفوق هو الذي لديه قدرة بارزة ومتميزة عن أقرانه في مجال أو أكثر من مجالات الذكاء أو التفكير الإبداعي أو التحصيل الدراسي أو المهارات والقدرات الخاصة.

**9-الإعاقة العقلية :** هي حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح (75 درجة ذكاء فما فوق ) يكون متلازماً مع جوانب قصور في المجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية مثل (التواصل العناية الذاتية ،الحياة المنزلية المهارات الاجتماعية ،التوجيه الذاتي الصحة والسلامة والمهارات الأكاديمية).

**10-الإعاقة السمعية:** تشمل الإعاقة السمعية كلا من الصمم والضعف السمعي ،والأصم هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يعيقه عن المعالجة الناجحة للمعلومات اللغوية من خلال السمع باستعمال السماعات الطبية أو بدون استعمالها، وضعيف السمع هو الفرد الذي يوجد لديه بقايا سمعية يستطيع من خلال استعمال السماعة الطبية معالجة المعلومات اللغوية بنجاح من خلال السمع.

**11-الإعاقة البصرية:** الكفيف هو الشخص الذي تقل حدة إبصاره يقوى العينين بعد التصحيح عن 60/6مترا ( 200/20 قدم) أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها (20درجة)

**12-الإعاقة الحركية:** هم الأطفال الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي ،مما يستدعي توفير خدمات متخصصة تمكنهم من التعلم.

**13-الإعاقة الانفعالية:** الطفل المضطرب هو ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي أو على تحصيل أقرانه ، بالإضافة إلى التأثير على الآخرين.

**14-اضطراب التوحد:** هو اضطراب يحدث لدى الطفل قبل بلوغه 36 شهراً من وظيفته الأساسية مايلي:

- الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه وما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين.
- الانطواء وانعزال وعدم القدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين.
- وجود سلوكيات نمطية غير هادفة ومتكررة بشكل واضح.

**15-صعوبات التعلم:** وهم الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير

والكلام والتهجئة والحساب والتي لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة والتفكير والكلام والتهجئة والحساب التي لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات.

**16-اضطرابات التواصل:** هي اضطرابات ملحوظة في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم نمو اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة وهي نوعان.

**17- اضطرابات الكلام :** هي خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يلاحظ في إرسال واستخدام الرموز اللفظية وتصنيف اضطرابات الكلام:

- اضطرابات الصوت.
- اضطرابات النطق.
- اضطرابات الطلاقة.

**ب اضطرابات النطق أو اللغة:** هي اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة. والاضطراب يمكن أن يشمل احد أو جميع اللغة التالية :  
شكل اللغة (الأصوات التراكيب، القواعد).  
محتوى اللغة (المعني).

الاستخدام الوظيفي للغة (الاستخدام العملي للغة في المواقف المختلفة لتخدم أغراضا مختلفة)

### ثالثا: مبادئ التربية الخاصة:

تقوم التربية الخاصة على مجموعة من المبادئ العامة والتي بمجملها تركز على:  
أن تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية أمر واجب وان التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية.

#### • وتتضمن البرامج التربوية الفردية:

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

- تحديد معايير الأداء الناجح.
- تحديد المواد والأدوات اللازمة.
- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.

إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.

-إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة. والأسرة هي المعلم الأول والاهم لكل طفل.

-إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة.

-مراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن.

رابعاً: الأساس التي تقوم عليها التربية الخاصة:

أ الأساس الديني :

لقد اقر الدين الإسلامي مبادئ وأساساً عامة تكفل لكافة أفراد المجتمع حياة هانئة آمنة، وتنتير لهم طريق الذي يجب عليه سلوكهم. والمعاقين جزء لا يتجزأ من ذلك المجتمع، وانطلاقاً من ذلك فقد اعتنى ديننا الإسلامي الحنيف بهم عناية لم يعرف تاريخ البشرية لها مثيلاً.

ب- الأساس القانوني:

يتمثل في المواثيق الدولية والإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والإعلانات العالمية لحقوق المعاقين وما تضمنه من توجهات وأبعاد إنسانية، اعترافاً عالمياً بحقوق المعاقين.

ج: الأساس الاقتصادي:

يؤكد الأساس الاقتصادي على ضرورة الاهتمام بتقديم الخدمات التعليمية العامة والمهنية للمعاقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عيبا على مجتمعهم.

#### د: الأساس الاجتماعي:

وهو الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها وتعليمه متطلبات العيش الكريم بها، وهذا مما ساعد ظهور الاتجاه التربوي المسمى) التأهيل المعتمد على المجتمع المحلي)

#### • الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة:

هناك فروق واضحة واضحة بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة ، وتبدو هذه الفروق واضحة بين كلا منهما في النقاط التالية:

تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين تتبنى التربية العامة طرائق التدريس جمعية في تدريس الأطفال في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب. تتبنى التربية العامة منهاجا موحدا في كل فئة عمرية أو قف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهاجا منهاجا لكل فئة، تشتق منه الأهداف التربوية فيما بعد. تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين مثلا : تستخدم الخريطة في تعليم الطفل العادي، في حين تستخدم الخريطة المجسمة او الناطقة مع الطفل .للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ،كما يستخدم جهاز (Optacon) في تدريس القراءة للمكفوفين في حين لا تستخدم مثل هذا الجهاز في تدريس القراءة للأطفال العاديين، وتستخدم لغة الإشارة ((Sing Language) في تدريس الصم.في حين لا تستخدم مل هذه اللغة في تدريس الأطفال العاديين كما قد يستخدم جهاز النطق الصناعي مع الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية كالمعوقين عقليا، وسمعيًا، والمصابين بالشلل الدماغي في حين لا يستخدم مع الأطفال العاديين.

• ومهما يكن من فروق بين الأهداف التربية الخاصة والعامة فان كلا منهما بهتم بالفرد ولكن بطريقته الخاصة ،ومع ذلك فتشترك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد ايا كان، على تنمية قدراته

واستعداداته والى أقصى حد ممكن والعمل على تحقيق اهدافه وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

#### خامسا: أهداف التربية الخاصة:

تسعى التربية الخاصة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف:

-تحقيق الكفاءة الفردية.

تحقيق الكفاءة الاجتماعية.

تحقيق الكفاءة المهنية.

ويتم تحقيق أهداف التربية الخاصة من خلال مايلي:

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

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

-إعداد البرامج الوقائية من الإعاقة بشكل عام والعمل قدر الإمكان على تقليل حدوث الإعاقة عم طريق البرامج الوقائية.

-مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم

-تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهبيين وتوجيهها وإتاحة الفرص أمامهم في مجال نبوغهم.

-تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراتهم حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة وتطوير المجتمع الذي يعيش فيه.

# المحاضرة الثالثة

استراتيجيات التربية الخاصة

مراحل تطور برامج التربية الخاصة

## المحاضرة الثالثة:

### استراتيجيات التربية الخاصة:

تقوم التربية الخاصة على إستراتيجيتين هامتين هما :

1- النظام الغزلي: ويقوم على أساس وضع هؤلاء ذوي الاحتياجات الخاصة في نمط معين ( منعزل)

بحيث يتيح التعامل بطريقة أفضل بعيدا عن غيرهم من الأفراد العاديين.

2- النظام المدمج ويقوم هذا النظام على أساس:

• نظام دمجي كلي.

• دمج جزئي.

• دمج اجتماعي تكاملي

مراحل تطور برامج التربية الخاصة:

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

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

2-مراكز التربية الخاصة النهارية: ظهرت هذه المراكز كرد فعل ما تقدم من انتقادات لمراكز الإقامة الكاملة، والكثير من هذه المراكز يكون عملها إلى منتصف النهار تقريبا، وهذه الفترة يتلقى الأفراد المعاقين خدمات تربوية اجتماعية.

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

ووجهت لهذه المراكز أيضا بعض الانتقادات أهمها:

-عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية،وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة.

### 3-الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية:

وقد ظهرت هذه الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المراكز النهارية التي تعني بالتربية الخاصة،ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الايجابية،وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد المعاقين في المدرسة العادية والتي لا تتجاوز عند الطلبة فيها العشرة.حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة،ولهم أيضا برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين،والهدف من هذا البرنامج زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي،بين هؤلاء الأفراد (الطلبة) المعاقين والعاقيين.

- وهذه الصفوف تعرضت أيضا لمجموعة من الانتقادات أهمها صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى العادية،وكيفية تحديد المواد المشتركة بين المعاقين والعاقيين.

### 4-الدمج الأكاديمي:

لقد ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية والاتجاهات الايجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين العاديين في الصف الدراسي إلا انه يعتبر من أهم مراحل عملية تطوير برامج التربية الخاصة. ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط ان يستفيد الطفل من ذلك، شريطة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه،ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي :  
أ-التجانس بين الطلاب العاديين والمعاقين.

ب-تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

ج -تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين

ومشرفين وجميع الكوادر العامة

## 5-الدمج الاجتماعي:

تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة المعوقين لأنها تساعد على كل ما هو ايجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع، وتتمثل هذا في المجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع، كذلك دمج المعاقين في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم ومناسب لهم كأسرة مستقلة والتعامل معها على أساس حكم الحيرة وما يتطلبه من مستلزمات.

# المحاضرة الرابعة

الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها في  
التربية الخاصة

## المحاضرة الرابعة:

### الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها في التربية الخاصة:

#### تمهيد :

هناك مبادئ واعتبارات تربوية هامة ينبغي مراعاتها في التربية الخاصة للأطفال المعوقين وتتمثل في :

- المبدأ العام للتربية عموما وهو التعلم عن طريقة العمل.
- تنمية معلومات الطفل عن طريق الإدراك وتدريب الحواس المتعلقة بالصبر والسمع والذوق والشم وغيرها.
- أن يكون التعليمات اللفظية واضحة وبسيطة، مع إعادتها من وقت لآخر.
- تشجيع المتخلف عقليا بالتعبير عن نفسه، والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والمواقف
- ضرورة مراعاة الفروق الفردية حتى بين المتخلفين أنفسهم وأثناء التعليم الجماعي.
- أن يكون تنظيم المادة من السهل إلى الصعب ، لكي توفر للمتخلف فرص النجاح ما أمكن.
- ربط الموضوعات بعضها ببعض في مجموعات طبيعية مما يجعل مضمونها أسهل فهما على الأطفال ويعمل على تقوية وتحسين ارتباط الأفكار ارتباط الأفكار مع بعضها البعض.
- أن يكون وظيفيا، أي انه أثناء التدريب يتعلم بعض الحاجات البسيطة التي يحتاجها.
- تقديم المادة على أجزاء وبالترتيب مع التأكد من نجاح التعلم في هذا الجزء ،قبل الانتقال إلى جزء آخر .
- العمل على جذب انتباه المتخلف عقليا إلى العلامات المنتمية في الموقف بطريقة مقصودة،فقد يساعد ذلك على الانتباه للعلامات بالموقف.
- التنوع في استخدام أساليب تدريسية مختلفة ،مواد تعليمية متنوعة،بحيث يستخدم المتخلف من قناة حسية واحدة .
- التنوع في المواقف والخبرات التي تتصل بتعليم مفهوم واحد من اجل تعزيز هذا المفهوم.
- التعزيز المستمر سواء التعزيز المادي بالمكافئات العينية والمادية او اللفظي بالمديح والتشجيع.
- شمول الطفل باندماجه داخل الفصل الدراسي ومساعدته أن يقدر مستواه بالنسبة لباقي زملاؤه في الصف.

- التقبل الاجتماعي للطفل المتخلف عقليا.
- لابد أن تتضمن تربية المتخلفين كل من التربية البدنية والفن ، والكلام ، والعمل اليدوي.
- لابد أن يراعى أن المعاق عقليا يحتاج إلى ما يسمى بالتدريب والتدريس العلاجي والعملي على بعض الاداءات والمهام والأعمال الملائمة له، والمتفقة مع قدراته المحدودة ،على أن يعتمد في أدائه لهذه الأعمال الملائمة له،مع تدريب كافي عليها، وبالتالي اعتماده على الآخرين بالتدرج، وينجم عن ذلك أشياء كثيرة ايجابية مثل استقلالية المعاق عقليا، ولو انه نسبية وحدوث التكيف الشخصي له ويترتب عليه أيضا حدوث التوافق الاجتماعي مع الآخرين، وان أسلوب التدريب العلاجي الجيد لهؤلاء الأفراد يتيح فرص إخراج إمكانياته وقدراته المحدودة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.(سيسالم 2000 : 115)

# المحاضرة الخامسة :

مفهوم وتصنيفات التربية الإعاقة

الذهنية، تعريف الإعاقة العقلية، أنواعها

تصنيفها أسبابها تشخيصها

## المحاضرة الخامسة :

### مفهوم وتصنيفات التربية الإعاقة الذهنية:

#### تمهيد:

على الرغم من انخفاض مستوى ذكاء الأفراد الذين يعانون من الإعاقة العقلية عن المتوسط، إلا أن درجة اكتسابهم لمهارات التكيف الاجتماعي تعتمد إلى حد كبير على طبيعة الخدمات التعليمية والاجتماعية والطبية التي تقدم لهم، فقد يتساوى طفلان في العمر وفي درجة الذكاء، إلا أنهما قد يختلفان اختلافا كبيرا في درجة الاستقلالية والاعتماد على النفس، وذلك باختلاف درجة وطبيعة الخدمات التعليمية والاجتماعية والطبية التي تقدم لكل منهما، وقبل أن نخوض في الحديث عن فئات الإعاقة العقلية والمعايير والأساسية التي تحدد خصائص كل فئة من هذه الفئات فإنه يجب التعرض لأبرز التعريفات التربوية للإعاقة العقلية.

#### أولاً- تعريف الإعاقة العقلية:

اهتم الباحثون في مجال علم النفس بمفهوم الضعف العقلي ووضعوا أساسين يطلقون منهما لتحديد هذا المفهوم، وهما الذكاء المحدود وعدم القدرة على التكيف الاجتماعي، فالكثير من البحوث تهتم بمجال الضعف العقلي وتحديد مفهومها له عن طريق دراسة هذه الفئة لمعرفة خصائصها، سماتها وكيفية مساعدتها، فنجد أنه قد ظهر تباين كبير في تحديدهم لمفهوم الضعف العقلي، الأمر الذي أدى إلى اختلاف السمات التي يتسم بها نوعيات هذه الفئة، حيث ظهر أن هناك سمات تحدد كل فئة عن غيرها، تبعا لمستوى الضعف العقلي الذي هي عليه، من أجل هذا سعى العلماء إلى تقسيم المتخلفين عقليا إلى فئات ومجموعات حتى يتسنى لهم سهولة عملية التعرف عليهم، ومن بين الذين تصدوا لتحديد الضعف العقلي في عبارات عامة "بلاك

ستون ويورنفيل" اللذان يعرفان الضعف العقلي أنه: "توقف في النمو الفطري، أو المكتسب في القدرات العقلية والخلقية والانفعالية". (سيسالم 2001)

وهذا التعريف يعتمد في تحديده لمفهوم الضعف العقلي على توقف النمو سواء كان هذا في الجانب ال فطري أو في عدم القدرة على الاكتساب الذي يؤثر على مدى النمو في الجانب العقلي أو الخلقى أو الانفعال ي، وبشارك (خليفة بركات "1952") "بلاكستون ويورنفيل" على أن الضعف العقلي هو حالة عدم اكتمال النم و العقلي للفرد بدرجة تجعل التحصيل الشخصي غير قادر موائمة نفسه مع البيئة العادية، بحيث لا يستطيع الاحتفاظ ببقاء حياته بدون إشراف أو حماية أو رعاية خارجية وهو في اتفاهه هذا يركز على الجانب العقلي ا لذي يشكل أهمية في عملية التكيف مع بيئته العادية وخاصة للذين لا يستطيعون الحفاظ على حياتهم.

وهذا ما يذكر "مصطفى فهمي (1965)": " أن اللجنة القومية لدراسة التربية بالولايات المتحدة الأمريكية قد حددت الضعف العقلي بأنه: "يتمثل في هؤلاء اللذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية لأقرانهم بصفة عامة إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات تربية ونفسية خاصة، تختلف عما يقدم للعاديين حتى ينمو إلى أقصى إمكانيات النمو".

ويرى "هيبير Heber" أن المتخلف عقليا: "هو من يتصف بمستوى وظيفي عقلي دون المتوسط، وتتعكس آثاره أثناء نمو الفرد، وتتمثل في عجزه وقصوره عن النضج أو التعلم أو التكيف الاجتماعي أو في جميع هذه النواحي". (إسماعيل، 2006، :62).

ومنه فإن حاصل الذكاء يعد كمعيار من أجل تحديد التخلف وتصنيفه، بالطبع هناك اختلاف حول مصطلح حاصل الذكاء.

إذا أخذنا مئة كمتوسط حاصل الذكاء وأخذت خمسة عشر على أنها الانحراف المعياري عن ذلك المتوسط فإن كل أولئك الذين يحصلون على انحرافين معياريين بين أعلى وأدنى من المتوسط (أي أن

أصحاب حاصل ذكاء يقع بين 70 و130) سوف يعتبرون من ذوي الذكاء المتوسط، أما أولئك الذين يكون حاصل ذكائهم أكثر من 130 (أي أكثر من انحرافين معياريين فوق المتوسط) فإنهم يكونون من الأشخاص ذوي الذكاء العالي، وإن أولئك الذين يكون حاصل ذكائهم أقل من 70% فهم الأفراد الذين يكونون متخلفين عقليا.

هناك العديد من الاختيارات لقياس حاصل الذكاء والاختبارات المشهوران منهما هما: ستانفورد بينيه وبكسلر، وهذه الاختبارات تقدم حواصل ذكاء منحرفة، وبجانب هذه المعايير يستخدم مصطلح السلوك الانحرافي في التصنيف والتحديد، فالسلوك التكيفي يشير إلى الفاعلية التي يواجه فيها فرد ما المتطلبات الطبيعية والاجتماعية لبيئته.

#### ثانيا الأسباب:

اختلفت وجهات نظر كل من تناول بالدراسة الضعف العقلي في مجال البحث عند الأسباب المؤدية له، فيرى الأطباء أن الضعف العقلي يعتبر عرضا لاختلال في الاتزان الكيميائي في أحد مراكز المخ، بينما يشير الأطباء النفسيون إلى أن الضعف العقلي نتيجة لاضطراب انفعالي شديد يعوق الفرد عن التفاعل مع غيره من الناس أو مع البيئة التي يعيشون فيها.

على حين يذكر علماء الاجتماع أن الضعف العقلي قد يحدث نتيجة لعجز في الاهتمام الاجتماعي، وأنه لا يرتبط بمسببات مرضية فقط كإصابة المخ أو عدم الاتزان الكيميائي في أحد مراكز المخ، ويتفق مع علماء الاجتماع المتخصصون في علم النفس الاجتماعي حيث يرون أن من أسباب الضعف العقلي عدم الاستثارة النفسية والاجتماعية.

وعليه فقد صنف عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ هذه الأسباب إلى أربعة عوامل:

#### أولاً: عوامل قبل الولادة:

وتتضمن عوامل وراثية عن طريق جينات Genes معينة وقد تحدث الإعاقة العقلية نتيجة حدوث طفرات في الجينات أثناء عملية تكوين الأجنة أو قد يكون نتيجة عيوب في تكوين الخلايا العصبية أو نتيجة لإصابة الأم بأمراض معينة أو تسمم أثناء فترة الحمل.

#### ثانياً: عوامل أثناء الولادة:

ترجع هذه العوامل إلى ما يحدث من إصابات للمولود أثناء عملية ولادته، كأن يحدث تلف في بعض أجزاء المخ، نشأ عنه الإعاقة العقلية كعسر الولادة أو الولادة الجافة أو إسفكسيا الوليد.

#### ثالثاً: عوامل ما بعد الولادة:

ترجع هذه العوامل إلى ما يحدث للطفل من حوادث بعد ولادته وخاصة في سن مبكرة، ينتج عنها تلف في بعض أجزاء المخ كالتهاب الجهاز العصبي المركزي أو الالتهاب السحائي أو الالتهاب الدماغي أو الحمى القرمزية أو ما ينتج عن الحصبة من مضاعفات.

#### رابعاً: عوامل غير محددة:

وهي تلك الأسباب المجهولة التي لم يستطع الباحثون الوصول إليها نتيجة تشخيصهم بأن سبب الإعاقة العقلية لا ترجع إلى العوامل السابقة الذكر. (نفس المرجع السابق، :64).

## ثالثا - التشخيص:

### 1. التشخيص الطبي: Medical Diadnosis

يقدم الطبيب الأخصائي للأطفال تقريرا عن العديد من الجوانب في حياة الطفل مثل تاريخ الإعاقة الوراثي وأسبابها وظروف الحمل والعلاجات التي تناولتها الأم الحامل وسوء التغذية ويقدم صورة عن الأمراض التي تعرضت لها الأم الحامل ، ويقدم تقريرا أيضا عن الأمراض التي تعرض لها الطفل والحوادث التي تعرض لها في طفولته ويدرس تاريخ الأسرة والجهاز العصبي للطفل وفحوصات البول والدم والسائل الناعي.

كل ذلك بهدف تقديم المساعدة اللازمة للطفل وأمه في المستقبل، إن طبيب الأسرة بإمكانه مواكبة الحالات الصحية عند أفرادها وتقديم النصح والإرشاد والتوجيه لها وتعريفها بطرق الوقاية من الأمراض ويوجهها إلى ضرورة اللجوء إلى الفحوصات اللازمة قبل الزواج للزوجين لتفادي حدوث مشاكل لها علاقة بالإعاقة العقلية مثل اختلاف الدم (العامل الرئيسي)، كما أنه ينصح الأم الحامل بعدم تعاطي المخدرات والسجائر أو استنشاق المواد الطيارة وينصحها بإجراء الفحوص باستمرار لتفادي تسمم الحمل أثناء عملية الحمل وتعليمها كيفية العناية بطفلها من حيث إطعامه وتربيته وغيرها من أمور كما يرهاها من نواحي متعددة منها عدم تعرضها للأشعة السينية أو تعاطيها للحبوب بدون استشارته، وتقديم العلاج اللازم لها ولطفلها عندما يكون ذلك ضروريا. ( العزة، 2000، : 58).

## 2- التشخيص النفسي: Psycho Deagosos:

يقوم بعملية التشخيص في هذه الحالة اختصاصي في القياس النفسي والإكلينيكي حيث يحدد نسبة ذكاء الفرد عن طريق استخدام اختبارات الذكاء المقننة وسمات الشخصية وجوانب النمو العاطفي الانفعالي والقدرة اللغوية التي تميز المتخلفين عقليا عن غيرهم من الأسوياء وذلك بهدف تقديم خدمات تربوية وتعليمية وتدريبية لهم مستقبلا.

## 3. التشخيص الاجتماعي: Social:

يقوم بهذا التشخيص الأخصائي الاجتماعي وذلك من أجل تحديد الصلاحية الاجتماعية عند الطفل المعاق كمحك يدل على التخلف العقلي ويقصد بالصلاحية الاجتماعية قدرة الفرد على إنشاء وترسيخ علاقات وطيدة مع الآخرين عن طريق مشاركتهم في أفراحهم وأرتاحهم وغيرها من الأمور الاجتماعية الحياتية، ويشتمل التشخيص وسائل تدريب الطفل على الطعان والتولية، واستخدام اللغة الجيدة من قبل والديه، كما يقيس المقياس قدرته على تحمل المسؤولية، ويستعين الأخصائي الاجتماعي باختبارات تقيس النضج الاجتماعي والتكيف الاجتماعي، ومن أمثلة هذه الاختبارات اختبار (فانيلان) للنضج الاجتماعي ويعتبر تيفورد وسوري Teiford أن المعيار الاجتماعي هو من أهم وسائل التشخيص في حالات التخلف العقلي حيث أن الفرد المتكيف اجتماعيا يمكن اعتباره سويا وليس متخلفا.

## 4. التشخيص التربوي والمهني:

إن أخصائي التربية الخاصة هو الذي يجب أن يقوم بعملية التشخيص والمعيار الذي يعتمد عليه في التشخيص هو عدم قدرة الفرد على التعليم والتحصيل مقارنة مع الأفراد الأسوياء من نفس فئته العمرية

والثقافية، ويقدم هذا الأخصائي تقريراً عن التاريخ التربوي للفرد وقدرته على التعلم ومستوى تحصيله المدرسي، كما أن هذا المختص يقوم بتحديد أنواع الخدمات التربوية التي يحتاج إليها ذلك المعاق والتي يجب أن تتناسب مع درجة تخلفه وذلك بالتعاون مع الطبيب والاختصاصي النفسي والاجتماعي، كما أن هذا الخبير يستطيع تحديد قدرة الفرد المعاق على التدريب المهني والحرفي وذلك بالتعاون مع أخصائي التأهيل المهني.

## 5. التشخيص التطوري: Developmental:

يهدف هذا التشخيص إلى دراسة تاريخ نمو الفرد والتعرف على نواحي التأخر في نموه الجسدي والنفسي واللغوي والحركي لأن هذا التشخيص يزيد من صدق التشخيص الحالي الذي يقوم به مختص آخر في مجال اختصاصه وأن التشخيص التطوري إذا ما أشار إلى عدم وجود مشكلات عند الفرد موضوع الدراسة فإن في ذلك إشارة واضحة بأن ليس لديه مشكلات تتعلق بالتخلف العقلي، إن اختصاصي التشخيص التطوري يجب أن يأخذ ما يلي بعين الاعتبار:

ما الأسباب التي أدت إلى تخلف ذلك الفرد سواء كانت صحية أو اجتماعية أو بيئية أو ثقافية أو نقص في الخدمات التربوية؟.

ما اثر ماضي الفرد في تخلفه العقلي كالفقر وسوء التغذية وتعاطيه للكحول على سبيل المثال وما هي الأمراض التي تعرض لها؟.

ما هي الخدمات التربوية التي استفاد منها أو حرم منها؟.

ما هي أشكال العلاج التي حصل عليها؟.

وباختصار فإن عملية التشخيص يجب أن تكون متكاملة من جميع النواحي الصحية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية والتطويرية، كل ذلك بهدف وضع المعاق في المكان المناسب له والذي يستطيع أن يستفيد من الخدمات التربوية التي يقدمها ذلك المركز أو تلك المؤسسة.

**رابعاً - تصنيف فئات المعاقين:** تعددت تصنيفات فئات المعاقين، وذلك لسهولة كشفهم والتعرف على

خصائصهم وكيفية التعامل معهم بما يساعدهم على حسن استثمار ما لديهم من إمكانيات عقلية.

ومن بين هذه التصنيفات التصنيف الأكثر شيوعاً، وهو تصنيف منظمة الصحة العالمية واليونسكو الذي

أعدته بناءً على اهتمام العالم بهذه الفئة من البشر فقد سعت هذه المنظمة إلى وضع تصنيف يمكن

المتعاملين مع هذه الفئة من حسن استثمار ما لدى المعاقين عقلياً من إمكانيات،

**وفيما يلي بيان بهذا التصنيف:**

**أ-ضعف عقلي شديد:**وقد أطلق عليه مصطلح (Idiot معنوه)، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة (من 0 إلى

19).

**ب-ضعف عقلي متوسط،** :وقد أطلق عليه مصطلح (أبله Imbecile) وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة (من

20 إلى 49).

**ج-ضعف عقلي بسيط،** :وقد أطلق عليه مصطلح (مأفون Feelile-mined) وتتراوح نسبة ذكاء هذه

الفئة (من 50 إلى 69).

ح- **غباء عادي**: وقد أطلق عليه مصطلح (Dull or Baskward) وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (85/70 إلى 90).

هذا والذين يعملون في مجال التربية الخاصة للمعاقين عقليا تصنيف آخر هو فئة القابلين للتعلم وتتراوح نسبة ذكائهم (2.01 إلى 4)، والقابلين للتدريب وتتراوح نسب ذكائهم (من 4.01 إلى 5)، ثم حالات العزل التي تصل نسب ذكائهم إلى (5.01)، هذا؛ وقد تستطيع الفئة الأولى أن تصل إلى التحصيل الدراسي حتى مستوى الصف الخامس الابتدائي تقريبا، أما بالنسبة للفئة الثانية فقد يصل تحصيلهم الدراسي إلى مستوى الصف الثاني الابتدائي، أما بالنسبة للفئة الثالثة فهي حالات لا يُرجى منها شيء ولذلك اعتبرت حالات عزل.

كما قام "لوتيت Louttit" بتصنيف آخر وهو التصنيف الذي اعتمد على درجة النقص في الذكاء، وهو يعتمد على الفروق الكمية في الذكاء أكثر من اعتماده على الفروق الكيفية، وفيما يلي بيان بهذا التصنيف.

#### 1- **المعتوه Idiot**:

تتراوح بنسبة ذكاء هذه الفئة فيما بين (0 إلى 20 أو 25) وهي الفئة الدنيا حيث تعتبر اقل درجات الضعف العقلي.

#### 2- **الأبله Imbecile**:

وتتراوح بنسبة ذكاء هذه الفئة فيما بين (21 أو 25 إلى 40 أو 49) تقريبا وتمثل هذه الفئة الأفراد التي تقع في منطقة الوسط بالنسبة لفئات المتخلفين عقليا تبعا لهذا التقسيم، وتعتبر هذه الفئة التالية في الضعف العقلي بعد فئة المعتوهين.

### 3-المأفون أو المورون Moron:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة فيما بين (50 إلى 69) تقريبا، وتمثل هذه الفئة أعلى مستوى من الذكاء بالنسبة للمعاقين عقليا.

### 4- الغبي Dull:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة فيما بين (70 أو 80 إلى 85) تقريبا، وهي فئة تمثل المجموعة التي تقع بين فئة المورون وبين الأطفال العاديين في الذكاء وقد أطلق عليه مصطلح Border line chilot وأفراد هذه المجموعة عادة ما يلتحقون بفصول خاصة بهم.

- هذا ويكاد يتفق "كيرك Kirk" مع "لوتيت Louttot" في تصنيفه للمعاقين عقليا على أساس من نسبة الذكاء، حيث اعتبر "كيرك" أن المعتوه Idoit هو من تتراوح نسبة ذكائه ما بين (0 إلى 25)، وأن البلهاء Imbeciles هم من تتراوح نسب ذكائهم ما بين (26 إلى 50) كما أن المورون Moron هم من تتراوح نسب ذكائهم ما بين (51 إلى 75).

والمدقق النظر في هذين التصنيفين يجد أنه قد قسم المعاقين عقليا إلى ثلاث فئات ومستويات، هم المعتوهين، البلهاء والمورون وأن هذه الفئات قد تم تحديدها بناء على نسب الذكاء، كما يبدو -أيضا- وجود بعض الاختلافات الطفيفة لمن يستخدمون اختبارات الذكاء كأساس يعتمد عليه لهذا التقسيم، فإن مرد هذا الاختلاف يكون لنوعية الاختبارات المستخدمة فيه.

ومن بين هذه التصنيفات تصنيف "تريد جولد T. Gold" الذي قسمها إلى أربع أصناف: ضعف عقلي أولي - ضعف عقلي ثانوي - ضعف عقلي وراثي وبينني - ضعف عقلي غير محدد السبب.

وهذا تقسيم لا يعتمد على نسبة الذكاء إنما يعتمد على مصدر العلة أو السبب وراء الإعاقة العقلية، وكل نوعية من هذه الفئات تختلف في مستوى تخلفهم عن غيرها، ويرى "تريد جولد" أن العوامل البيئية تعنى كل من العوامل البيئية الخارجية أو العوامل ذات الارتباط بالتكوين البيولوجي لدى الفرد والتي تتسبب في حدوث الإعاقة العقلية، وقد يرجع حدوث الإعاقة العقلية إلى ظروف ولادة الطفل التي تؤدي إلى ذلك، والمتتبع لبحوث ودراسات "تريد جولد" يلاحظ أنه قد أعاد تصنيفه واختصره إلى ثلاث فئات فقط هي:

1-ضعف عقلي أولي وهو الذي يمثل الإعاقة العقلية ذات المستوى المنخفض جدا.

2-ضعف عقلي يرجع إلى إحداث تغييرات خاطئة أثناء عملية النمو Errors development وهي التي يكون سببها حدوث أخطاء في الجينان Genetix faults كالأضطرابات التي تحدث خلا في إفرازات الغدد أو الإنزيمات أو الكروموزومات.

3-ضعف عقلي يرجع إلى عوامل بيئية، وتتضمن هذه الفئة الإعاقة العقلية وتحدث نتيجة تعرض الجنين للإشعاعات أثناء الحمل، أو حدوث مشكلات أثناء عملية الولادة نفسها، كما تضم الحالات التي يكون سببها إصابة الأم ببعض الأمراض، كالحصبة الألمانية أو الالتهاب السحائي أو الدماغي أو الزهري، وكذا الحالات التي أصيبت بنقص في نشاط الغدد النخامية أو بسبب حالات العزل.

والمتتبع للبحوث والدراسات في مجال المتخلفين عقليا يجد عديدا من التصنيفات التي اعتمدت في تصنيفها على مصادر مختلفة ومتعددة، بالإضافة إلى المحكات التي اعتمد عليها الباحث للتعرف على فئات المعاقين عقليا، كما يبدو واضحا أن السبب الأساسي من هذه التصنيفات هو محاولة معرفة هذه النوعية من البشر معرفة دقيقة وصحيحة حتى يمكن الإسهام في تهيئة ظروف بيئية واجتماعية أفضل لهم، وكذا إمكانية

استثمار ما لديهم من قدرات فيما يعود عليهم وعلى ذويهم بتحقيق أفضل مستوى من السواء النفسي. (الخطيب

(2005)

خامسا - خصائص المتخلفين عقليا:

أولا: المميزات العامة للمتخلفين عقليا:

1. الخصائص الجسمية: يتميز المتخلفون عقليا بتأخر النمو الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام،

كما أن وزنهم أقل من العادي، ويصغر حجم الدماغ ولقطة وزنه لدى المتخلف عن المتوسط، كما تظهر أحيانا تشوهات في شكل الجمجمة والعين والفم والأطراف والأصابع، أما بالنسبة للنمو الحركي فإنهم يتميزون بالتأخر في ذلك وعدم الاتزان الحركي في بعض الحالات وكذلك الأمر بالنسبة للنشاط الجنسي حيث نجد تأخرا فيه وفي بعض الأحيان نجد ضمورا في الأعضاء التناسلية لدى المصاب.

**الخصائص العقلية:** تتلخص الخصائص العقلية للمتخلفين عقليا بوجه عام في تأخر النمو العقلي وتدني نسبة الذكاء، بحيث تقل عن 70 درجة، وتأخر النمو اللغوي إلى حد كبير وكذلك الأمر فيما يتعلق بالعمليات العقلية الأخرى مثل ضعف الذاكرة والانتباه والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم والمحكمة والقدرة على التركيز وتكون نتيجة ذلك ضعفا في التحصيل ونقصا في المعلومات والخبرة.

3. **الخصائص الاجتماعية:** يتميز المتخلفون عقليا بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي

لدرجة دعت بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساسا في تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي وبشكل عام فإننا نجد أيضا أن المتخلفين

عقليا يتميزون بنقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، كما يتميزون بالانسحاب والعدوان، وكذلك نجد أن الخصائص التي تميز المتخلفين عقليا اضطراب مفهوم الذات، حيث نجد أن المتخلف عقليا كثيرا ما ينظر لنفسه أنه فاشل أو عاجز وأنه أقل من غيره أو أنه لا قيمة له، هذا المفهوم المضطرب ينعكس إلى حد كبير جدا على سلوكه الاجتماعي بشكل خاص واهتمامه بنظافته الشخصية أيضا، فنجد أنه لا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية وخاصة مع أبناء عمره، ولهذا فإنه يميل إلى المشاركة مع من هم أصغر منه سنا في أي ممارسات اجتماعية.

4. **الخصائص العاطفية والانفعالية:** يتميز المتخلفون عقليا من الناحية العاطفية بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار أو الهدوء، كما يتميزون بسرعة الأثر أحيانا وببطء الانفعال أحيانا أخرى، أما ردود الفعل العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي، وهم أيضا أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط. كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة. (السرطاوي 2002)

#### ثانيا - الميزات الخاصة للمتخلفين عقليا:

ضمن الفئات المختلفة تظهر لدى كل فئة من فئات التخلف العقلي صفات وخصائص قد تختلف نوعا عن مواصفات الفئات الأخرى، كالقدرة العقلية، والقدرة على التعلم، والقدرة على التكيف الاجتماعي، وإن كانت متدنية لدى جميع فئات التخلف -بالمقارنة مع الأفراد الأسوياء، إذ نجد أن بعض فئات التخلف قابلة للتعلم الأكاديمي، إلى حد ما في حين أن فئات أخرى لا تملك تلك القابلية كما نجد أن بعض الفئات قادرة على إنشاء علاقات اجتماعية مقبولة في حين أن فئات أخرى لا تملك تلك القدرة ولذلك جرت محاولات متعددة للتعرف على الخصائص المميزة لكل فئة من فئات التخلف العقلي. ون بين هذه المحاولات ما قامت به لجنة خاصة

كلفها مكتب التربية والصحة والشؤون الإجتماعية الأمريكي في واشنطن عام 1969 لوضع الصفات والخصائص التي تميز فئات التخلف العقلي حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للضعف العقلي .

**خامسا- لخصائص السلوكية للمعوقين عقليا:** تتشابه الخصائص لدى المعوقين عقليا، إلا أنه يصعب تعميم هذه الخصائص على كل الأطفال المعاقين عقليا جميعهم، إذ قد تنطبق هذه على كل الأطفال المعاقين عقليا، فلا تطبق على كل طفل و من أهم تلك الخصائص

**أ-التعليم:** من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المعاقين عقليا النقص الواضح في القدرة على التعليم مقارنة مع الأطفال المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد أن قدرة هؤلاء الأطفال المعاقين عقليا على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع الأطفال العاديين، ومن تلك الدراسات، دراسة (بني سمر) والتي يلخصها (ماكميلان) بقوله أن الفروق بين تعلم كل الأطفال العاديين والمعوقين عقليا المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة و النوع ومن الدراسات العربية في هذا المجال الدراسة التي أجراها الروسان (1988) حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعاقين عقليا مع المفاهيم العددية والتي يشير فيها على تفوق الطلبة العاديين من الطلبة والمعاقين إعاقة عقلية بسيطة والمتناظرين في عمرهم الزمني في تعلم المفاهيم العددية.

**وفي دراسة أخرى أجراها الروسان (1987) حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين إعاقة عقلية بسيطة والمتناظرين في العمر الزمني على مهارات الكتابة أشارت إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلبة المعوقين في مهارات الكتابة وتؤكد مثل تلك النتائج الدراسة التي أجراها الروسان (1988) حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين، إعاقة بسيطة والمتناظرين في العمر الزمني في مهارات القراءة، أي إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلبة المعوقين في مهارات القراءة.**

ب-الانتباه: يواجه الأطفال المعاقون عقليا مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية، إذ تتناسب تلك المشكلات طرديا كلما نقصت درجة الإعاقة العقلية، وبناء على ذلك يظهر الأطفال المعاقون إعاقة عقلية بسيطة مشكلات أقل في القدرة على الانتباه والتركيز مقارنة مع ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة الشديدة ويلخص (ماميلان) الدراسات التي أجراها (زيمان وزيمان) و(هاوس وتيرنر وسيترنج) هذا المجال كما يلي:

1- . يعاني المعاقون عقليا من نقص واضح في الانتباه والتعلم التمييزي في الميراث من حيث شكلها ولونها ووضعها، وخاصة لدى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.

2. يعاني المعاقون عقليا وخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة من الإحباط والشعور بالفشل ويحاول أن يركز على تعبيرات وجه المعلم أكثر من تركيزه على المهمة المطلوبة منه.

3. يعاني المعاقون عقليا من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر، ولذا كان من الضروري لمعلم التربية الخاصة الأ مراحل التعلم والتذكر، ولذا كانوولعمل على مساعدة الأطفال المعاقين عقليا على استقبال المعلومات بطريقة منظمة.

4- .يقوم المعاقون إلى جميع الأشياء أو تصنيفها بداية غير صحيحة، ويعود السبب في ذلك على الطريقة التي يستقبل فيها المعاقون عقليا تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء، وعلى ضوء ذلك كله فليس من المستغرب أن يكون النقص الواضح في القدرة على الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقليا سببا في كثير من المشكلات التعليمية لديهم.

**5-التذكر:** يعتبر التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعوقين عقليا سواء أكان ذلك متعلقا بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى ويلخص (ماكميلان) نتائج البحوث التي أجراها (بروكزكي وبروينسون وبراون)، على موضوع التذكر لدى الأطفال المعوقين عقليا ومنها:

أ-تقل قدرة الطفل عقليا على التذكر مقارنة بالطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني ويعود السبب في ذلك إلى ضعف قدرة المعاق عقليا على استعمال وسائل، أو استراتيجيات أو وسائل كما يقوم بذلك الطفل العادي.

ب-ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقة أكثر حسية كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح.

ج-تتضمن عملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية هي: استقبال المعلومات و تخزينها ثم استرجاعها وتبدو مشكلة الطفل المعاق عقليا الرئيسة في مرحلة استقبال المعلومات، وذلك بسبب ضعف درجة الانتباه لديه.

**انتقال أثر التعلم:** يعاني الأطفال المعاقون عقليا من نقص واضح في نقل أثر المتعلم من موقف إلى آخر ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة العقلية.

إذا تعتبر خاصية صعوبة نقل آثار التعلم من الخصائص المميزة للطفل المعوق عقليا مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمل الزمني ويبدو سبب ذلك في فشل المعوق عقليا في التعرف إلى أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف السابق الموقف الجديد، وقد لخص (ماكميلان) نتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع انتقال أثر التعلم، فأشار إلى الفروق الواضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية، وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث التعرف إلى الدلائل المناسبة في الموقف المتعلم والسابق، الموقف الجديد ،

حيث أشار إلى قدرة الطفل المعوق عقليا على نقل التعلم تعتمد على درجة طبيعة المهمة التعليمية ودرجة التشابه بين المواقف السابقة واللاحقة.

**ثالثا - الخصائص اللغوية:** تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهرا مميزا للإعاقة العقلية وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقليا هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني.

وقد أجريت العديد من الدراسات حول مظاهر وخصائص النمو للأطفال المعوقين عقليا ومقارنتها بمظاهر وخصائص النمو اللغوي للأطفال العاديين، وأشارت هذه الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقليا في درجة النمو اللغوي ومعدله ويدعم ذلك الدراسات التي أجراها ماكيلان وآخرون توصلوا إلى أن الاختلاف في تطور النمو بين الأطفال المعوقين عقليا أبطأ في نموهم اللغوي مقارنة مع نظرائهم من العاديين.

لخص ماكيلان نتائج الدراسة التي قام بها (مراهام) التي أشار فيها إلى قدرة معظم المعوقين عقليا على اكتساب قواعد اللغة باستثناء الأطفال شديدي الإعاقة العقلية ولكن بمعدل أبطأ من اكتساب الأطفال العاديين كما جمع (هلهان وكوفمان) عدد من المشكلات المتعلقة بمظاهر النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين عقليا وهي مشكلات النطق والتأتأة وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوية، كما أظهرت دراسة أخرى بأن هناك فروقا في خصائص النمو اللغوي بين كل من الأطفال الملتحقين بمراكز الإعاقة الداخلية والملتحقين بصفوف مراكز التربية الخاصة النهارية وإشارات نتائج هذه الدراسات أيضا إلى أن أكثر من نصف المعوقين عقليا الملتحقين بمراكز الإعاقة الكاملة يعانون من مشكلات لغوية، في حين أن نسبة من

يعانون من المشكلات اللغوية من مراكز التربية الخاصة النهارية تتراوح ما بين 8% إلى 26% وتبقى درجة شيع مشكلات اللغة لدى المعوقين عقليا أكثر من شيعها لدى الأطفال العاديين.

كما أظهرت دراسات أخرى قام بها (جودرن وجود) علاقة ارتباطية الإعاقة العقلية ومظاهر الاضطرابات اللغوية، ويشيع البكم من الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللغة لدى هذه الفئة بدائيا فهم يصرون ألفاظا غير مفهومة وكلامهم يعوزه وضوح المعني والترابط كما أكد (تريجيرلد) نتائج الدراسات السابقة حين أجرى دراسة هدفت إلى التعرف على تطور القدرة على النطق لدى الأطفال المعوقين عقليا ولتحقق ذلك أخضع 22 طفلا معوقا من الأطفال لبرنامج تدريبي لنطق الأصوات بعد أن قام بتقسيمهم إلى مجموعتين بواسطة مقياس (بينييه) حيث كانت نسبة ذكاء المجموعة الأول أقل من 25، بينما كانت نسبة ذكاء المجموعة الثانية منهم بين 25-70، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن أطفال المجموعة الأولى بحاجة إلى مدة تدرب أطول مقارنة مع حاجة المجموعة الثانية، كي يتمكن من اكتساب القدرة على نطق أصوات معينة إذا احتاج أفراد المجموعة الأولى من (82 - 154) يوما، بينما احتاج أطفال المجموعة إلى 24 و69 يوما لإتقان الأصوات نفسها، كما أشارت النتائج إلى تفوق أطفال المجموعة الثانية على أطفال المجموعة الأولى من حيث نطق الحروف وفي دراسة أخرى قام بها (تريفولد) هدفت إلى التعرف على مدى استفاة فئات المعاقين من البرامج العلاجية الخاصة باللغة استخدمت عينة من المعوقين وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى الزيادة الواضحة في متوسط عدد الكلمات المكتسبة لأطفال عينة الدراسة وخاصة الأطفال المنغوليين، حيث تفوق الأطفال المعوقين في اكتساب المفردات اللغوية على بقية الإعاقة العقلية الحركية الأخرى التي شملتها الدراسة.

تبين الدراسات السابقة أن النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين والمعوقين عقليا مختلف في معدل

النمو، حيث أن المعوقين عقليا أبطأ من العاديين في اكتسابهم اللغة. (حسني، 2000، : 35).

# المحاضرة السادسة:

## التوحد

الخصائص السلوكية والتربوية للطفل التوحد.

أولاً: التطور التاريخي لاضطراب التوحد تعريفه أنواعه، خصائصه ،

أسبابه ،مراحل حدوث التوحد، المشكلات المصاحبة لاضطراب

التوحد، إحصائيات انتشار التوحد)

## المحاضرة السادسة :

### الخصائص السلوكية والتربوية للطفل التوحيدي

#### تمهيد:

توجد عدة أمراض واضطرابات تصيب الأطفال لكن لا تظهر أعراضها علي أجسامهم منها أعراض عصبية ونفسية لا تشبع المعرفة بها وبكيفية التعامل معها

ومن بينها اضطراب التوحد تلك الحالة التي تمثل خلل في التفاعل عند الطفل مع بيئته الإجتماعية وهذا ما يجعله من أكثر الإضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل و أسرته نظرا لما يخلفه من آثار علي السلوك فيتأثر بذلك تفكيره و تفاعله الإجتماعي مع الآخرين و تظرب مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي و أنشطة اللعب بسبب الخلل الذي يعانون منه في إدراكهم البصري مما يؤدي إلي صعوبة في تركيزهم و إدماجهم في الحياة الإجتماعية.

#### أولا: التطور التاريخي لاضطراب التوحد:

لقد عانى الإنسان منذ تاريخه الطويل علي كوكب الأرض من العديد من حالات الإعاقة و من بينها ما نطلق عليه اليوم "إعاقة التوحد" أو "autisme" الذي كان قديما يعتبر من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم أو البكم أو غيرها .

حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر kanner عام 1943 من بين مجموعة من أطفال التخلف العقلي اللذين يتعامل معهم حيث تميز 11 طفلا منهم بإعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك و ظل ينظر إليها علي أنها قريبة الشبه إلي الانفصام , بالرغم انه لم تكن من أعراضها مظاهر الهلوسة أو التهيؤات التي تعتبر احد الأعراض المميزة للفصام , و لذا اعتبرت بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه , أطلق عليها مصطلح "التوحد" "autisme" , و بدا اهتمام الدوائر النفسية بدراستها و إجراء البحوث عليها علي مستوي

العالم و في ذات الوقت تقريبا في 1944 اكتشف الطبيب النمساوي اسبرجر "asperger" مجموعة من الأطفال النمساويين أن خصائصها متشابهة إلى حد ما لأطفال كانر و لكن إخبارها لم تنتشر كما انتشرت أخبار اكتشاف كانر في أمريكا بسبب حالة الحرب العالمية الثانية , و التي اجتاحت فيها هتلر النسمة كغيرها من دول القارة الأوروبية سنوات عدة حتي وصل خبرها للطبيب النفسي L . WING الذي كان له ابنة تعاني من حالة التوحد فنشرت بالانجليزية ترجمة تقرير اسبرجر ASPERGER و عرفت تلك الحالات باسم اسبرجر (A.P.A 1994) نظرا لوجود بعض الاختلافات بينها و بين أعراض حالات كانر التي كان يطلق عليها اسم "حالات التوحد".

و مع هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد و الاسبرجر في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية ( P.S.M ) إلا في طبعته الثالثة المعدلة (PSM.3R) في أواخر الثمانينات و في طبعته الرابعة (PSM4) التي ظهرت عام 1994 و كان هناك ظهور لإعاقتين في هذا الدليل ضمن مجموعة أطلق عليها اسم "مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة " ( PERVASIVE DEVELOPE MENTALE DISORDERS ) التي تضم أربعة اضطرابات و هي :

1-الأوتيزم-الاسبرجر-الريت RETT-2-اضطرابات النمو التحليلي أو التفسحي و 3-اضطرابات النمو الغير المحددة PDD NOS الذي ستستعرض فيها بعد وضعها بأنها حالات اضطراب أو توقف في نمو المهارات المتوقعة للطفل في الجوانب الاجتماعية و اللغوية و التواصل و في رصيد السلوكيات المرغوبة , أو فقدها بعد أن تكون قد بدأت في تبلور في المراحل المبكرة من حياة الطفل و ما يؤثر سلبيا على اكتشاف المهارات المختلفة و على بناء شخصيته (فراج 2002 :51)

-2

## 1-تعريف التوحد :

1.1-تعريف كانر **KANNER 1943** :يعرف كانر التوحد بأنه حالة من العزلة و الانسحاب الشديد و عدم

القدرة على الاتصال بالآخرين و التعامل معهم يوصف أطفال التوحد بان لديهم اضطرابات لغوية حادة .

2.2 -تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد :أن التوحد يظهر بمظاهره الأساسية في الثلاثين شهرا الأولى من

العمر و تمس الاضطرابات كل من :

- نسبة النمو و التطور و ما يتبعها

- الاستعابة للمثيرات الحسية

- النطق و اللغة و القدرات المعرفية

- القدرات المرتبطة بالناس و الأحداث و الأشياء. ( رائد 2011 : 9 )

3.2 تعريف باتمان (**BATMAN 1965**) :لقد أضافت باتمان في تعريف كيرت ما أهمله حيث استخدمت

مكون التناقض أو التباعد بين القدرات العقلية و التحصيل الفعلي ,فأشارت أن أطفال ذوي صعوبات التعلم هم

هؤلاء الأطفال الذين يظهرون تناقضا (تباعد) تعليميا بين قدراتهم العقلية العامة و مستوى انجازهم الفعلي ,و

ذلك من خلال ما يظهر لديهم من اضطرابات في عملية التعلم ,و أن هذه الاضطرابات من المحتمل أن تكون

مصحوبة أو غير مصحوبة بخلل ظاهر في الجهاز العصبي المركزي ,بينما لا ترجع اضطرابات التعلم لديهم

إلى التخلف العقلي أو الحرمان الثقافي ,أو التعليمي ,أو الاضطراب الانفعالي الشديد أو الحرمان

الحسي.(المغلوث 2011 : 27 )

**4.2-تعريف احمد عكاشة (1979):**يطلق احمد عكاشة علي "إعاقه التوحد" اسم الذاتوية الطفولية

RILDHOOD AUTISM يعرفها علي أنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل علي :

1- نمو أو الارتقاء غيرا لطبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل 3 سنوات

2- نوع مميز من الأداء غير طبيعي في المعادلات النفسية التالية :

أ: التفاعل الاجتماعي

ب: التواصل و السلوك المحدود المتكرر

ج : بالإضافة إلي هذه السمات الشخصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل

الرهاب (المخاوف المرضية)و اضطراب النوم والآكل ,نوبات هيجان العدوان الموجه نحو الذات.

(عبد الرحمان 2000 :15)

**5.2- تعريف WOLF لأطفال التوحد :**عرفهم علي أنهم الأطفال الذين :

1-ينقصهم الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي ,مع شذوذ في شكل الكلام و مضمونه , و ترديد

آلي لما يسمع

2-شذوذ في اللعب و التحليل

3-النمطية و الإصرار علي الطقوس و الروتين و ردود الطفل العنيفة إزاء أي تغير في هذه الأنماط ,مع وجود

الكثير من الحركات الآلية غير هادفة مثل " هز الرأس , تحريك اليدين, الأصابع (فهد 2001 : 28 )

**6.2-** التوحد هو اضطراب يظهر عادة لدي الأطفال قبل السنة الثالثة من العمر و هو يؤثر علي نشأة الطفل و تطوره ب 3 طرق:

1- اللغة أو كيفية الكلام

2-المهارات الاجتماعية "الاستجابة و التواصل مع الآخرين "

3-السلوك "أي كيفية التصرف في مواقف معينة"

**3-أنواع التوحد :**

اقترحت ماري كولمان ثلاث تصنيفات للتوحد من المتلازمة التوحدية الكلاسيكية , و يحدث تحسن لها ما بين سن 5 و 7 سنوات و متلازمة الطفولة الفصامية بإعراض توحد و تكون مثل الأولي إلا انه يحدث تأخر لمدة شهر , و المتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا و يظهر لدي المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أفضية و متلازمة فيروسية مثل الحصبة و متلازمة الحرمان الحسي (الشرييني 2011 : 31 )

كما تنقسم أنواع التوحد كآآتي :

**1.3- التوحد و طيف التوحد (الاضطرابات النمائية الشاملة):**

استخدم مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة عام 1980 ليكون مفضلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة و هي اضطرابات عصبية تؤثر علي مجموعة من مناطق النمو الفكري و الحسي و عادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر و الأطفال المصابين بالتوحد يظهرن الخصائص التالية :

- صعوبة في التواصل مع الآخرين و صعوبة في التطوير علاقات شخصية
- مشكلات في التواصل في كل من اللغة و النطق
- تأخر نمائي في الجوانب المعرفية و الاجتماعية و الحركية
- نقص في التفاعل و التواصل الاجتماعي

### 2.3: مجموعة الطيف التوحدي :

1.2.3 اضطراب اسبرجر (ASPERGER SYNBROME): و تتمثل معايير تشخيص متلازمة اسبرجر

حسب دليل التشخيص و الاحصائي للاضطرابات العقلية للإصدار الرابع المراجع (DMS4)

\*قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي ,و يتمثل في بندين علي الأقل من البنود التالية:

\*قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري و تعبيرات الوجه ووضوح

الجسد

\*فشل في تكوين علاقات صداقة التي تتناسب مع المستوي التطوري

\*نقص الدرة علي تبادل الأحاسيس و الانفعالات مع المجتمع حوله

\*سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق و ذخيرة محدودة من الاهتمامات :

تتمثل في بند واحد علي الأقل من البنود التالية :

\*الانهماك الكامل و التعلق الغير طبيعي في واحد أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير طبيعية في حداثها أو

تركيزها التي لا معني لها

\* الحرص علي الرتابة و رفض تغيير الطقوس.

\* تكرار الحركات الجسمية بطريقة نمطية مثل رفرفة الأصابع أو اليدين و إلتواء الذراعين أو الجسم و حركة

معقدة للجسم.

\*إن الاضطراب يسبب إعاقة سريرية ملحوظة في القدرات الوظيفية الاجتماعية و المهنية و غيرها من الميادين الوظيفية.

\*عدم انطباق المعايير علي اي نوع آخر من الاضطرابات مثل الفصام أو أحد الاضطرابات النمائية الأخرى

### 2.2.3 : اضطراب ريت RETTS DISORDER :

و هو اضطراب عصبي نمائي لا يظهر إلا عند الإناث حدده "اندياتريت" عام 1965 يظهر أثناء الميلاد و تصبح أكثر في السنة الثانية من العمر , و يلاحظ فيها فقط حركات اليد الموجهة أو الهادفة و تحل محلها حركات رتيبة متكررة تشمل عصر أو لوي اليد و التصفيق و الأفراد ذوي متلازمة ريت يصابون بإعاقة متعددة عميقة و يتطلبون مساندة طوال حياتهم و تتراوح معدلات انتشارها لدي بنت واحدة في كل 1000 و تشخص هذه المتلازمة من خلال المسح العيني

و حسب الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع المعايير التشخيصية لاضطراب ريت علي النحو التالي:

نمو طبيعي واضح قبل الولادة و حولها.

تطور نفسي و حركي طبيعي وواضح خلال فترة الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

حجم طبيعي لمحيط الرأس بعد الولادة.

\*بداية ظهور البنود التالية بعد مرور بمراحل طبيعية من النمو:

تباطأ نمو الرأس في الفترة العمرية من 5 إلي 48 شهر .

فقدان القدرة المكتسبة من قبل في الاستخدام الهادف لليدين في الفترة العمرية من 5 إلي 30 شهرا و يتلوا ذلك

نمو بعض الحركات النمطية المتكررة (لف اليدين أو تكرار غسلها).

ضعف التناسق بين حركات اليدين و الجذع

### 3.2.3: الاضطراب الانتكاسي الطفولي : يتضمن اضطراب الطفولة التفكيكي أو الانتكاس الطفولي تراجعاً

لغويا شديداً و سلوكاً متكيفاً و مهارات حركية بعد فترة من النمو الطبيعي تتراوح بين 2-4 سنوات و في بدايات القرن الماضي 1908 أعلنت "ثيودور هيلر" نتائج مراقبته لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات و لقد كان الاضطراب الذي اكتشفه "هيلر" يحمل عدة أسماء عبر السنين منها :

الحزن الطفولي، متلازمة هيلر، الذهان التفكيكي، تراجع أو فقدان المهارة الذي يتعرض له الأفراد المصابين بهذا الاضطراب فقد يحدث في عدة مجالات بما فيها فقدان مهارات الكلام و اللعب

### 4.2.3: اضطراب النمائي العام الغير محدد :

و هو تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي و تناقشنا هذه الاضطرابات بنوع من التفصيل في الفرق بين التوحد و طيف التوحد

#### 4- خصائص التوحد:

توجد بعض الخصائص التي غالباً ما نلاحظ علي الأفراد المصابين بالتوحد بغض النظر عن المرحلة العمرية التي ينتمون اليها و تضم الخصائص الاجتماعية و اللغوية و الذهنية و السلوكية و المعرفية

#### 1.4- الخصائص الاجتماعية : يعاني الطفل التوحدي من اضطراب أساسي يتركز في قصور علاقته

الاجتماعية مع الآخرين و شخصية الطفل التوحدي مرتبطة بهذا القصور و هذا السلوك الاجتماعي يكون

علاقة واضحة لاضطراب التوحد. (عسيلة 2006 : 219 )

**2.4- صعوبة استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية :** في بداية مراحل نموهم قد يتجنب الأطفال ذوي اضطراب توحّد النظر في أعين الآخرين و لكن مع مرور الوقت تتلاشي هذه الصعوبة في معظم الحالات كما أنهم يجدون صعوبة في فهم المشاعر و التعبير عنها من خلال العين و جذب انتباه الآخرين و التنسيق بين النظر في أعين الآخرين أو القيام بأفعال أخرى مثل التحدث أو إصدار إيماءات جسدية

**3.4- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي :** حيث لا يتجاوب الطفل مع أي محاولة لإبداء الحب و العطف له كثيرا ما يشكو أبوه من عدم اكرائه أو الاستجابة لمحاولتهما تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته بل ربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه و في كثير من الحالات يبذوا الطفل و كأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما و قد تمضي ساعات طويلة و هو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد آخرين معه.

#### **4.4- الخصائص التواصلية :**

يعاني أغلب أغلب الأطفال التوحديين من الصعوبات الكبيرة في التواصل كما يفنقد الكثير في التواصل كما يفنقد الكثير منهم استخدام اللغة بطريقة صحيحة للتواصل مع الآخرين من حولهم و أيضا لا يستطيعون اكتساب الكثير من الأساسية التي تساعدهم علي الاتصال و التعامل مع الآخرين حيث يفتقر هؤلاء الأطفال اللغة بكل أشكالها و أيضا قواعد اللغة و هذا

لدوره يؤثر علي سلوكهم الاتصالي تجاه المجتمع المحيط بهم و تعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحّد من الدلائل الهامة التي تتميز ذوي اضطراب التوحّد تتمثل في :

\* عدم تطور الكلام بشكل طبيعي إذ يذكر كوينغ (2001) انه 50 % من الأطفال المتوحدين هم من غير الناطقين فهم يتصفون بالبكم و لا يتكلمون و لكن يهمون

\* تطور اللغة بشكل غير طبيعي و اقتصارها علي بعض الكلمات النصفية مثل :ترديد بعض العبارات أو إصدار كلام غير مفهوم أو معبر أو ترديد كلام سمعه سبقا في ظروف زمنية و مكانية غير مناسبة و يتسم نطق هؤلاء الأطفال بالترديد و التكرار للكلمات التي يسمعونها مباشرة.( **البطانية 2007 : 585** )

**5.4- الخصائص المعرفية :** تعتبر مهارة التفكير و الانتباه و الفهم و الذاكرة و غيرها من المهارات أهم الوظائف المعرفية التي يجب علي الأطفال اكتسابها و تعلمها لأنه إذا حدث أي مشكلة أثرت علي أدائه و تحكمه في جميع المجالات الاخرى و تعتبر الخصائص المعرفية ميزة أساسية لاضطراب التوحد

و من الخصائص المهمة التي تظهر بشكل واضح و متكرر في التوحد و الاضطرابات

التوحدية الانهماك في الأشياء ضيقة المدى و محدودة و فريدة ,نذكر منها :

1,4.5- من الأشياء الملاحظة و الغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة و بشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين , و من أمثلتها :اهتزاز الجسم و رفرفة اليدين ,فرك اليدين , تموج الأصابع ,لف الأشياء الدائرية طقطقة أمام أعينهم و غيرها من السلوكيات

النمطية المختلفة كما أن اغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات معيدة لا ترتبط

بهدف واضح (الشامي 93:2004)

**2.5.4- السلوك الروتيني :** يقوم معظم الأطفال و بشكل طقوس و لساعات عديدة بلعبة محددة ,يقاومون التغيير بشكل كبير و يتجسد السلوك الروتيني مثلا لموعد الطعام و الحمام و اللباس و كذلك الروتين في ترتيب الغرفة و يوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة ,كما يحافظون بشكل كبير علي

التمائل(البطانية 2007 : 588 )

**3.5.4- الاهتمام بأشياء محددة جدا:**الكثير من المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتي أدني تغيير و يرفضون تغيير رتابة اللعب هذا الرفض قد يؤدي إلي الثورة و الغضب كما أنهم يرتبون ألعابهم و أدواتهم في وضع معين كلعبة فارغة مثلا موجودة في مكان معين و بوضوح معين,و من أهم الخصائص المعرفية التي يتصف بها الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد ما يلي :

1. ما نسبته (60-80 %)منهم تقل درجات ذكائهم عن 50% لكنهم يختلفون عن الأطفال

المتخلفين عقليا

2. يلاحظ أيضا أنه قد يوجد لدي بعض التوحديين قدرات معرفية و بصرية و حركية و تسمي

الوظائف المنشقة

3. إذا كانت الحالة تعاني من صعوبات لغوية فقط =إعاقة في اللغة العملية ( توظيف اللغة أو

اللغة في الاستخدام )

7. صعوبات لغوية + صعوبات اجتماعية = اضطراب الأوتيزم غير مصنف (الأوتيزم الغير قياسي

( البطانية 2007 : 590 )

5-أسباب التوحد :

يعتبر التوحد من الإعاقات النمائية التي مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها لا سيم الاتفاق علي تحديد العوامل المسببة لها , فهل هي نفسية,عضوية ,وراثية ,جينية ,بيوكيميائية أم هي نتيجة لتفاعل لهذه العوامل ؟

أم أنها ليست هذا و لا ذاك و لكنها نتيجة لعوامل مسببة أخرى مازلنا نجهلها تماما .

و نتيجة لتباين وجهات النظر التي اهتمت بتحديد أسباب التوحد أسباب التوحد و تباين الاتساق الفكري و الوحدات التفكيرية و الوحدات التفسيرية و الأطر النظرية التي تبنتها كل وجهات النظر يمكن إن نصنف وجهات النظر هذه في إطار النظرية الآتية :

**1.5- وجهات النظر النفسية و السيكودينامية :** تعتبر هذه النظرية من الأقدم النظريات في التفسير للأسباب المتوقعة للتوحد ,حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم و طريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الاضطراب , ونظرا لأهمية العلاقة بين الطفل و أمه في الشهور الأولى من حياته و دورها في أصابته بالاضطراب ,فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة علي النحو التالي :

**1.1.5- ميكانزمات العلاقة النفسية بين الطفل و الأم :** يري أنصار هذه النظرية كانر ,اسبرجر ,جولد فارب ,قبليهم ريملاندر أن التوحد ينشأ عن خبرات منكرو غير مشبعة و تهديدية ,فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم

و التي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي و بالتالي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه

و يشير جرمان إلي فشل العلاقة العاطفية بين الأم و الطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء هذا الانفصال طبيعيا أو عاطفيا فالانفصال الطبيعي ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل التي تحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للام انشغالها بعض الوقت عن الطفل

او حرمان بعض الأسباب التي ينشأ عنها ضعف أو فشل علاقة تواصل الطفل بأمه

1-اضطراب العلاقة بين الوالدين يؤدي إلى فقدان الهدوء اللازم لتربية الطفل تربية سوية

2-عدم الاستعابة للطفل باستمرار يجعله يفضل الأشياء عن الناس و يشك في استعابات الإنسان بصفة عامة

3-غيره الأب من ارتباط الأم بطفلها تجعل الأم لا تحافظ على هذا الارتباط .

4\_وجود صعوبات في تغذية الطفل منذ الميلاد بسبب بعض العيوب الخلقية في فك الطفل أو مرض الأم ولادته قبل الميعاد و ما يترتب عليه من دخوله الحضانة لفترة من الوقت تمنع الأم من إرضاعه الالتحاق به (

**مصطفى : 2011 : 31 )**

5.2- العوامل البيولوجية (الأسباب المتعلقة بالجهاز البصري): هناك من يفسر التوحد نتيجة لعوامل بيولوجية

,و أسباب تبني هذا المنهج بسبب أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية و لكن قد يكون هناك عدم قبول للنظرية البيولوجية عندما لا نجد سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعرف لها

**سبب.(سوسن 2007 : 3 )**

## 1.2.5 - إصابة المخ :

قامت مراكز البحوث بالعديد من الدراسات لمعرفة ما نوع التلف المخي لدي الأطفال التوحديين فقد استخدموا كل الطرق التشخيصية و لكن تلك الطرق كانت عاجزة عن التعرف علي هذا التلف في أجزاء متعددة ,تختلف من طفل لآخر كما أن هذا التلف قد يوجد في أطفال مصابين بالتوحد و من تلك الفحوصات هي :

- الدراسات التشريحية بعد الوفاة
- الفحوص الاشعاعية للمخ مثل الرنين المغناطيسي IRM
- الأشعة المقطعية SPET – PET.CT –SLAM
- النشاط الكهربائي للمخ EEG
- كيمياء المخ CHEMISTRY BRAIN (سعيد 1997 : 98 )

**3.5- أسباب الفيروسات و التطعيم :** أوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات هي العصبية الألمانية و تضخم الخلايا الفيروسي و التهاب الخلايا الفيروسي , و يري بعض أن التطعيم قد يؤدي إلي الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء علي الفيروسات المتواجدة باللقاح ما يجعلها قادرة علي إحداث تشوهات في الدماغ و لكن لم يعتمد هذا السبب من قبل المراكز العلمية(سعيد 1997 : 100 )

**4.5- العوامل البيوكيميائية BIOCHEMICAL FACTORS :**و تفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل "السير و نين, الدوبامين, البيبتيدات العصبية "حيث أن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلي آثار سلبية في المزاج و الذاكرة و إفراز الهرمونات و تنظيم حرارة الجسم و إدراك الألم

5.5 **وجهات النظر التفاعلية:** يعتقد البعض أن أسباب التوحد نفسية عاطفية، و البعض الآخر يعتقد أنها عضوية بيولوجية ، وراثية بيوكيميائية ، و تعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب التوحد ترجع إلي الناتج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها و الوراثة بالإضافة إلي ما يحدث داخل محيط الأسرة من صدمات و ضغوط و عوامل إحباط و غيرها (القمش 2011 : 42 )

#### 6/مراحل حدوث التوحد :

يولد الطفل سليما معافى ,و غالبا لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة ,و عادة ما يكون الطفل وسيما و ذي تقاطيع جذابة ينمو هذا الطفل جسما و فكريا بصورة طبيعية سليمة حتي بلوغه سن الثانية و الثالثة من العمر(عادة ثلاثون شهرا )ثم فجأة تبدأ الأعراض في الظهور كالتغيرات السلوكية (الصمت التام أو الصراخ المستمر )

و نادرا ما تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر ,و ظهور أعراض الفجائي يتركز في اضطراب المهارات المعرفية و اللغوية و نقص التواصل مع المجتمع بالإضافة إلي عدم القدرة علي الإبداع و التخيل (رابية2003: 21 )

#### 7-المشكلات المصاحبة لاضطراب التوحد :

1.7- **الاندماج الاجتماعي:** الطفل التوحدي ينعزل عن العالم الخارجي من حوله , و حتى عن اقرب الناس إليه والديه ,فليس هناك عواطف متبادلة معهم ,و ليس هناك مقدرة علي التواصل معهم سواء ذلك كان لغويا أو حركيا لا يستطيع التعبير عن احتياجاته أو طلب المساعدة من الآخرين

**2.7- الصراخ و عدم النوم :** الصراخ و عدم النوم ليلا من علامات التوحد التي تظهر في عمر مبكر في كثير من أطفال التوحد و قد تكون مصحوبة بالكثير من الحركة مما يستدعي رقابة الوالدين المستمرة و عنايتهم ,فيؤدي إلي إجهاد الطفل و والديه , كما يحتاج الطفل إلي الرعاية النهارية فتزيد الأعباء علي الوالدين و يزيد التعب و الإرهاق .

**3.7 - نوبات الغضب و الصراخ :** نوبات الغضب و الصراخ تحصل في أي مرحلة عمرية و قد تكون حدوث أسباب أو مقدمات واضحة , و لكن في الغالب هي طريقة التعبير عن النفس و الاحتياج , فالطفل التوحدي تتقنه أدوات اللغة و التعبير أو كرد فعل للتعبير عن غضبه أو التعبير عن عاداته و قد يستخدمها الطفل لتلبية طلباته ,فهو يعتمد علي النمطية التكرارية في اللعب و قد النوبة الواحدة لعدة ساعات مما يضطر العائلة لتلبية طلباته ,و الطفل يتعلم من الاستجابة فيستخدم هذا الأسلوب عند كل احتياج ,و قد يستخدمها في الأماكن العامة و في وجود الغرباء كوسيلة فقط(ابو حلاوة 1997 : 38 )

**4.7-الخوف :** صور متناقضة تعبر عن نفسها في أطفال التوحد , فالبعض منهم يخاف من أشياء غير ضارة كالموسيقى أو صوت جرس المنزل أو قد يكون السبب الحساسية المفرطة للصوت و قد نري نفس الطفل يمشي في وسط طريق سريع غير آبه بأصوات السيارات و أبواقها و من الصعوبة معرفة مسببات الخوف و يحتاج الأمر إلي مراجعة لأحداث سابقة و الرجوع إلي المذاكرة و قد تشير الطريق لمعرفة المسببات

**5.7- عدم الخوف :** أن الخوف يمكن السيطرة عليه ,و لكن عدم الخوف يصعب التحطم فيه ,فهو يتعلمون عن طريق الحفظ و لكن لا يطبقون ما حفظوه في موقف آخر كما أن نقص الذاكرة و عدم القدرة علي التخيل تلعب دورا هاما .

**6.7- المهارات الأساسية :** ينمو الطفل التوحدي بدون اكتساب الكثير من المهارات الأساسية مما يجعل مهمة التدريب علي عاتق الوالدين عبئا كبيرا , و لكن بالصبر يمكن تدريب الطفل علي بعض المهارات مثل "قضاء الحاجة , أسلوب الأكل ....."

**7.7- إيذاء الذات :** إيذاء الذات يتكرر بصورة واضحة عندما يكون الطفل غير مشغول بعمل ما أو لوجود إحباط داخلي لديه مهما قلت درجته , و لقد لوحظ ازدياد هذه الحالات في دور الرعاية و قلة انشغال الطفل , مما يجعله يعبر عن نفسه بإيذاء ذاته , يأخذ أشكال متعددة مثل عض اليدين , و ضرب الرأس في الحائط و غيرها .....

**7.8- مقاومة التغيير :** الطفل التوحدي يعيش في عالمه الخاص ,منعزلا عن مجتمعه غير قادر علي الابتكار يقوم بالعاب نمطية و بشكل مكرر و قد لا يتفاعل مع لعبته بل انه قد يرفض تحريكها , و قد يصاب بنوبة من الغضب عند محاولة التغيير , و قد يرفض الأكل لكي لا يغير من نمطية وضعه , كما أنه يصعب عليه التكيف مع الأماكن عند تغييرها ,فقد يحتاج إلي عدة أشهر كي يتعود عليه

**9.7 مشكلة الأكل :** هناك أسباب عديدة لسرعة تهيج الطفل عند الأكل أو كرهه لنوع ما منه و منها :

\*زيادة الحساسية للتكوين أو التعلم أو الرائحة مما يجعل الإحساس بالأكل غير مرغوب فيه مع تلذذ الآخرين

به HYPERACTIVITY

\* قلة الحساسية للأكل يزيل بعض الطعم المشوق للطعام HYPERACTIVITY

\* المشاكل الحركية قد تجعل المضغ و البلع عملية صعبة و مؤلمة للطفل(كوثر 2006 :37)

**8 - إحصائيات انتشار التوحد:** يزداد انتشار التوحد عالميا دون معرفة الأسباب المؤدية إلى ذلك بشكل قطعي. حيث أثارت إحدى الدراسات القديمة في السبعينات من القرن الماضي إلى انتشار التوحد بنسبة 3,5-4,5 أطفال من بين كل 10,000 طفلا, إما الدراسات الأحدث فتشير إحداهما و التي أعدها المعهد الوطني لصحة الطفل و التنمية البشرية في الولايات المتحدة عام 2001 إلى انتشار التوحد بنسبة طفل إلى طفلين من بين كل ألف طفل, و بعد ذلك بأربع سنوات صدرت دراسة أخرى قام بها باحثون من مراكز السيطرة على الأمراض و الوقاية منها في الولايات المتحدة تشير الى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين كل 166 طفلا, و جاءت الدراسات عام 2007 و التي قام بها باحثون من المركز الاخير و التي أشارت إلى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين 150 طفلا(حازم، 2011 : 17)

و معدلات انتشار اضطراب التوحد لدي الذكور تفوق انتشاره لدي البنات بحيث تتراوح النسبة 4-1 و ربما يعزي ذلك لوجود دليل علي أن الأجنة و الرضع الذكور يكونون بيولوجيا أكثر تعرضا للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث فعلي سبيل المثال تشير نتائج الدراسة ((van ben bergh& marcoen2odi)) إلى أن التعرض قبل الولادة للضغوط ارتبط علي نحو دال بأعراض adhd مع تأثير قوي اكبر وجد في الذكور علي الإناث

و تشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد تعاني منها الأفعال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية و الاقتصادية و الاجتماعية أو الأصول المعرفية كما انه ليس حكرا علي فئة عمرية أو نوعية من الناس بل قد يظهر لدي كافة الأعمار. (الشرييني 2011 : 30 )

# المحاضرة السابعة :

## الإعاقة السمعية

مفهوم الإعاقة ، تصنيفاتها أنواعها أسبابها

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال

المعوقين سمعياً تشخيصها)

## المحاضرة السابعة :

### الإعاقة السمعية:

#### تمهيد:

مما لا شك فيه أن كل من القدرة على السمع والكلام من العوامل الهامة للتواصل الانساني، فالذي يسمع الكلمة يستطيع أن يتعلم كيف ينطقها،ومن لا يسمع لا يستطيع ان ينطق. تصور نفسك بأنك لا تستطيع أن تسمع الحديث الجاري بين من حولك من الناس ،فكل كاتراه هو عبارة عن شفاه متحركة وأيدي تلوح ووجوه تارة عابسة وتارة أخرى تعلوها البشاشة والسرور،أما ماتشاهده على أجهزة التلفزيون فليس أكثر من صورة متحركة لاصوت فيها،والناس في الشارع يهرعون فزعا عند سماعهم صفارات الإنذار ،وأنت مندهش لماذا يهرعون هكذا ،إنه بإستطاعتك ان ترى حركة الناس في الشوارع ولكنك قد لا تستطيع أن تجد تفسيراً لها،'نك تبدو وكأنك وحيدا في هذا العالم.

لقد أشار التقرير الصادر عن الأكاديمية الوطنية لكبار السن لعام 1999 إلى أن هؤلاء الذين يعانون من فقدان السمع تقل نسبة مشاركتهم في الأنشطة والمناسبات الإجتماعية ،كما أنهم أقل شعورا بالرضى عن حياتهم مقارنة بالذين يتمتعون بحاسة سمع حادة.

**مفهوم الإعاقة السمعية:** يشير هذا المفهوم إلى تباين في مستويات السمع التي تتراوح بين الضعف البسيط

فالشديد جداً، تصيب الإنسان خلال مراحل نموه المختلفة وهي إعاقة تحرم الفرد من سماع الكلام المنطوق

مع أو بدون استخدام المعينات السمعية وتشتمل الأفراد ضعيفي السمع والأطفال الصم.

بحيث يعرفه مصطفى فهمي (1976) "الأصم هو ذلك الفرد الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل

على فهم الكلام المسموع".

ويشير عبد الرحمن سليمان (1995) ومحمد علي كامل (1996) مع غيرهما ممن سبقوهم في تحديد مفهوم

الإعاقة السمعية عندما أكد على أن "الأصم هو ذلك الفرد الذي يعاني من اختلال في الجهاز السمعي يحول

بينه وبين اكتساب اللغة بالطرق العادية وأن مثل هذا الفرد يكون قد فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو

الذي فقدها بمجرد تعلم الكلام نتيجة لحدوث عطل فيها".

وهناك من يضع في اعتباره العمر الزمني حالة تحديده لمفهوم الإعاقة السمعية، ومن بين هؤلاء زينب

شقير (1999) حيث ترى أن الأصم هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من

عمره، الأمر الذي أدى إلى عدم قدرته على اكتساب اللغة. (بنيه إبراهيم، 26، 2006).

وقد عرض المتخصصون في مجال الإعاقة السمعية لعدد من التصنيفات ، ويمكن عرضها حسب التالي:

- العمر عند الإصابة.

- موقع الإصابة.

أولاً: من حيث العمر عند الإصابة: وتنقسم إلى ما يلي:

إعاقة سمعية ولادية Congenital: أي أن الفرد قد ولد وهو ضعيف السمع منذ لحظة ولادته الأولى.

- إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة Prelingnal: أي الإعاقة التي تحدث عند الفرد قبل تعلم اللغة واكتسابها أي ما قبل سن الثالثة من العمر، ويتميز أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على الكلام لأنهم لم يتمكنوا من سماع اللغة.

إعاقة سمعية بعد اللغة: وهي تشمل الأفراد الذين أصيبوا بها بعد تطور الكلام واللغة لديهم.

- إعاقة سمعية مكتسبة: وتشمل الأفراد الذين فقدوا حاسة السمع بعد الولادة وفقدوا قدراتهم اللغوية التي كانت قد تطورت لديهم إذا لم تقدم لهم خدمات تأهيلية خاصة.

ثانيا: من حيث موقع الإصابة: وتقسم إلى ما يلي:

- إعاقة سمعية توصيلية Conductive:

تكمن المشكلة في هذه الحالة في عملية توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية بسبب مشكلات في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى، ومن هذه المشكلات وجود: الصملاخ، المادة السمعية في الأذن وتراكمه، الأمر الذي يحتاج إلى إزالته أو بسبب الالتهابات المسببة عن الفطريات أو البكتيريا، ومن الأدوية المستخدمة لهذه الغاية قطرات للأذن منها قطرة تسمى Cocatrim view form ، وذلك للقضاء على الفطريات في الأذن وعادة ما يشكو المريض من حكة مصاحبة لوجود الفطريات وقد يحتاج الفرد بعد إجراء فحص تخطيط السمع إلى بعض المعينات السمعية (سماعة الأذن).

- الإعاقة السمعية الحسية العصبية: تكمن المشكلة في الأذن الداخلية والعصب السمعي وإخفاق هذه الأذن في استقبال الصوت أو نقل السوائل العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ ولا تكون الإعاقة فقط في تخفيف شدة الصوت بل في تشويبه لذلك يدرك الفرد أصواتا مشوشة وهذا النوع من الخلل ليس قابلا لتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية ولا فائدة وتضخيم الصوت عن طريق السماع.

- الإعاقة السمعية المركزية: تكمن المشكلة في هذه الحالة في التفسير الخاطئ لما يسمعه الإنسان بالرغم من أن حاسة سمعه قد تكون طبيعية والمشكلة تكون في توصيل السوائل العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ، وذلك نتيجة وجود أورام أو تلف دماغي والمعينات السمعية في هذا النوع تكون ذات فائدة محدودة.

**ثالثا: من حيث شدة فقدان السمع: وتقسم إلى ما يلي:**

- **الإعاقة السمعية البسيطة جدا:** يتراوح فقدان السمع ما بين (27- 40) ديسيبل، وأهم ما يميز هذه الإعاقة لدى صاحبها صعوبة سماعه للكلام الخافت أو عن بعد أو تمييز بعض الأصوات ولا يواجه الفرد صعوبات تذكر في المدرسية وقد يستفيد من المعينات السمعية والبرامج العلاجية.

- **الإعاقة السمعية البسيطة:** يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (41- 55) ديسيبل، ويفهم صاحب هذه الإعاقة كلام المحادثة عن بعد (3- 5) أمتار وجها لوجه ويفسر الطالب 50% من المناقشة الصفية، إذا كانت الأصوات خافتة أو بعيدة ويكون ذلك مصحوبا بانحرافات في اللفظ أو الكلام ويحتاج الفرد إلى خدمات التربية الخاصة.

- الإعاقة السمعية المتوسطة: يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (56- 70) ديسبيل وصاحب هذه الإعاقة لا يفهم المحادثة، إلا إذا كانت بصوت عال ويواجه الطالب صعوبة في المناقشات الصعبة الجماعية، ويكون ذلك مصحوبا باضطرابات في اللغة ويكون قاموسه اللفظي محدودا ويحتاج هذا الفرد إلى الالتحاق بصف خاص واستعمال المعينات السمعية.

- الإعاقة السمعية الشديدة: يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (71- 90) ديسبيل وصاحب هذه الإعاقة لا يستطيع سماع حتى الأصوات العالية ويعاني من اضطرابات في الكلام واللغة، وبحول دون تطور اللغة لدى الطفل إذا كان عنده منذ السنة الأولى ويحتاج الطفل إلى مدرسة خاصة بالمعاقين سمعيا ليتعلم ويتدرب على السمع وقراءة الشفاه ويكون بحاجة إلى سماعة طبية، إن صاحب هذه الإعاقة يعتمد على حاسة البصر.

ثالثا- أسباب الإعاقة السمعية: تحدث الإعاقة السمعية إما قبل الولادة أو ثنائيا أو بعدها، ويمكن حصر أسباب هذه الإعاقة فيما يلي:

-الوراثة. الحصبة الألمانية والالتهابات المختلفة.

-اختلاف العامل الريزي سي H. factor.

-التهاب الأذن الوسطى.

-النداج.

-تسمم العقاقير.

-الضحيج.

-مرض (منيرز).

-تصلب الأذن.

-الحوادث.

رابعا- الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين سمعيا: إن أصحاب الإعاقات السمعية لا يمثلون

فئة متجانسة حيث أن لكل فرد خصائصه الفردية، وترجع مصادر الاختلاف إلى نوع الإعاقة وعمر الفرد

عند حدوثها وشدة الإعاقة وسرعة حدوثها ومقدار العجز السمعي وكيف يمكن الاستفادة منه ووضع الوالدين

السمعي وسبب الإعاقة والفئة الاجتماعية والاقتصادية التي تتصف بها الأسرة وغير ذلك ولهذه الإعاقة تأثير

ملحوظ على الخصائص النمائية المختلفة لدى الفرد لأن مراحل النمو مترابطة ومتداخلة.

1- الخصائص اللغوية: تأثير الإعاقة السمعية على لغة الأطفال: تؤثر الإعاقة السمعية سلبا على

جميع جوانب النمو اللغوي لدى الأطفال، فالشخص المعوق سمعيا سيصبح أبكما إذا لم تتوفر له فرص

التدريب الفاعلة ويرجع ذلك بسبب عدم توفر التغذية الراجعة السمعية وعدم الحصول على تعزيز لغوي كاف

من الآخرين. إن لغة هؤلاء الأطفال تتصف بقرها البالغ قياسيا بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة

وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودة وتكون ألفاظهم تدور حول الملموس وتتصف جملهم بالقصر والتعقيد علاوة

على بطء كلامهم واتصافه بالنبرة غير العادية.

إن هذه الإعاقة تتناسب طردياً مع مظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى ، وانخفاض أداء المعوقين سمعياً على اختبارات الذكاء اللفظية أكبر دليل على تعبيرهم اللغوي، في حين أن أدائهم على اختبارات الذكاء الأدائية أفضل وأن الفرق بين الطفل العادي والأصم من حيث اللغة هو أن الطفل العادي يتعرف على ردود فعل الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها وأن الطفل المعوق سمعياً لم يحصل على اللفظ السمعي وتزداد المشكلات اللغوية بازدياد شدة الإعاقة والعكس صحيح، إن الإعاقة السمعية البسيطة على سبيل المثال يواجهون مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة والبعيدة أو في فهم موضوعات الحديث المختلطة، ويواجهون مشاكل فهم 50% من المناقشات الصفية وتكوين المفردات اللغوية، في حين أن الإعاقة السمعية المتوسطة يواجهون مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية وبقلة وتناقص مفرداتهم اللغوية وصعوبات في اللغة التعبيرية، أما ذوي الإعاقات السمعية الشديدة فيواجهون مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها ومشكلات في اللغة التعبيرية.

## 2- الخصائص المعرفية: إن ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً كفاءة لا يتأثر بهذه الإعاقة، كما لا تتأثر

قابليتهم للتعلم والتكيف التجريدي ما لم يكن لديهم مشاكل في الدماغ مرافقة لهذه الإعاقة، إن المفاهيم المتصلة باللغة عادة ما تكون ضعيفة لدى هذه الفئة، إن أداء أفراد هذه الفئة المتدني على اختبارات الذكاء لا يعتبر مؤشراً على وجود إعاقة عقلية بل على وجود إعاقة لغوية لذلك يجب تكييف اختبارات الذكاء لتكون أكثر دقة في قياس ذكاء أفراد هذه الفئة، ويجب أن تخصص لهم اختبارات ذكاء غير لفظية إذا ما أريد أن يقاس ذكائهم بشكل دقيق.

## 3- الخصائص الجسمية والحركية: تأثير الإعاقة السمعية على حركة الأطفال، يعاني أفراد هذه الإعاقة من

مشكلات في الاتصال وتحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الحركي لديهم، إن هؤلاء الأفراد محرومون من

الحصول على التغذية الراجعة السمعية الأمر الذي يطور لديهم أوضاعا جسمية خاطئة كما أن نموهم الحركي يعتبر متأخرا قياسيا مع الأسوياء وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة وأنهم يشعرون بالأمن بسبب التصاق أقدامهم بالأرض كما أن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء ويمتازون بحركة جسمية أقل.

**4- التحصيل الأكاديمي:** اثر الإعاقة السمعية على التحصيل الأكاديمي للأطفال، إن التحصيل الأكاديمي لأفراد هذه الفئة غالبا ما يكون متدن بالرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم، إن تحصيلهم القرائي هو الأكثر تأثرا بهذه الإعاقة لذلك يأتي تحصيلهم الأكاديمي ضعيفا ويتناسب ضعف التحصيل الأكاديمي لدى أطفال هذه الفئة طرديا مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها ويزداد الطين بلة بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس ولقد أشارت بعض الدراسات بأن 50% من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قدراتهم تقاس بمستوى طلاب الصف الرابع الأساسي أو أقل من ذلك وأن 10% كانوا بمستوى الصف الثامن الأساسي، أما في مادة الرياضيات فكان مستوى أدائهم كان بمستوى الصف الثامن وأن 10% منهم كانوا بمستوى أداء الأشخاص غير الصم.

وأشارت دراسات أخرى بأن لديهم صعوبات في مادة العلوم لأن لها علاقة باللغة، إن التحصيل الأكاديمي لدى أفراد هذه الفئة يتأثر بشدة بالإعاقة السمعية وقدراتهم العقلية والشخصية ودعم الوالدين والعمر عند حدوث الإصابة ووضع الوالدان السمي والاقتصادي والاجتماعي وطرق التدريس التي يتلقاها أفرادها.

**6- الخصائص الاجتماعية- والنفسية:** أثر الإعاقة السمعية على الخصائص الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال، إن أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة والمتمثلة بتقديم الحماية الزائدة للمعوق سمعيا تلعب دورا في مستوى نموه الاجتماعي بحيث يصبح اعتماديا على الآخرين. إن هؤلاء الأطفال لديهم فقرا في طرق الاتصال الاجتماعي ويعانون من الخجل والانسحاب الاجتماعي ويتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين ويسبئون فهم

تصرفاتهم وستصفون بالأنانية، كما يتأثر مفهومهم عن ذواتهم بهذه الإعاقة ومن أهم خصائصهم النفسية عدم توافقهم النفسي وعدم الاستقرار العاطفي، ويتصف هؤلاء بالإذعان والاكتئاب والقلق والتهور وقلة توكيد الذات والشك بالآخرين والسلوك العدوانى والسلبية والتناقض.

7 التكيف المهني: أثر الإعاقة السمعية على التكيف المهني لدى الأطفال إن اللغة وظائف كثيرة فهي تعبر عن ذات الفرد وقدرته على التواصل وفهم الآخرين وتعتبر من أهم وسائل النمو المعرفي والعقلي والانفعالي والنمو المهني يعتمد على تطور اللغة ونموها لدى الفرد، لذلك فالمعاقون سمعياً يعانون من ضعف قدراتهم اللغوية، إنهم يواجهون مشكلات تكيفية في محيط الأسرة والعمل ويظهر أفراد هذه الإعاقة ميلاً نحو المهن التي لا تتطلب تواصلاً كالرسم والخياطة والنجارة والحدادة لذلك فهم بحاجة إلى برامج تربوية .

# المحاضرة الثامنة:

الوهن الحركي الدماغى

وتصنيفاته الأساسية

(تعريفه نسبة انتشار الشلل الدماغى أسباب

الشلل الدماغى العوامل المرتبطة بالشلل

الدماغى الأسباب والعلاج)

## المحاضرة الثامنة:

### الوهن الحركي الدماغي وتصنيفاته الأساسية

شلل دماغي (Cerebral palsy) هو اسم عام وشامل للنتائج المترتبة عن خلل أو ضرر في دماغ في طور النمو، يسبب الشلل الدماغي درجات مختلفة من الاضطرابات في قدرات الطفل الحركية وفي أدائه، الاضطرابات الحسية (في الحواس) مثل الصمم والعمى، تأذي مستوى الذكاء واضطرابات في عمل الأعضاء المختلفة في الجسم.

1- تعريف الشلل الدماغي: الشلل الدماغي هو إحدى الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية. ويستخدم مصطلح الشلل الدماغي للإشارة إلى اضطرابات النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الإنسان. (جمال الخطيب، 2003).

الشلل الدماغي: هو أي تغيير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوّه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.

### 2-نسبة انتشار الشلل الدماغي:

تتصف المعلومات حول نسبة انتشار الشلل الدماغي بالتباين، ويقترح بعضهم أن نسبة الشلل الدماغي في الولايات المتحدة تقدر بحوالي 1-200 ويرى آخرون أنها لا تزيد على 1-500 في حين تشير بعض الدراسات إلى أن نسبة الشلل الدماغي قد انخفضت مؤخراً في بعض الدول. وتشير دراسات أخرى إلى أنها ازدادت في بعض الدول أو أنها لم تتغير.

أما فيما يتعلق بعامل الجنس، فتشير الإحصائيات إلى أن نسبة الإصابة بالشلل الدماغي لدى الذكور منها لدى الإناث (55% ذكور إلى 45% إناث) ويحدث الشلل الدماغي لدى جميع فئات المجتمع فهو لا يتصل بالعرق أو اللون أو الوضع الاقتصادي.

### 3- أسباب الشلل الدماغي:

بالرغم من أن الأسباب المعروفة للشلل الدماغي عديدة جداً، إلا أن نسبة غير قليلة من حالات الشلل الدماغي تبقى أسبابها غير واضحة ( حوالي 30%) وبشكل عام تصنف أسباب الشلل الدماغي إلى ثلاث فئات أساسية هي : أسباب تحدث قبل الولادة ( في أثناء الحمل ) وأسباب تحدث في أثناء عملية الولادة وأسباب تحدث بعد عملية الولادة وعندما يكون الشلل الدماغي نتيجة لعوامل تحدث قبل الولادة أو في أثناءها يسمى الشلل الدماغي بالشلل الدماغي الولادي. أما عندما يحدث الشلل الدماغي نتيجة لأسباب بعد الولادة يسمى الشلل الدماغي المكتسب.

ويعتقد بأن حوالي (86%) من حالات الشلل الدماغي هي من النوع الأول الولادي ( الخلقى ) وإن (14%) منها من النوع الثاني المكتسب ما بعد الولادة. ( جمال الخطيب، 2003).

### 4- العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة:

تشير العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة إلى أي اضطراب أو خلل يحدث منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة الولادة. وتعتبر هذه العوامل مسؤولة عن حوالي 40% من حالات الشلل الدماغي. وعلى أي حال، فإن البحوث العلمية الحديثة تشير إلى أن هذه العوامل ربما تكون مسؤولة عن نسبة أكبر من حالات الشلل الدماغي. فعمل كثير من الحالات التي يعتقد أنها نتيجة لمشكلات متصلة بعملية الولادة تكون في الحقيقة قد حدثت بفعل عوامل معينة في أثناء عملية الحمل نفسها. وفيما يلي وصف لأهم العوامل المسؤولة عن الشلل الدماغي المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة.

#### 1- نقص الأكسجين في مرحلة ما قبل الولادة: ومن أهم الأسباب التي تكمن وراء ذلك هو التفاف

الحبل السري حول عنق الجنين. كذلك فمن الأسباب الأخرى اختناق الأم لسبب ما، أو فقر الدم.

#### 2- تعرض الأم الحامل للالتهابات المختلفة. وتشمل هذه الالتهابات الحصبة الألمانية وغيرها

#### 3- إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة.

تشمل اضطرابات الأيض مثل السكري، واضطرابات أخرى مثل الربو الشديد، واضطرابات القلب، وتضخم الغدة الدرقية.

#### 4- عدم توافق العامل الريزيسي.

إذا كان العامل الريزيسي لدى الجنين موجباً ولدى الأم سالباً فإن دم الأم ينتج أجساماً مضادة وهذه تحطم كريات الدم الحمراء لدى الجنين. وهذا بدوره يؤدي إلى أنيميا لدى الجنين. كذلك يحدث لدى الجنين ارتفاع في معدل البيليروبين بسبب تكسر الهيمجلوبين. وإذا كانت هذه الحالة شديدة فقد يصاحبها يرقان ربما تلف دماغي.

#### 5- الخداج. :

الطفل الخداج هو الطفل الذي يولد قبل أن يبلغ مدة الحمل 40 أسبوعاً أو الذي يولد ووزنه أقل من 2500غم. والخداج قد ينتج عن عوامل عديدة منها: إصابة الأم بالتهابات الكلى أو المجاري البولية والتدخين، والأم التي يقل عمرها عن 16 سنة أو يزيد عن 40 سنة. وتبين الدراسات أن الخداج يعتبر مسؤولاً عن أكثر من 30% من حالات الشلل الدماغي.

#### 6- العوامل الجينية:

لقد أشرنا في بداية المحاضرة أن الشلل الدماغي عموماً ليس اضطراباً وراثياً. وعلى أي حال، يشير البعض إلى أن حوالي 5-10% من حالات الشلل الدماغي قد تكون نتيجة لعوامل وراثية غير واضحة.

#### 7- وأخيراً فإن الشلل الدماغي قد ينتج عن عوامل مختلفة مرتبطة بالوضع الصحي العام للأم الحامل:

فالشلل الدماغي ذو علاقة بسوء التغذية. وهو كذلك يرتبط بالأشعة السينية، وتناول العقاقير، والكحول، وتسمم الحامل وغير ذلك. ( جمال الخطيب 2003 ) ،

ب- العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة: تشير العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة إلى مجموعة من الأسباب التي قد تحدث منذ بداية المخاض إلى ولادة الطفل. وتكمن هذه الأسباب وراء حوالي 45-50% من حالات الشلل الدماغي.

وفيما يلي عرض سريع لهذه الأسباب:

1- الرضوض والإصابات في أثناء الولادة أو النزوي: . وهذه الأمور قد تنتج عن اتخاذ الطفل لوضع غير طبيعي داخل الرحم، مثل خروج رجلي الطفل أولاً بدلاً من رأسه.

2- كذلك قد يحدث لدى الطفل تلف دماغي بسبب تعرض رأسه في أثناء عملية الولادة لضغط غير عادي مما قد يترتب عليه نزيف داخلي. والتغيرات في الضغط قد تحدث عندما تكون عملية الولادة سريعة جداً أو بطيئة جداً أو بسبب الولادة القيصرية.

3 استخدام العقاقير المخدرة في عملية الولادة فذلك قد يؤثر على عملية التنفس لدى الطفل ويؤدي إلى نقص الأكسجين.

4 الإختناق، وقد ينتج عن انسداد ميكانيكي في مجرى التنفس لدى الطفل.

5- نقص الأكسجين وقد يحدث في أثناء عملية الولادة لأسباب عديدة منها: انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب، أو نزيف المشيمة، أو إصابة الطفل بذات الرئة أو أية اضطرابات رئوية أخرى، أو التفاف الحبل السري أو انسداده لسبب أو لآخر، أو الولادة غير الطبيعية. ( جمال الخطيب، 2003م).

**ج-العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة:**

**الفئة الثالثة** من العوامل التي قد تؤدي إلى حدوث الشلل الدماغي هي تلك المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة. وهذه العوامل مسئولة عن حوالي 10-15% من حالات الشلل الدماغي أهم هذه الأسباب:

**1- إصابات الرأس:**

تتجم هذه الإصابات عن السقوط من أماكن مرتفعة، أو الحوادث المنزلية المختلفة، أو حوادث السيارات.

**2- الالتهابات:**

وتشمل التهابات أغشية السحايا والتهاب الدماغ وغير ذلك.

### 3- الاضطرابات التسممية:

التي قد تتجم عن تناول العقاقير بطريقة غير مناسبة أو تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق، أو استنشاق الغازات السامة مثل أول أكسيد الكربون.

4- **نقص الأكسجين:** وقد يحدث نتيجة للغرق أو الاختناق أو انخفاض مستوى السكر في الدم.

- وأخيراً: قد يحدث لدى الطفل شلل دماغي بفعل تشوهات أو اضطرابات مرضية يصاب بها في مرحلة الطفولة المبكرة مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية.

5- **اضطرابات العمود الفقري:** تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهراً آخرًا مميزاً من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل لهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد باضطرابات العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود ( فيما يلي: Bleck الفقري، وتبدو مظاهر ذلك كما يذكرها بليك (الخطيب 1975)

- تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها.

- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم Spina Bifida With Meningocele.

- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم Spina Bifida With Meningomyelocele .

وقد ترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري بحالات أخرى مثل حالة استسقاء الدماغ والتي تمثل شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية، كما قد ترتبط بحالات التهابات الدماغ أو العمود الفقري وتعتبر أسباب اضطرابات العمود الفقري غير معروفة. (فاروق الروسان، 2010).

**الوهن العضلي : Myasthenia Gravis** الوهن العضلي اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه

ضعف شديد ف العضلات الإرادية وشعور بالتعب و الإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما.

ويصيب الوهن العضلي الناس من جميع الأعمار ولكن أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين يزيد عمرهم عن عشرين سنة وبخاصة الإناث فهن أكثر عرضة للإصابة به من الذكور وتقدر نسبة انتشاره بحوالي 1 لكل 10.000 الف ولا تعرف الأسباب المؤدية لهذا المرض. (عبيد، 2001).

## 2- ضمور وانحلال العضلات: **Muscular Dystrophy** . أو الحثل العضلي : Muscular Dystrophy

ضمور العضلات مرض متطور ومنتشر في جميع عضلات الجسم، ويتصف بأنه يعمل على تحليل عضلات الجسم واستبدالها بأنسجة لحمية تالفة، وهو اضطراب جيني يحدث فيه تدهور شديد ومضطرد في العضلات الهيكلية في الجسم، وهذا الاضطراب يحمل على الكروموسوم الجنسي وذلك يعني أنه ينتقل من الأم إلى أولادها الذكور وأكثر من الإناث، وتعود الإصابة الوراثية عند الذكور إلى جينات متحية، أما في حالة إصابة الإناث، فإن الإصابة تعود إلى الجينات السائدة، ويعتبر هذا المرض متطور يؤدي إلى تدهور مضطرد، لأنه ينتشر إلى جميع عضلات المصاب تدريجياً. وقد تم اكتشاف هذا المرض لأول مرة عام 1968.

وتمثل حالات وهن أو ضمور العضلات شكلاً آخر من أشكال الإعاقة الحركية وذلك لما يتصل بهذه الحالات من خلل واضح في القدرة الحركية للفرد، ويقصد بوهن أو ضمور العضلات، ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القدمين ويستمر تدريجياً نحو منطقة الرأس أو العكس، وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات أو اضمحلالها التدريجي، والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة، وغالباً ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك، وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان إلى آخر، وقد تصاحب مثل هذه الحالات بحالة من الإعاقة العقلية، وتعتبر حالات وهن العضلات من الحالات الوراثية، والتي يصعب علاجها. ويذكر بليك (1975) وزميله أنواعاً من حالات وهن العضلات، والتي تبدو مظاهرها الأولية في صعوبة الوقوف، وكثرة الوقوع على الأرض عند المشي، وفي انحناء الأكتاف، أو في صعوبة الوقوف على رؤوس أصابع القدمين. أما الأعراض التي تحدث فيما بعد والتي تدل على حالة وهن العضلات فتبدو في ضعف عضلات الوجه والكتفين والذراعين والساقين والتي تمثل الحالة المسماة The Facio Scapulo – Humeral Muscular Dystrophy كما تبدو في حالات ضعف القدمين ثم الساقين ثم الذراعين. (عبيد، 2001).

#### 4- أعراض ودلالات الإصابة بضمور العضلات:

لضمور العضلات أعراض مبكرة، وأخرى متأخرة، أما الأعراض المبكرة فتظهر في السنة الثالثة من عمر الطفل وتتمثل فيما يلي:

1- تغيرات في حركة الطفل.

2- يستخدم الطفل المصاب مشط القدم أو رؤوس الأصابع بدلاً من استخدام جميع أجزاء جسم القدم عند المشي أو الركض، حيث تفقد العضلات الكبرى قدرتها أولاً ثم يتبعها العضلات الصغرى، وتفقد عضلات الأيدي مقدرتها قبل عضلات الأصابع.

3- تعثر الطفل وكثرة وقوعه على الأرض.

4- حركات الطفل المصاب تبدو كأنها هوجاء أو خرقاء.

وهذه الأعراض أو المشكلات قد لا تعني شيئاً للأسرة أو حتى الأطباء فأنهم في كثير من الأحيان لا يستطيعون تشخيص الحالة في البداية ويعتقدون أنها إصابة طارئة أو بسيطة تستدعي فقط إجراءات علاجية سريعة كوصف الأحذية الطبية.

أما الأعراض المتأخرة فتتمثل فيما يلي:

1- يركز الطفل المصاب على يديه وقدميه معاً حين يحاول الوقوف.

2- تضخم وانتفاخ في العضلات.

3- حدوث تشوهات في القدم.

4- تمدد عضلات الفخذ وانحراف مفصله عن موضعه الأصلي.

5- تمدد عضلات الكتف والوجه وضعفها.

6- ضعف عضلات الوجه السفلية.

7- تشوهات في جميع عضلات الرقبة والهيكل العظمي.

8- عدم القدرة على الحركة أحياناً مما يجعل الطفل بحاجة إلى استخدام كرسي متحرك يستطيع تحريكه، ولكن إذا كانت الحالة شديدة ومتطورة فإن حالة المصاب لا تسمح له في النهاية بتحريك الكرسي أو التنقل بمفرده، مما يجعله طريح الفراش بعد سن العاشرة تقريباً إلى أن يفارق الحياة بسبب ضعف وتلف عضلات القلب والرئتين وكذلك جميع عضلات الجسم الداخلية بشكل تدريجي.

• **علاج ضمور العضلات:** في محاولة الأطباء علاج إصابة ضمور العضلات، فقد تم استخدام عدد كبير من العقاقير الطبية ولم تثبت فاعليتها، ولكن علاج ضمور العضلات يعتمد على الأساليب التالية بشكل عام.

#### 1- العقاقير الطبية.

2- **العمليات الجراحية** وذلك لعلاج تقلص العضلات وتشوهها، وذلك بهدف مساعدة الفرد المصاب على الحركة والتنقل خاصة في المراحل الأولى للإصابة.

3- **العلاج الطبيعي**، ويهدف إلى المحافظة على المفاصل وعدم انزلاقها، وتخفيض وزن المصاب الناتج عن قلة الحركة، وتوفير تمارين التنفس كالنفخ أو الصراخ، والقيام بتدليك العضلات أو شدها، وقد ثبت فاعلية برامج العلاج الطبيعي في مثل هذه الحالات.

أن التطلع إلى المستقبل فيما يتعلق بضمور العضلات يبدو مثبطاً، وذلك بسبب صعوبة الإصابة وشدتها وعدم اكتشاف السبب المباشر أو العلاج الفعال، ولذلك فإنه ينصح بتوفير الراحة التامة للمريض في المراحل الأخيرة في حياته. (عبيد، 2001).

أما بالنسبة للدور المتوقع من المعلمين و المرين فإنه يتلخص في النقاط التالية:

1- يجب الأخذ بعين الاعتبار إن ذكاؤهم وقدراتهم العقلية عادية في معظم الأحيان رغم الصعوبات الحركية والعصبية التي ترافق إصابتهم، ولذلك يجب أن تكون أهداف برامجهم التدريبية واقعية تتناسب مع جميع قدراتهم العقلية وخاصة في مراحل الإصابة الأولى تسمح بالتحاقهم لأقرانهم العاديين.

2- بعض الحالات الشديدة تتطلب وقتاً طويلاً لإنهاء الواجبات المدرسية، لذلك يجب توفير الوقت اللازم لهم لإنهاء هذه الواجبات ومن باب أولى تخفيف الواجبات عليهم.

3- الابتعاد عن المهارات الحركية والرياضية في الحالات الشديدة من الإصابة لأن ذلك يولد عندهم إحباطاً عالياً عند عدم استطاعتهم أداء تلك الأنشطة.

إلى أن يتم كشف العلاج، فإنه يحسن التسليم في الوقت الحالي بأن حياة المصابين بهذه الحالة محدودة، ولذلك يجب أن توجه برامجهم إلى الأنشطة الاجتماعية والترفيهية ما أمكن. (عبيد 2001)،

# المحاضرة التاسعة:

الطفل الموهوب والتوجهات الحديثة:

( تعريف الموهبة خصائص الموهوبين )

## المحاضرة التاسعة:

### الطفل الموهوب والتوجهات الحديثة:

تمهيد:

تتمتع أهمية ومدى فاعلية البرامج التعليمية بقدرة هذه البرامج على مواجهة الحاجات الخاصة للتلاميذ سواء ما يتعلق منها بالقدرة المتميزة أو بالعجز المتميز لهؤلاء التلاميذ، بمعنى أن البرامج التعليمية يجب أن تصمم بحيث تقوم بدورين رئيسيين: الأول هو التعامل مع جوانب القصور والعجز لدى بعض التلاميذ، والثاني هو أن تعمل على تنمية وصقل القدرات المتميزة للتلاميذ الذين يتمتعون بالموهبة أو التفوق العقلي أو الإبداع.

قد يعيش الطفل الموهوب طوال حياته دون أن يتم التعرف عليه، وقد يتم التعرف عليه ولكن قد لا تمنح له الفرص المناسبة التي تساعد على تدريب قدراته وصقل مواهبه، لهذا لا يتم الاستفادة من هذه القدرات المتميزة، خاصة إذا كان هذا الفرد يعيش في بيئة فقيرة أو ينتمي إلى إحدى المجموعات العرقية الصغيرة التي تعيش في معزل عن المجتمع.

لهذا فإن مهمة المدرسة ليست فقط تحديد الأطفال ذوي القدرات المتميزة والتعرف عليهم، ولكن الأهم من ذلك هو تدريب هذه القدرات وصقلها والاستفادة منها في أعمال المجتمع وتعمل على تطويره.

أولاً- تعريف الموهبة:

على الرغم من معرفة معظم الناس حتى غير المتخصصين بمفهوم الموهبة، إلا أنه لا يوجد تعريف واحد محدد لهذا المصطلح، فالعديد من المختصين والباحثين، وعلى رأسهم كل من جليفرود وتورانس ودافيدز وريم (1998) قد وضعوا عدة تعريفات للموهبة، إلا أننا في هذه المحاضرة سوف نأخذ بالتعريف التي وضعته إدارة التربية الأمريكية عام 1993 Dpartment Education USA . والذي ينص على:

"أن الموهبين هو أولئك الذين يتمتعون بقدرة عالية على الأداء بمستوى اعلي بكثير من أداء أقرانهم ممن هم في نفس عمرهم الزمني، والذين يتساوون معهم في الخبرة، ويعيشون معا في بيئة واحدة. أن هؤلاء الموهبيين

يتميزون بأداء عالي في القدرات العقلية، الإبداع والابتكار، والمجالات الفنية، والقدرات القيادية، كما يتفوقون في واحدة أو أكثر من المجالات الأكاديمية، كما أن هذه الموهبة ليست قاصرة على فئة ثقافية أو اقتصادية أو اجتماعية معينة".

وكما سبق أن ذكرنا فإن المفهوم الخاص بتعريف الموهبة أصبح يشتمل على ثلاث مصطلحات رئيسية وهي:

أ- الموهبة **Gifted**: ولقد عرف هلاهان وموفمان Hallahan and Kauffman 2000 الموهبة على أنها تشتمل على كل من المتفوق العقلي، والإبداع وارتفاع درجة الدافعية، كما أن الفرد الموهوب تكون الهوة في الأداء شاسعة بينه وبين أقرانه ممن هم في نفس عمره الزمني، ولهذا فإنه بشكل عنصرًا فعالًا في تطوير المجتمع الذي ينتمي إليه.

ب- **الإبداع العقلي Talented**: ولقد عرف هلاهان وكوفمان (2000) التفوق العقلي بأنه التمتع بقدرات خاصة واستعدادات للانجاز وإحراز التقدم.

ت- **الابتكار Creativity**: وهي القدرة على الابتكار أفكار جديدة ونائحة إضافة إلى القدرة على إيجاد واقتراح حلول وتوضيحات وتفسيرات لبعض المشكلات والمعضلات. وتجر الإشارة إلى أننا سوف في هذه المحاضرة على مصطلح الموهبة للدلالة على المصطلحات الثلاثة (الموهبة، الإبداع العقلي، الابتكار) (سيسالم 1018)

**ثانيا خصائص الموهوبين:** المعيار الذي كان يستخدم قديما لتحديد فئة الموهوبين هو درجة الذكاء والقدرات العقلية، لهذا فلقد كانت خصائص الموهوبين مرتبطة إلى حد كبير بهذا المعيار، لهذا فقد أجرى تيرمان (1925) Terman أول دراسة في تاريخ تربية الموهوبين معتمدا على درجة الذكاء ولقد أجريت على عينة مكونة من 1500 شخص ممن سبق وان حصلوا على درجات الذكاء أكثر من 140 درجة أثناء دراستهم المدرسية وذلك على مقياس ستانفورد بينه وتراوحت أعمارهم فيما بين 20-35 سنة، ولقد أظهرت نتائج هذه الدراسة تميز هؤلاء الموهوبين بأربع من الخصائص، وهذه الخصائص هي :

### 1- الخصائص الجسمية وتشمل على:

- أ- التمتع بالنشاط والحيوية.
- ب- التمتع بصحة جيدة.
- ت- بناء جسمي أفضل من المعدل الطبيعي لمن هم في نفس العمر الزمني.

### 2- الخصائص الشخصية والنفسية وتشمل على:

أ- مستوى أعلى من المتوسط في كل من :

- قوة الإرادة.
- الشهرة والشعبية.
- المثابرة.
- النضج العاطفي أو الانفعالي.
- الإدراك الفني والجمالي.
- تفكير أو استنتاج قائم على الأخلاق والمبادئ.
- ب- حسن التقدير والتمتع بثقة كبيرة بالنفس.

- ت- توافق في الحياة الزوجية مساوي لدرجة التوافق الزوجي الذي يتمتع به إقرانه العاديين
- ث- توافق اجتماعي جيد مع وجود عدد محدود من المشاكل المتعلقة بشرب الخمر، أو الانتحار، أو الاضطرابات النفسية.

### 3- الخصائص التعليمية: وتشمل على:

- أ- إعادة ما يتمكنون من قراءة قبل الالتحاق بالمدرسة.
- ب- يتفهمون أو يتفهمون باستمرار.
- ت- التفوق في القراءة والرياضيات.
- ث- دائما تكون تقديراتهم الدراسية ضمن العشرة الأوائل في الفصل.

### 4 الخصائص المهنية: وتشمل على :

- أ- يعملون في موقع القيادة سواء بالنسبة للوظائف الإدارية أو المهنية.

ب-تعمل معظم النساء من الموهوبات في مهن التدريس.

ت-حينما يبلغ الموهوب سن الأربعين يكون قد حقق أقصى درجات التفوق أو الانجاز في مجال تخصصه ،فالكاتب او الأديب مثلا عندما يبلغ الأربعين من العمر يكون قد كتب ما يقرب من 67 كتابا او قصة قصيرة أو بحثا.(سيسالم 2018)

#### رابعا: تشخيص الموهوبين:

تعتمد الفلسفة الحالية التي تقوم عليها عملية تشخيص الموهبين على تحديد كل من يتمتع بالموهبة، ومن يتمتع بقدرات كامنة تؤهله لان يصنف ضمن فئة الموهوبين .

يعتمد تشخيص الموهوبين من خلال مصادر مختلفة ومتعددة وذلك بهدف الحصول على اكبر قدر ممكن من المعلومات عن دوافع الطفل واستعداداته وذلك بهدف الحصول على اكبر قدر ممكن من معلومات عن دوافع الطفل واستعداداته واهتماماته وقدراته على التواصل والاستنتاج والتخيل والمزاج العام

ولقد قام ريشرت 1997 بوضع ستة أسس رئيسية يراعى إتباعها عند تشخيص الموهوبين وهذه الأسس الستة هي:

1- **الأساس الدفاعي** : هو استخدام احداث وأفضل المعلومات والتوصيات التي جاءت في

البحوث والدراسات الخاصة بالموهبة في عملية أو اجراءات التشخيص

2- **المناصرة**: يجب أن يراعى في عملية التشخيص إتباع كل ما هو في صالح الطالب ،وكل ما

يساعده على إظهار إمكانياته وقدراته الكامنة.

3- **الإنصاف**:

أ- يجب أن لا تتخطى عملية التشخيص وتهمل أحدا من الطلاب فجميع طلاب الفصل أو

المدرسة التابعين للإدارة التعليمية يجب أن تشملهم عملية التشخيص

ب- يجب أن تضمن عملية التشخيص حماية الحقوق المدنية التي تنص عليها القانون

والخاصة بإجراءات وسرية المعلومات.

ت-يجب أن تشمل عملية التشخيص أيضا الطلاب المعوقين فكثيرا من طلاب المعوقين

يتمتعون بمواهب وقدرات خاصة.

ث- يجب أن تستخدم معايير مختلفة لتشخيص الموهبة عند الطلاب المعوقين ،بحيث يراعى في هذه المعايير بعض التعديلات الموائمة في الأدوات والأساليب واللغة المستخدمة.

4- التعددية: يجب أن تتبنى عملية التشخيص التعريف الأشمل للموهبة وهو الذي يضمن إدراج أكبر عدد ممكن من الطلاب ضمن فئة المستقبل

5- الشمولية: يجب أن تنتج من عملية التشخيص تحديد أكبر عدد من الطلاب ممن لديهم القدرات والمهارات، أو ممن تكمن لديهم هذه القدرات والمهارات والتي تؤهلهم لان يصنفوا ضمن فئة الموهوبين في المستقبل.

6- الواقعية: يجب أن لا تكون عملية التشخيص مكلفة ماديا،حتى لا يصبح عبئا على المدرسة أو الإدارة التعليمية،ولهذا يجب الاستفادة من الأدوات والمواد والوسائل المتاحة بالمدرسة بقدر الإمكان.(سيسالم 2018: 384)

هذا ويعتمد أسلوب التشخيص متعدد الوسائل على جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن التلميذ عن طريق استخدام عن طريق استخدام الوسائل والأدوات وفيما يلي قائمة بأكثر الأدوات استخداما في عملية التشخيص الشامل للموهبة.

1- اختبار الذكاء ويستخدم في هذا المجال واحدة أو أكثر من الاختبارات الآتية:

أ- اختبار سلوسن للذكاء

ب- اختبار اوتسن- لينون للقدرات العقلية.

ت- اختبار ستانفورد بينه للذكاء.

ث- اختبار لورجي -ثورنديك للذكاء.

ج- اختبار كاليفورنيا للنضج العقلي.

2- اختبار التحصيل الدراسي: ويستخدم في هذا المجال واحدة أو اكر من الاختبارات الآتية:

أ- اختبار جيتي -ماك جنتي للقراءة

ب- اختبار ميتروبولتن للاستعداد للقراءة.

ت- اختبار ستانفورد للتحصيل.

ث- اختبار كاليفورنيا للتحصيل الدراسي.

3- اختبار الاستعدادات: يعتبر اختبار الاستعدادات التفاضلي من اكثر الاختبارات

استخداما في تشخيص الموهوبين.

4- اختبار الابتكار: ويستخدم هذا في مجال واحد من الاختبارات التالية:

أ- اختبار تورنس للتفكير الابتكاري.

ب- مجموعة تشخيص الابتكار.

5- مقاييس التشخيص المسحي: ويستخدم هذا النوع من المقاييس لاختبار مجموعة كبيرة

من تلاميذ في وقت واحد بهدف الغرلة او التعرف على اكبر عدد ممكن من الطلاب

او التلاميذ ممن تكمن لديهم القدرات او المهارات التي عن طريقها يتم تصنيفه ضمن

فئة الموهوبين وعادة ما يستخدم في هذا المجال واحد من المقاييس الآتية:

أ- مقياس التشخيص المسحي للطلاب الموهوبين في بداية المرحلة الابتدائية.

ب- اختبار التشخيص المسحي للطلاب الموهوبين في المرحلة الابتدائية

ت- قائمة مهارات القيادة.

ث- قياس تقدير المهارات.

6- توصيات أولياء الامور.

7- تقدير وتوصيات المدرسين

8- اختبار الخصائص السلوكية

يعتبر اختبار رينزولب هارتمان لتقدير الخصائص السلوكية للطلاب المتفوقين من أوسع

الاختبارات استخداما في مجال تشخيص الموهوبين.

9- اختبار النمو الحركي

10- اختبارات الشخصية

11- قوائم الاهتمامات

12- مراجعة نماذج من أعمال الطلاب

13- ملاحظة الأداء الحقيقي للطالب.

14- مقابلة أولياء الأمور.

15- مقاييس ترشحات الأقران. 16 السيرة الذاتية.

# المحاضرة العاشرة :

النماذج العلاجية التربوية في التربية الخاصة

(الخدمات التربوية أساليب تعديل السلوك

لتعليم وتربية المعاقين ذهنيا)

المبحث الثاني: الاستراتيجيات التعليمية والتربوية للتكفل بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

المحاضرة العاشرة:

النماذج العلاجية التربوية في التربية الخاصة

## 1-الخدمات التربوية:

تقدم البرامج التربوية للفئات الخاصة في مدارس ومؤسسات تعليمية متنوعة، ويسمى كل منها بالبيئة التربوية، ومن هذه البيئات التربوية مايسمح للطالب المعاق بقدر كبير من الحرية حيث يمكنه أن يتعلم ويتفاعل بشكل طبيعي مع الطلاب العاديين بما يتوافق مع قدراته وإمكانياته وحاجاته الخاصة،ويطلق على هذا النوع من البيئات التعليمية "أقل البيئات تقييدا" وفي الجانب الآخر فإن البرامج ماتقدم في بيئات أو مؤسسات يطلق عليها أكثر البيئات تقييدا" وهي التي تفرض على التلميذ المعاق أن يعيش ويتعلم،بمعزل عن التفاعل مع الطلاب العاديين وبمعزل عن الحياة العامة.

ويمكن عرض هذه البيئات التربوية التي تقدم خدمات للتلاميذ المعوقين وسوف نبدأ بعرض أقل

البيئات تقييدا وننتهي بأكثرها تقييدا

-برامج الدعم في الفصول العادية: وتعتبر هذه البرامج اقل البيئات تقييدا حيث تسمح للطالب المعاق بتلقي تعليمه في المدارس أو الفصول العادية جنبا إلى جنب مع الطلاب العاديين وعادة ما يقضي معظم يومه الدراسي في احد الفصول العادية،ولقد اشترطت ادارة التربية الأمريكية ضرورة ان يقضي الطالب المعاق في الفصول العادية ما لا يقل عن 79% من اليوم الدراسي كشرط أساسي لاعتبار الطالب منخرطا في برنامج الدمج.

هذا ويقوم فريق من المختصين بالتعاون مع مدرس التعليم العام ومساعدته في التعامل مع الحاجات الخاصة لهذا الطالب،مثل أخصائي علاج اللغة والكلام، والأخصائي الاجتماعي،ومدرس التربية الخاصة،والأخصائي النفسي،وأخصائي غرفة المصادر.

غرفة المصادر: تأتي غرفة المصادر في المرتبة الثانية من حيث درجة التقييد، حيث يقضي الطالب المعاق جزء من يومه الدراسي في هذه الغرفة، والجزء الآخر في الفصل العادي مع زملائه العاديين،ولقد اشترطت إدارة التربية الأمريكية ضرورة أن يقضي الطالب المعاق فيما بين 21-60 % من اليوم الدراسي في هذه الفرقة حتى يتم تضيفه ضمن طلاب غرفة المصادر.هذا وتحدد المدة التي يقضيها الطالب في هذه الغرفة حسب درجة إعاقته ومدى حاجاته الى مصادر التعليمية الخاصة المتوفرة بها،وكذلك بدرجة المساعدة التي يحتاجها من مدرس غرفة المصادر.

أن تنقل الطالب المعاق فيما بين غرفة المصادر ،والفصل العادي يتيح له فرصة التفاعل مع زملائه العاديين بما يكسبه كثيرا من المهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعي،

هذا ويوجد نوعان من غرفة المصادر الأول هو غرفة المصادر العامة والتي تحتوي على مصادر

تعليمية لجميع الطلاب المعوقين على اختلاف إعاقاتهم ،فهي تحتوي على سبيل المثال على مصادر تعليمية للطلاب ذوي صعوبات التعلم ،والإعاقة العقلية،والاضطرابات السلوكية والانفعالية،والإعاقة البصرية،والإعاقة السمعية ،وعادة ما يوجد في المدرسة الواحدة غرفة او غرفتين من هذا النوع.

-أما النوع الثاني فيعرف بغرفة المصادر المتخصصة، وهي الغرفة التي تحتوي على مصادر تعليمية خاصة بإعاقة واحدة فقط،وعادة ما يوجد في المدرسة الواحدة عدد كبير من هذا النوع،فهناك غرفة للمصادر التعليمية الخاصة،بصعوبات التعلم وغرفة ثانية خاصة بالمصادر التعليمية للإعاقة العقلية،وغرفة ثالثة خاصة بالإعاقة البصرية:وهكذا مع باقي الإعاقات الأخرى(سيسالم ،2018: 32)

\* فصول التربية الخاصة او الفصول المتتبعه بالاكْتفاء الذاتي:

وتأتي الفصول الخاصة في الدرجة الثالثة من الترتيب حيث درجة التقييد، وهي فصول ملحقة بالمدارس العادية،وتضم طلابا معوقين لا يستطيعون تعلم المهارات الأكاديمية ضمن برامج الفصل العادي، وعادة يحتوي كل فصل من فصول التربية الخاصة على ما بين 15-16 طالبا ويشرف على كل فصل منها مدرس التربية الخاصة،وغالبا ما يتوافر مدرس مساعد لمعاونته،ويحتوي هذا الفصل على المصادر والأدوات الخاصة لهؤلاء الطلاب ،ولهذا يطلق عليه اسم الفصل المتمتع بالاكْتفاء الذاتي ،ولضمان تفاعل الطالب المعاق مع أقرانه العاديين فقد قام نظام فصول التربية الخاصة على إتاحة الفرصة لهؤلاء الطلاب لقضاء جزء من اليوم الدراسي في فصول الطلاب العاديين خلال فترة النشاط غير الأكاديمي مثل التربية الرياضية،والموسيقى،والتربية الفنية،وفترة الاستراحة وفترة تناول الطعام.

- مدارس التربية الخاصة النهارية: تأتي مدارس التربية الخاصة النهارية في الترتيب الرابع من حيث درجة التقييد، وهي مدارس متخصصة بتقديم الخدمات التربوية للطلاب ذوي الحاجات الخاصة،وعادة

ماتكون كل مدرسة من هذه المدارس متخصصة بتقديم خدماتها لفئة معينة من فئات ذوي الحاجات الخاصة، فمنها ما هو خاص بالإعاقة العقلية، ومنها ما هو خاص بصعوبات التعلم، ومنها ما هو خاص بالموهوبين، والمتفوقين عقليا، وهكذا بالنسبة لبقية الإعاقات، وغالبا ما يقضي الطالب في هذه المدارس حوالي ثماني ساعات في اليوم اضافة الى ساعة او ساعتين يوميا يقضيها في المواصلات والتي تعتبر جزء رئيسيا من برامج الخدمات التي تقدمها هذه المدارس.

وتتميز هذه المدارس بأنها خدمات تربوية متخصصة عالية الكفاءة يشرف عليها فريق عمل من المتخصصين في نوع الإعاقة التي ترعاها المدرسة، ورغم كفاءة الخدمات التربوية التي تقدمها هذه المدارس إلا انه يعاب عليها أنها تعزل الطالب المعاق عن التفاعل مع الأفراد العاديين مدة عشر ساعات في اليوم، وبالتالي فهي تعيقه عن اكتساب كثير من مهارات التفاعل الاجتماعي، ويشير التقرير الصادر عن إدارة التربية الأمريكية لعام 1996 أن نسبة الطلاب ذوي الحاجات الخاصة النهارية يبلغ حوالي 3.1% من عدد الطلاب ذوي الحاجات الخاصة.

برامج التعليم المنزلي: وهي من البرامج التربوية التي تقدم للطلاب المعوقين في منازلهم ولهذا فهي تصنف على انها من البرامج التي تعزل المعاق عن التفاعل مع الحياة العامة، وبالتالي تحرمه من اكتساب العديد من خبرات التفاعل الاجتماعي، وتصنف هذه البرامج الى نوعين:

1- برامج قصيرة المدى: وهي التي تقدم للمعاق لفترة زمنية معينة، وهي خاصة بالمعوقين الذين يعانون من مرض معين او ممن يحتاجون الى فترة نقاهة تتطلب بقاءهم في منازلهم لفترة زمنية معينة.

2- برامج طويلة المدى: وهي التي تقدم للمعاق فترة زمنية طويلة المدى قد تستمر طالما هو على قيد الحياة، وعادة ماتقدم مثل النوع من البرامج للمعاق تستمر طالما هو على قيد الحياة وعادة ماتقدم مل هذا النوع من البرامج للمعاق، الذي يعيش في منطقة سكنية منعزلة ولا توجد في محيطه السكني مؤسسة متخصصة تقوم بتقديم الخدمات التربوية اللازمة له.

وتقوم بتنفيذ هذا النوع من البرامج مدرس متنقل ينتقل بين منازل هؤلاء الطلاب المعوقين ويقدم لهم الخدمات التربوية اللازمة وفق جدول عمل معين تضعه له الإدارة التعليمية التي يتقبلها الطالب المعاق وعادة ما يكون هذا المدرس المتجول متخصص بنوع معين من الإعاقات وبالتالي فهو يتجول بين منازل الطلاب الذين يعانون من هذه الإعاقات.

\* برامج المستشفيات ومراكز الإصلاح:

تعتبر البرامج التربوية للطلاب المعوقين في المستشفيات ومراكز الإصلاح شبيهة بتلك البرامج التي تقدم في المنازل والتي ينفذها المدرس المتجول، وهذا النوع من البرامج يقدم لنوعين من الطلاب:

1- الطلاب المرضى الذين تتطلب طبيعة مرضهم أو حالتهم الصحية الإقامة في المستشفى لفترة زمنية معينة، فتقدم الإدارة التعليمية التي تتبعها هذا الطالب بتخصيص مدرس متجول يقوم بتقديم الخدمات التربوية اللازمة له، وفق جدول عمل معين تضعه له الإدارة التعليمية.

2- الطلاب نزلاء مراكز الإصلاح، وتشمل هذه المراكز على كل من شجون ومؤسسات الإصلاح الاجتماعي، وعادة ما يوضع صغار السن (الإحداث) في هذه المؤسسات لقضاء فترة زمنية معينة لجرم ارتكبه أو لمخالفة قاموا بها.

3- المدارس والمؤسسات الداخلية: تعتبر برامج المدارس والمؤسسات الداخلية من أقدم أشكال الخدمات التربوية المقدمة للمعوقين، كما إنها من أكثر البرامج تقييدا وعزلا للطلاب المعاقين عن البيئة الاجتماعية، ويقوم نظام العمل في هذه المدارس والمؤسسات الداخلية على أساس تقديم البرامج في النهار، والإقامة في الأقسام الداخلية في الليل، كما يتم من خلال هذه البرامج تقديم الرعاية الاجتماعية والصحية للمقيمين في هذه المدارس أو المؤسسات، وعادة ماتضم طلابا معاقا يأتون من مناطق سكنية بعيدة بحيث يصعب عليهم العودة يوميا على منازلهم، أو قد تضم طلابا لا تتوافر في بيئاتهم المنزلية متطلبات التعلم والتكيف الاجتماعي اللازمة لنموهم النفسي والأكاديمي والاجتماعي. (كمال. 2018:

(34)

2- أساليب تعديل السلوك لتعليم وتربية المعاقين ذهنيا: من بين أساليب تعديل السلوك للمعاقين عقليا مايلي:

\* أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية :

\* قدم النموذج المناسب للطفل ولا تستخدم العقاب معه.

1- عرف الأطفال بما هو متوقع منهم في المواقف الجديدة .

- 2- استخدم النشاطات الملائمة لأعمار الأطفال وقدراتهم .
- 3- وفر للأطفال نشاطات مختلفة متنوعة.
- 4- انتبه إلى الطفل الذي يحسن التصرف، وزوده بالتعزيز الفوري المناسب.
- 5- استخدم الإجراءات الوقائية ولا تنتظر ان تحدث المشكلة.

#### 4- أساليب تدريس المهارات الحركية:

- 1- وفر البيئة التعليمية السارة التي تشير اهتمام الطلاب.
- 2- علم الطالب المهارات الحركية وتدرجيا على شكل انجازات صغيرة في الأداء ،وأتح له الفرص للاستمرار بتأديتها .
- 3- قم بتوجيه التعلم نحو أهداف محددة
- 4- استخدم التلقين اللفظي والبصري والجسدي في تعليم المهارات الحركية.
- 5- استخدم التعزيز الايجابي في تعليم المهارات الحركية لأهميته.
- 6- اجعل الطفل يشارك بفعالية في تعليم المهارات الحركية
- 7- زد الأطفال بتغذية راجعة تصحيحية فورية.
- 8- كن على معرفة بفترات الاستعداد النمائي لدى الطفل وانتقل تدرجيا من مهارة الى اخرى.

#### 5- اساليب تدريس المهارات الحسية:

- ابدأ بالمهارات البسيطة اولاً، ثم انتقل تدرجيا الى المهارات الاكثر تعقيدا.
- شجع الاطفال على تادية المهارة نفسيا في مواقف مختلفة باستخدام ادوات متنوعة.
- عدل او كيف النشاطات التدريبية لتصبح مناسبة لذوي الحاجات الخاصة.
- استخدم التعليم المباشر عند الحاجة .
- وفر للطالب فرصة كافية للممارسة المهارة
- استخدم التعزيز المتصل عند بدء تعليم الطفل المهارة المطلوبة ،ويعد بلوغه مستوى قبول من الاتقان
- استخدم معه التعزيز المتقطع.
- قيم اداء الطالب الطالب لمعرفة التحسن الذي طرأ على ادائه عند تدريب المهارات الحسية.

## 5- اساليب تدريس المهارات الاستقلالية :

-استخدم التوجيه الجسدي والتعليمات واللفظية في بداية تدريب الطفل على المهارة ،وبعد ذلك توقف عن مساعدته تدريجيا لكي يصبح قادرا على القيام بالمهارة وحده.

-علم الطفل المهارات الاستقلالية البسيطة قبل تعليمه المهارات المعقدة ،والاكثر تطورا مثلا درب الطفل على المضع ،والشرب من الفنجان واستخدام الملاعقة ،فيتناول الطعام قبل تعلمه استخدام الشوكة السكين .

-انتقل بالطفل تدريجيا من مهارة الى اخرى من السهل الى الصعب ،مثلا علم الطفل خلع جميع الملابس قبل ان تقوم بتعليمه ارتدائها .

استعمل مع الطفل ملابس واسعة نسبيا ،كي يستطيع خلعها ولبسها بسهولة .

اهتم بتدريب الطفل على ضبط المثانة قبل ان تركز على تدريبه على ضبط الامعاء .(الخفش،2018 : 288)

## 2- الطرق التعليمية لمتابعة الطفل المتخلف ذهنيا:وتتناول مايلي :

1-أسلوب تحليل المهمات: ويعرف هذا الأسلوب بأنه ذلك الأسلوب الذي يعمل فيه المعلم على:

2-تحليل المهمة التعليمية إلى عدد من مكوناتها أو خطواتها بطريقة منظمة متتابعة.

3-يحدد البداية (المهمة الفرعية الأولى) ثم تحدد المهمات الفرعية التالية،حتى يتم تحقيق السلوك الثابت.

4-يسهل الأسلوب المهمة التعليمية إمام المتعلم من قبل المعلم ،حيث لاينتقل المتعلم من خطوة إلى أخرى إلا بعد إتقان الخطوة السابقة بنجاح ،ويعتمد هذا الأسلوب على:

\* تحديد الهدف التعليمي.

تحديد السلوك المدخلي للمتعلم.

-تحديد الخطوات (المهمات ) التعليمية التي تقع بين السلوك المدخلي وتحقيق الهدف التعليمي (الهدف السلوكي)

-أسلوب تشكيل السلوك: ويعتبر هذا الأسلوب مهما وفاعلا في تعليم الأطفال مهمات تعليمية جديدة وفي بناء إشكال جديدة من السلوك، ويعرف بأنه ذلك الإجراء الذي يعمل على تحليل السلوك إلى عدة من المهمات المهارات

الفرعية وتعزيزها حتى يتحقق السلم النهائي ويتضمن تعزيز الخطوات الفرعية التي تقترب تدريجيا من السلوك النهائي.

وتعتمد على:

1- تحديد السلوك النهائي.

2- تحديد السلوك المدخلي للمتعلم.

3- تحديد المعزز المناسب.

4- تعزيز السلوك المدخلي حتى يحدث بشكل متكرر.

5- تعزيز السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك النهائي.

6- تعزيز السلوك النهائي وفق جداول التعزيز المتغيرة.

6- أسلوب الحث : يعبر واحدا من الأساليب التدريسية المناسبة مع الأطفال المعوقين عقليا

،وتتضمن تقديم مثير تمييزي يحفز المتعلم على القيام بالاستجابة المطلوبة،وخاصة إذا ارتبط

أسلوب الحث بالمعزز المناسب وهناك ثلاثة أنواع من الحث وهي:

1- الحث اللفظي.

2- الحث الإيحائي.

3- الحث الجسمي.

-أسلوب تقليل المساعدة التدريجي: هو ذلك الأسلوب الذي يتضمن تقليلًا لمساعدات اللفظية أو الإيحائية أو

الجسمية للطفل، كي يعتمد المتعلم على نفسه في أداء المهارة التعليمية،ومن المناسب استخدام أسلوب تقليل

المساعدة التدريجي بعد تعلم المهارة، أو بعد تحقيق السلوك النهائي،حتى لا يعتمد المتعلم المعلم ومن المناسب

أيضا للمعلم ان يبدأ بأسلوب تقليل المساعدة اللفظية م الإيحائية ثم الجسمية.

- أسلوب تسلسل السلوك: يعد هذا الأسلوب مكملا لأسلوب تشكيل السلوك ولكن هناك فرق بينه وبين تشكيل

السلوك،حيث أن تشكيل السلوك يتعامل مع سلوك واحد يمكن تحليله إلى عدد من المهمات الفرعية في حين أن

أسلوب تسلسل السلوك يتعامل مع عدد من حلقات السلوك المترابطة لتشكل معا سلوكا عاما.

ويعرف على انه ذلك الاسلوب الذي يعمل على ربط عدد من اشكال السلوك المتتابعة معا ثم تعزيز السلوك

النهائي.

ويتناول عددا من الاجراءات هي :

1- تحليل الهدف النهائي الى عدد من الاشكال السلوك المتسلسلة والمترابطة معا في سلسلة لسلوك المترابطة مع في حلقات.

2- تحديد الهدف النهائي.

3- تعزيز السلوك النهائي .

4- الانتقال من استجابة الى اخرى بعد النجاح فيها.

اسلوب النمذجة: ويعرف على انه اجراء يتضمن تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة النموذج او تقليده، ويحدث التعلم دون ان يظهر على الفرد استجابات متعلمة فورية بل قد تحدث لاحقا والنمذجة انواع:

1- النمذجة الحية.

2- النمذجة المصورة

3- النمذجة غير المقصودة

4- النمذجة المقصودة .

5- النمذجة الفردية.

6- النمذجة الجماعية.

ويتناول اسلوب النمذجة عددا من الاجراءات وهي :

السلوك الانموذج، مكان الانموذج/ تحديد جنس الانموذج/ مكافاة الانموذج/ الرغبة والقدرة على تقليد سلوك النموذج من قبل المعلم.

اسلوب التعزيز: يعتبر التعزيز من الاساليب الفعالة في تعديل سلوك الاطفال المعوقين وفي عملية التعلم لاشكال جديدة من السلوك الانساني، وسيتم التركيز على التعزيز الايجابي لفعاليته في التدريس.

فالتعزيز الايجابي: يمثل كل الاحداث السارة التي تلى حدوث الاستجابة المرغوب فيها والتي تعمل على تكرار ظهورها وتقويتها وتشمل تلك الاحداث المعززات الاولية واللفظية والاجتماعية والرمزية، ويهدف التعزيز الايجابي الى تقوية ظهور اشكال السلوك غير المرغوب فيها كما تهدف الى تقليل ظهور اشكال السلوك المرغوب فيها وبناء اشكال جديدة من السلوك وتعزيزها (الخفش، 2018: 290)

# المحاضرة الحاد عشر:

# البرنامج العلاجية و أساليب التدريس الفعالة للتوحد .

## (البرامج العلاجية لأطفال التوحد )

المحاضرة الحادي عشر :

البرنامج العلاجية و أساليب التدريس الفعالة للتوحد :

البرامج العلاجية لأطفال التوحد :

و يشير التراث السيكولوجي إلي عدد من المداخل العلاجية التي تم استخدامها مع الأطفال التوحديين و يتم

عرضها علي النحو التالي :

1-العلاج النفسي للطفل و أسرته :

استخدم هذا المدخل العلاجي أصحاب النظرية التحليلية wing. Kanner 1973 Kaplann1985 , berg

1985

الذين يعتبرون أن التوحد اضطراب أفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين لإقامة علاقة مع الطفل و برودة مشاعرهما و يشجع هذا المدخل ضرورة عزل الطفل من منزل أسرته و إدخاله إلي احدي المصحات أو دور الرعاية ذات إقامة كاملة و يقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلي أسرته بالتدرج بعد إحداث تغيير في البيئة المحيطة بالطفل

**2/العلاج الطبي :** استخدام هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر إن التوحد ناشئ عن خلل

عضوي داخل الطفل و منهم وينج 1966 , روتر 1967,1986 ,كامبل و آخرون 1978 -1991

و قد استخدم بالأساليب التالية :

**أ-العلاج الجسدي :**يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب

الهرمونات مثل : استخدام السماعات لتحسين حالة السمع ,أو علاج الحول أو تحسين طريقة المشي و الوقوف

**ب- العلاج الكيماوي :** و تشمل علي أدوية و فيتامينات و مضادات خمائر ,و يري بعض العلماء أن العلاج

الكيماوي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض الأوتيزم و من العقاقير التي استخدمها ليبردول (haloperidol)

انتيدوبامينز جيك anti-dopaminergic في اختزال السلوكيات النمطية و في دراسة أخرى لكامل 1981

أشار إلي أن هذه العقاقير تفيد في تحسين القدرة علي الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناول :

- أما هقار فينفلرمين fenfluramine فيختزل معد الميسروتوفين في الدم (ritvo 1983) و يستخدم الامفيتامين amphetamines في خفض النشاط و زيادة الانتباه ,فونثرين plomolriozines في خفض القلق و العنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس(الشرييني 2011 : 133 )

### ج- العلاج بالدمج الحسي sensoryintegratuontherapy :

المعالجة بالتكامل الحسي هي العلاج الحسي الحركي للأطفال المصابين بالتوحد و لقد طورتها جين آيرز jean ayers,1979,1972 و التي تؤكد فيها علي العلاقة بين التغيرات الحسية و الأداء السلوكي الحركي ,و التدخل و الاستراتيجيات التدخل و يكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام العصبي لتنظيم و دمج و تكامل المعلومات من البيئة و التي تزود بالاستجابة تكيفيه و تعلم علي نحو جيد

و تشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي علي سبيل المثال و ليس العصر :

\*أرجوحات ,زلاجات ,فراشي ووسائد ,أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكي

\*صلصال ,مواد لنشاطات حركية دقة

\*دمي حسية ككرات من القماش و أنابيب مصنوعة من البلاستيك من نوع قابل للطوي و المط

أما الأساليب المعالج فتشمل :

\* الضغط الشديد ,التدليك (المساج),بأنواع معينة من الفراش بطريقة دائرية علي الجسم ,تحريك أشياء ثقيلة,شد

الحبل بقوة ,الدرجة علي كرة كبيرة

\*القفز , لف الطفل ببطانية بإحكام أو وضعه بين مخدتين مع الضغط علي جسمه وتتضمن المعالجة بالدمج

الحسي ما يلي :

### 3/العلاج بالفن و الموسيقى :

و المعالجة بالموسيقى هي التعامل مع الفرد بهدف علاجي و هو حل مشكلاته ,و التغلب علي الاضطرابات ,و علاج الأمراض النفسية و الوصول إلي حالة التوافق و الصحة

النفسية ,و يقوم العلاج بالموسيقى علي أساس أنها علم و فن و علاج , و أنها تؤثر في الحالة النفسية و الجسمية و أنها لغة عالمية شائعة ذات إمكانيات تعبيرية واسعة بعناصرها ( اللحن ,التآلف و الإيقاع أو أنها تؤثر في السلوك بوجه عام و لها اثر فيزيولوجي و اثر انفعالي و اثر اجتماعي عقلي و اثر تربوي

### 4/تنقية أو فلترة الإثارة البصرية : (filteringvisual stimulation) :

أشارت دونا وويليام donna williams إلي الخبرات البصرية بأنها مضطربة و أشارت إلي أن ارتداء نظارات مظلمة منعت الضوء الساطع و هذا ساعدها علي التركيز علي المعلومات المفيدة , و ضبط هدفها نحو المعرفة , و معظم الآباء يجدون لن المشكلات البصرية للأطفال التوحديين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة و إزالة الاختلافات المؤلمة و إثارة ملفتة للنظر

### 5/عدسة ايرلين irlenlens :

هذه العدسة طورتها "هيلين ايرلين" لتساعد الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري ,و تعتمد علي افتراض أن بعض الأشخاص لا يفسرون المعلومات البصرية صحيحا , و فيها يلبس الفرد نظارة ذات

درجات لونية خفيفة , و في الأخرى توضع شفافات ملونة علي صفحات الكتب لخفض الوهج الذي قد يكون مبهرا لبصر الأشخاص الذين لديهم قصور في هذا الجانب و يتم تحديد احتياجات الفرد و تحديد اللون المناسب للعدسات أو الشفافات لكل شخص خلال جلسة اختيار أو جلستين , و يتم لبس هذه النظارة طيلة اليوم و طيلة حياتهم

## 6/الدمج اللمسي :

بالإضافة إلي استخدام الاستراتيجيات البصرية التي تجذب انتباه الطفل و كذلك تساعده علي ازدياد مدي التواصل البصري مع الأشياء للمجال اللمسي.

و في هذا الصدد يمكن أن تتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسي من خلال ما يلي :

- اللعب في الماء

- اللعب في الرمال الناعمة و الطين

- تحسس الأوجه الناعمة و الخشنة. (القمش 2011 : 206 )

## 7/برنامج تيتش ( TEACCH ) :

أسسه اريك شوبلر (ERIC SHOPLER) في جامعة كارولينا قبل أكثر من 30 عاما و هو منتشر في معظم

دول العالم المتقدمة , و يهدف نظام تيتش إلي مساعدة الأطفال أن يتعلموا

كيف يكونون أكثر استغالية من خلال مساعدتهم

علي تحقيق فهم أفضل للعالم من حولهم ,فهم يحصلون علي مساعدة في مهارات التواصل و في تعلم اتخاذ الخيارات .

و كبرنامج تدريسي فعال يركز تيتش علي تطوير مهارات التواصل المناسبة و الاستغلالية شخصية خطوة خطوة من خلال برنامج تعليمي منظم في التنبؤ و ضبط البيئة أهم من حفظ السلوكيات المشكلة من خلال التدريب السلوكي أو تلقين العلاقات ,و تعد الذات من خلال التعرف علي حاجيات الطفل الانفعالية و يعطي اهتمام للطرق المختلفة التي يدرك بها الأطفال التوحديون و يستجيبون للبيئة ,و الأشخاص الآخرون و التدريس مثير للذكريات و العواطف EVOCATIVE أكثر من التعليم DIDACTIC و يشارك الآباء عن قرب في تطبيق البرنامج و اختيار الأهداف لطفلهم و يكون التركيز علي ضبط المعلومات البصرية و تستعمل الصور لمساعدة الطفل التوحدي و يتضمن بيئة داعمة منضمة حول بروتوكول تقييم الفرد.

#### 8- برنامج ميللر :

هذا البرنامج تبناه مركز الإدراك اللغوي ب و.م.أ و يقوم علي فلسفة تربية إنسانية بنص بان كل طفل لديه توحده مهما كانت عزلته و تشوشه الشخصي يحاول بالفطرة إيجاد طريقة يتعامل بها مع البيئة المحيطة و بالتالي فان مهمة برنامج ميللر في تعديل السلوك المضطرب لدي الطفل الذي لديه توحده ,تحويل و إرشاد الطفل من حالته النفس سلوكي متخلقة إلي أخرى تسودها مداخلات اتصال و تفاعلات اجتماعية مادية تعليم الأسرة و المختصين في علاج التوحده أساليب إرشاد الطفل في القراءة و الكتابة و الحساب و التفاعل الاجتماعي في البيئات المدرسية و الحياة اليومية

#### 9/برنامج فاست فورد FAST FORD:

هو برنامج الكتروني يعتمد علي الحاسوب و يهدف إلي تحسين المستوي اللغوي للطفل في هذا البرنامج يجلس الطفل أمام الحاسوب و في أذنه سماعات يلعب و يستمتع للأصوات الصادرة من اللعبة (1) و يري شوبلر CHOPLER بان هناك ستة مبادئ أساسية :

1- يمثل التوحد تحديا طويل الأمد و الهدف هو تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهارات

بأفضل الطرق المتوفرة , و أيضا من خلال توفير بيئة داعمة و مناسبة

2- تقييم كل طفل بإجراءات التقييم الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون و الآباء

و الآخرون بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل

3- استعمال جوانب القوة للطفل التوحد في المعالجة المعلومات السمعية ,و التنظيم و الذاكرة و

هي تعد من أفضل الطرق في تعليم التعلم المستقل و تعديل السلوكات غير المرغوبة و يمكن

استخدام هذا الأسلوب في المدرسة و المنزل و مكان العمل

4- أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال و يدرك جوانب ضعفهم

5- أفضل البرامج المفيدة تلك التي تستند إلي النظرية السلوكية و النظرية المعرفية ,و هذه تأخذ

بعين الاعتبار الفروق في النمو و تسمح بالعمل مع الدافعية و التواصل التلقائي و الاجتماعي

6- تدريب المهنيين يعني القدرة علي التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد و يزيد من تحمل

المسؤولية.(عوض 1429 : 65 )

# المحاضرة الثانية

عشر:

أساليب تدريس ذوي إعاقة حسية

أولا الأساليب التربوية والعلاجية والوقائية لصغار

الصم والبكم.

ثانيا -الإعاقة البصرية

ثالثا-أساليب أساسية في تعليم المكفوفين كليا

رابعا-الأساليب الأساسية في تعليم ضعاف البصر

المحاضرة الثانية عشر

أساليب تدريس ذوي إعاقة حسية

تمهيد :يحتاج ذوو الإعاقة الحسية (البصرية والسمعية ) إلى المشاركة في بعض البرامج والأنشطة الاجتماعية لمساعدتهم على الحد من القصور في التحصيل الدراسي أو في التوافق الاجتماعي

أولا – الأساليب التربوية والعلاجية والوقائية لصغار الصم والبكم.

اعتبارات أساسية في تعليم المعاقين سمعيا :

1- كانت لغة الإشارة اليدوية Manual Communication هي لغة التواصل المفضلة لدى

المعاقين سمعيا وذلك حتى منتصف القرن التاسع عشر، ولقد كانت المعاهد والمؤسسات

التعليمية الخاصة بالمعاقين سمعيا تركز على هذا الأسلوب ،وفي نهاية القرن التاسع عشر بدا

- أسلوب التواصل الشفهي Oral Communication في الانتشار واصحب يحل محل لغة الإشارة، ولقد كان هذا الأسلوب هو السائد في المؤسسات التعليمية الخاصة بالمعاقين سمعياً.
- 2- في الوقت الحاضر أصبحت البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين سمعياً تستخدم كلا الأسلوبين معا (لغة الإشارة- مع التعبير الشفهي) فيما أصبح يعرف أسلوب التواصل الكلي أو المتكامل . Total Communication . وتعتمد لغة الإشارة على ملاحظة حركات الشفاه او ما يعرف بقراءة الشفاه Lip Reading فيعتمد على ملاحظة حركات الشفاه وتفسيرها واستخراج المعاني اللفظية المرتبطة بهذه الحركات .
- 3- يراعى أن يتم تدريب الطفل على أسلوب التواصل الكلي في مرحلة مبكرة من العمر حتى يتمكن من إجادة التواصل بهذا الأسلوب مع دخوله المدرسة.
- 4- يعتبر أسلوب التواصل الكلي أكثر فعالية مع الأطفال الذين لديهم بقايا سمع، ولهذا يجب الاستفادة والتركيز على بقايا السمع لدى هؤلاء الأطفال عند تدريبهم على أسلوب التواصل الكلي.
- 5- يجب أن تصاغ برامج التدريب على معارات التواصل للأطفال ذوي الإعاقة السمعية بحيث يراعى فيها التركيز على مهارة الاستماع وتركيز الانتباه أثناء الاستماع.
- 6- يراعى عند تصميم برامج التدريب على التواصل أن يكون لعائلة الطفل المعاق سمعياً دوراً رئيسياً في هذا البرامج، من حيث متابعة هذه التدريبات في البيت، وفي محيط الأسرة الاجتماعي.
- 7- يراعى مصاحبة المثيرات البصرية لعملية التدريب على التواصل حتى يرتبط الطفل بين المثير البصري وبين الإشارة او حركة الشفاه الدالة على هذا المثير البصري،
- 8- تدريب الطفل على متابعة تعبيرات وجه المتحدث وحركات جسمه أثناء عملية التواصل الكلي (لغة الإشارة وقراءة الشفاه) ومحاولة الربط بينهما.
- 9- يراعى الاستفادة من المعينات السمعية للمساعدة على تسهيل التدريب على عملية التواصل خاصة في حالة وجود بقايا سمع عند المعاق سمعياً. (سالم، 2018: 352)

ثانياً -الإعاقة البصرية: قبل التطرق إلى الأساليب التربوية المستخدمة للإعاقة البصرية يجب

التطرق إلى مفهوم الإعاقة البصرية

## 2- مفهوم الإعاقة البصرية:

هي حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية وكفاية واقتدار الأمر الذي يؤثر سلبا في نموه وأداءه وتشمل هذه الإعاقة ضعفا أو عجزا في الوظائف البصرية وهي البصر المركزي والمحيطي قد يكون ناتجا عن تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو جروح في العين، حيث يكون بحاجة إلى المساعدة لبرامج وخدمات تربية في مجال هذه الإعاقة لا يحتاجها الناس صحيحي البصر.

تعريف "إثروفت وزاحيون": الإعاقة البصرية حالة من العجز أو الضعف في الجهاز البصري تعيق الفرد كإنسان.

تعريف "باراق Barrag (1976)": المعاق بصريا من يحتاج إلى تربية خاصة بسبب مشكلات لديه في مجال البصر الأمر الذي يجعله بحاجة إلى تدخل تربوي ونفسي وعلاجي (حسني، 2000، 179).

أما "عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ": فقد بينا أن المكفوفين ينقسمون إلى قسمين رئيسيين:

- الأول: منهما الكف البصري التام.

- الثاني: الكف البصري الجزئي.

وقد أوضحنا أن الكف البصري التام هو من لا يستطيع الإبصار إطلاقا، أو الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 20/20 في أقوى العينين باستخدام نظارة طبية أو من تزيد حدة إبصار إحدى عينيه عن 20/20 بعد استخدام النظارة الطبية المساعدة على ذلك، حيث أن درجة الإبصار تختلف من فرد لآخر، وأن هذه الدرجة ترتبط أيضا بسن الكفيف وقت الإصابة بالعجز، حيث نجد أن بعض الأفراد يولدون فاقد البصر، وبعضهم قد فقد بصره بعد فترة زمنية معينة، الأمر الذي يجعل الثاني يحتفظ ببعض الصور الذهنية التي

اكتسبها قبل أن يكف بصره بما يساعده على إدراك بعض ما يحيط به من أشياء عن طريق استخدام حاسة اللمس، وقد انتهى إلى تصنيف المكفوفين إلى أربعة أقسام على أساس درجة الإبصار.

**الكف الكلي:** وهم الذين ولدوا أو أصيبوا بعجزهم قبل سن الخامسة.

**الكف الكلي:** الذين أصيبوا بعجزهم بعد سن الخامسة.

**الكف الجزئي:** وهم الذين ولدوا أو أصيبوا بهذا العجز قبل سن الخامسة.

**الكف الجزئي:** الذين أصيبوا بهذا العجز بعد سن الخامسة.

وبلاحظ أنهما قد اتخذتا العصر الزمني أساس لهذا التقسيم، حيث اعتبروا العام الخامس هو السن الذي يمكن التقسيم على أساسه، انطلاقاً من أن الطفل الذي يفقد بصره قبل هذه السن لا يستطيع الاحتفاظ بالصور البصرية في ذهنه حيث أكدت بحوث "زولتان Zoltan هذا الافتراض. (بنيه ، 2006 ، 45).

2- أسباب الإعاقة البصرية: يكاد يتفق من يعملون في مجال الإعاقة البصرية أن أسبابها ترجع إلى:

**أولاً:** أسباب تعود إلى ما قبل الولادة: وهي التي ترتبط بكل من العوامل الوراثية والبيئية، والتي تؤثر بدرجات متفاوتة على مدى نمو الجهاز العصبي المركزي للحواس، ومنها ما يرتبط بما تتعرض له الأم الحامل أثناء فترة الحمل من الأشعة السينية، أو تناول الأم لبعض الأدوية دون استشارة الطبيب أو الإصابة ببعض الأمراض المعدية والتي تؤثر على المراكز المخية الخاصة بحاسة الإبصار، كالحصبة الألمانية وهي أسباب في مجملها تتسبب في كثير من أنواع الإعاقة المحتملة والمتعددة، والتي منها الإعاقة البصرية.

**ثانياً:** أسباب ترجع إلى ما بعد الولادة: وهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بكثير من العوامل البيئية، كتعرض الفرد لبعض الحوادث التي تصيب الإنسان في جهاز الإبصار لديه "العين" أو إصابته ببعض الأمراض التي قد تؤدي -إذا أهمل علاجها- إلى العمى أو ضعف حدة الإبصار لدى الإنسان، كإصابة العين بالمياه

البيضاء Cataract أو المياه الزرقاء Claucoma أو التهاب التراكوما trachoma أو التهاب القزحية أو التهاب القرنية، وغيرها من الأمراض التي تصيب جهاز العين بسبب العوامل البيئية التي يعيش فيها الإنسان أو التي تكون كامنة قبل الولادة وتسهم العوامل البيئية في ظهورها فيما بعد، ولكل من الأمراض السابقة الذكر أسبابها الوراثية أو البيئية التي تؤدي إلى إصابة الإنسان بمثل هذه الأمراض.

هذا، ويشير المشتغلون في مجال طب العيون إلى كثير من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية (العمى) أو ضعف حدة البصر، منها نقص فيتامين (أ) وضعف الشبكية الناتج عن إصابة الإنسان بمرض السكر، وحدث تليف خلف العدسة، إصابة العين ببعض الأورام، وكذلك اضطرابات الجهاز العصبي، إصابة الإنسان بطول النظر، أو انفصال الشبكية أو ظهور العصب البصري وغيرها من الأسباب التي أجملها الأطباء وحددوها بناء على البحوث التجريبية في هذا المجال.

### 3- خصائص المعاقين بصريا:

أولاً: انخفاض مستوى الخبرات الحياتية بالقياس للخبرات الحياتية العاديين، والتي يستطيع أن يكتسبها قرينه المبصر. حيث أشارت نتائج دراسات العلماء وبحوثهم إلى قلة خبرة الكفيف عن قرينه المبصر، ذلك لأنه لا يستطيع أن يتحرك بسهولة ويسر، أو بالمهارة الحركية نفسها التي يتمتع بها قرينه المبصر. وهذا من شأنه أن يعوق عملية الرغبة في الاستكشاف والمعرفة لما يدور حوله من أحداث وأشياء.

الأمر الذي جعله يشعر بالعجز المستمر باستثناء بعض الأفراد الذين يعرضون هذا الفقد باستخدام بقية الحواس وطلب المساعدة في الكثير من أمور حياتهم، وعدم الشعور بالاعتماد على الذات.

إن المعاق بصريا يعيش عالمين، عالم خاص به والذي يستحضره باستخدام بقية حواسه لتصور وإدراك العالم الذي يعيش فيه والعالم المبصر الذي يحاول قدر الإمكان تصور الحياة التي يعيشها هذا العالم، لذلك نلاحظه مشتت المشاعر..

إن المعاق بصريا يميل إلى ممارسة السلوك العدواني سواء كان بالقول أو الفعل.

إن المعاق بصريا كثيرا ما تسيطر عليه مشاعر الدونية نتيجة لإحساسه بالنقص عن فقدان البصر وما ترتب عليه من قلة الخبرات وعدم دقة الإدراك لواقع الحياة.

يسيطر عليه الإحساس بالقلق والاضطراب نتيجة لإحساسه بعدم الشعور بالأمن الذي نشأ نتيجة لفقدان حاسة البصر.

شعوره بالإحباط نتيجة لما قد يصيبه من مواقف الفشل في محاولته لممارسة الحياة كغيره من الناس، وما يترتب على ذلك من الإحساس بعد الثقة بالنفس.

الشعور بالاغتراب نتيجة لانخفاض مستوى احترام الذات لديه، ومن أجل ذلك فهو يميل إلى العزلة والانسواء. المعاق بصريا تقوى لديه الرغبة في الاتكالية وطلب العون والمساعدة من غيره في الكثير من أمور حياته. الشعور الزائد بالنفس وما يترتب عليه من رفض الذات، وقد يصل الأمر إلى كراهيتها، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى عدم القدرة على التوافق الاجتماعي.

تعد الاضطرابات السيكوسوماتية من الخصائص التي تشير إلى أن صاحبها يعاني من إعاقته البصرية. عدم الاتزان الانفعالي، بالإضافة إلى عدم تناسب الانفعال الصادر منه اتجاه المواقف الحياتية.

استخدام الأساليب الدفاعية بصفة دائمة ومستمرة كالإنكار والتعويض والإسقاط والتبرير... إلخ، كوسائل تعينه ولو وقتيا على الراحة النفسية.

بشكل عام فإن المعاق بصريا يعتبر أقل تكيفا مع ذاته وتوافقا مع المجتمع، وبالتالي يكون أقل تقبلا لغيره من الناس، وأقل شعورا بالانتماء إلى مجتمع المبصرين (. نبيه ، 2006 ، :48-49).

**ثالثا-أساليب أساسية في تعليم المكفوفين كليا:**

**تمهيد :**

عند تعرض الكفيف كليا للخبرات التربوية فإنه يجب إلا يكتفي بالخبرات التي يتعرض لها التلاميذ المبصرون بل لابد أن يتعرض لخبرات خاصة، بوسائل وأدوات وأجهزة خاصة، كما يجب أن نساعد على إن يستخدم معظم حواسه في اكتساب الخبرات التربوية والتعليمية (السمع، اللمس، والشم وحتى التذوق) ولهذا فإنه يجب مراعاة الاعتبارات الآتية عند تعليم المكفوفين كليا:

- 1- الاهتمام بمهارات العناية بالنفس والتفاعل الاجتماعي وذلك بالاعتماد على الحواس غير البصرية.
- 2- إجراء تعديلات في المحتوى العام للمنهج بحيث يحذف منه ما لا يتناسب مع إمكانيات وقدرات الكفيف، ويضاف إليه بعض الموضوعات المتخصصة التي يحتاجها الكفيف في حياته الاجتماعية والمهنية.
- 3- توفير الأجهزة والأدوات السمعية واللمسية التي تيسر على الكفيف فهم الموضوعات الدراسية والتفاعل معها.
- 4- مراعاة الفروق الفردية بين المكفوفين كليا، وإدراك أنه رغم اشتراك التلاميذ المكفوفين كليا في درجة الإعاقة البصرية إلا أنهم يختلفون في جوانب متعددة، منها درجة الذكاء والخبرات المنزلية والاجتماعية وفي المشاكل الدراسية، التي تواجههم، ولهذا فإن انطباق أسلوب للتعامل مع هذه الفروق الفردية ومواجهتها هو تصميم برنامج تربوي خاص بكل كفيف سواء في مدارس وفصول المكفوفين، أو في المدارس العادية.
- 5- توفير النماذج والمجسمات التي تمثل المفاهيم البصرية التي ترد في موضوعات المنهج، وذلك لتوفير أكبر قدر من الواقعية، وعادة ما تكون هذه، النماذج تكبيرا لبعض المفاهيم الدقيقة كالحشرات مثلا، أو تكون تصغيرا لبعض المفاهيم البصرية الكبيرة كالجبال والحيوانات الضخمة، ويجب أن يصحب التعليم على هذه النماذج شرح تفضيلي م المدرس يتضمن العلاقة النسبية بين النموذج والأصل.
- 6- التعرض للخبرات المباشرة في البيئة حتى يكتسب تعلمه عنصر الإثارة والتشويق.
- 7- إتاحة الفرصة إمام الكفيف للممارسة النشاط الذاتي، والقيام بأداء بعض الخدمات لنفسه حتى يكتسب الثقة بالنفس.
- 8- الاهتمام بأنشطة التربية البدنية والأنشطة الترويحية، لما لها من دور في تنمية مهارات التصور الجسمي، وإدراك العلاقات المكانية، والمساعدة على أداء مهارات التوجه والحركة ببراعة وفاعلية.
- 9- الاهتمام بالأنشطة الأدبية والاجتماعية، والزيارات الميدانية للمراكز الأساسية في المجتمع لما لها من دور في اكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي.

10-يراعى ألا يتعدى عدد التلاميذ فصل المكفوفين 8 تلميذ حتى يتمكن المدرس من التعامل معهم بطريقة فردية.

11-يراعي عند تصميم مدارس وفصول المكفوفين الحد من العوائق في الممرات والحواجز داخل الفصول، وارتفاع مستوى النوافذ خاصة في الأدوار العليا، واستخدام الأبواب الدائرية ووضع العلامات الإرشادية الللمسية في المدرسة بحيث تكون على ارتفاع يتمكن الكفيف من أن يتحسسها بيديه.

12-يراعى تدريب الكفيف كلياً على إتقان استخدام الأدوات والوسائل التي تساعده على التواصل كالابتاكون أو الآلة الكاتبة،والكمبيوتر،والكتابة اليدوية،وأجهزة التسجيل،ووالفرسابل، بالإضافة إلى طريقة برايل التي ينتشر استخدامها بين جميع المعاقين بصريا في جميع أنحاء العالم ( سيسالم 2018، 298 )

#### رابعاً-الأساليب الأساسية في تعليم ضعاف البصر:

على الرغم من أن ضعاف البصر يمتازون على المكفوفين كلياً بالقدرة على اكتساب الخبرة البصرية بأنفسهم إذا ماتوا فرت لهم الأجهزة والوسائل المساعدة، إلا أن مشاكلهم التعليمية تعتبر أكثر تعقيداً من المشاكل التي يواجهها المكفوفين كلياً وذلك نظراً للتباين الشديد في درجة ونوع ضعف البصر في المجموعة الواحدة والذي قد يتمثل في قصر النظر، أو طول النظر، الضبابية، أو ضيق (المجال البصري، أو الرؤية إلى غير ذلك من أشكال ضعف البصر) ولهذا يجب مراعاة الاعتبارات التالية عند تعليم ضعاف البصر،

1-الاهتمام بالتدريبات الخاصة بالانتفاع من بقايا البصر، فلقد أشارت (بارجا) 1964 إلى انه يمكن تحسين الإدراك البصري لدى ضعاف من خلال التدريبات.

2-تدريب ضعاف البصر على استخدام أعينهم في قراءة المواد المطبوعة.

3-مراعاة ألوان الجدران والأسقف والاضاءات التي ترتاح إليها ضعيف الأبصار والتي تساعده على الرؤية بشكل واضح.

4- توفير المعينات البصرية اللازمة للقراءة والكتابة مثل المكبرات والمقربات وأجهزة وشاشات القراءة والكتابة.

5- لاهتمام بالإضاءة المركزية في الفصل بحيث لا تكون ساطعة أو متوهجة وان لا تكون أشعة الشمس مباشرة على الفصل، كما يجب أن يتوافر مصدر ضوء فردي لكل طاولة من الطاولات التي يجلس عليها ضعاف الإبصار في الفصل.

6- توافر المواد التعليمية الخاصة بضعاف الإبصار مثل الكتب المطبوعة بالخط الكبير الغامق، والورق ذي اللون الأصفر الفاتح غير المصقول، والقلم ذي الخط الأسود الغامق، والسبورة ذات اللون الرمادي أو الأخضر التي تعكس الضوء والإدراج أو المكاتب القابلة للتعديل بحيث يمكن التحكم في درجة ارتفاعها وفي زوايا ميلها بما يتلاءم مع طبيعة إبصار ضعيف الإبصار.

7- توافر المواد التوضيحية المصورة ذات الألوان الزاهية على جدران الفصل وفي الكتب الدراسية لتنشيط الرؤية.

8- تخفيض المدة الزمنية اللازمة للنشاط أو الواجب الذي يعتمد على العينين وذلك حتى لا يقل تركيز العينين، وينصح بان لا تتجاوز مدة النشاط البصري عشرين دقيقة، يتوجه بعدها ضعيف البصر لأداء الأنشطة غير البصرية (نفس المرجع ، 301)

## المراجع:

- ال إسماعيل، حازم رضوان. (2011) . التوحد واضطرابات التواصل (ط1). عمان دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- أبو الحلاوة، محمد سعيد. (1997). المرجع في اضطراب التوحد (ط1). كلية التربية، يد منهور جامعة الإسكندرية.
- أسامة، فاروق مصطفى، الشريبي، السيد كمال. (2011). التوحد(ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- البطانية، أسامة محمد . (2007). علم النفس الطفل الغير عادي (ط1) . عمان: دار النشر والتوزيع والطباعة.
- حسان، هشام. (2003). البحث العلمي: اسسه وطريقه (ط1). عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- حمدان محمد زياد. (1991). الدماغ والادراك والذكاء والتعلم. عمان- الأردن: دار التربية الحديثة .
- الخوالدة، محمد محمود. (2003). مقدمة في التربية (ط1). عمان: دار المسيرة.
- رابية، حكيم. (2003). دليلك للتعامل مع التوحد (ط1). حدة: فهرسة مكتبة فهد.
- زغلول، رافع مصير، عماد عبد الرحيم. (2007). علم النفس المعرفي. (ط1). عمان- الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الشامي، وفاء علي. (2004) . خفايا التوحد (ط1). المملكة العربية السعودية : مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر الرياض،.
- الصبوة، محمد نجيب. (1987). علم النفس المعرفي(ط1) . الاسكندرية: كلية التربية.
- الطبي، سوسن شاكر. (2007). التوحد الطفولي (ط1).

- العبادي، رائد خليل. (2001). التوحد (ط1). عمان:مكتبة المجتمع العربي .
- عبد الخالق، احمد محمد، واخرون. (1999). علم النفس واصوله ومبادئه (ط1). الإسكندرية: دارالمعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن، سيد سليمان. (2000). الذاتية (ط1). القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- عسيلة، كوثر حسن. (2006). التوحد (ط1). عمان: دار النشر والتوزيع.
- فراج، عثمان لبيب. (2002). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة (ط1) . القاهرة.
- القمش، مصطفى النوري. (2001). اضطرابات التوحد (ط1) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- ملغوث، فهد بن حمد. (2011). التوحد (ط1).
- الياسري، حسين نوري. (2012). صعوبات التعلم الخاصة(ط1). لبنان: دار العربية للعلوم.
- سيسالم كمال ، (2018) مدخل الى التربية الخاصة ، دارالكتاب الجامعي دولة الامارات العربية المتحدة -الجمهورية اللبنانية. ط1
- سهام رياض الخفش (2018) الخدمات المساندة في التربية الخاصة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان. الأردن.
- جمال الخطيب (1998) مقدمة في الاعاقة السمعية ، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان - الأردن.
- الخفش سهام (2007) ،الأطفال التوحديين ، دليل إرشادي للوالدين والمعلمين ، دار يافا للنشر والتوزيع عمان - الأردن