

ذوو الاحتياجات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم



د. فاطمة عبد الرحيم النوايسة





تَوْهَاتُ الْاِحْتِذَاجَاتِ الْاَعْلَامِ

التعريف بهم وإرشادهم

جميع الحقوق محفوظة

الطبعة الأولى

1434 هـ 2013 م

All Rights Reserved



دار المناهج للنشر والتوزيع

عمان، شارع الملك حسين، جالية الشركة لصحافة التأمين

هاتف: 465 0624 فاكس: 465 0664 +9626 6

ص.ب. 215308 عمان 11122 الأردن

Dar Al-Manahej

Publishers & Distributor

Amman King Hussein St.

Tel 4650624 fax 49026 4650664

P.O.Box: 215308 Amman 11122 Jordan

www.daralmanahej.com

info@daralmanahej.com

manahej99@hotmail.com

جميع الحقوق محفوظة

ذاته لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو ترجمته في نطاق استنادة
للعلومات أو نقله أو استنساخه بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي مسبق
من الناشر، كما أقر مجلس الإفتاء الأردني بكتابه رقم ٣/ ٢٠٠١ بتعريم
نسخ الكتب ونسخها دون إذن المؤلف والناشر.

دور الاحتياحات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم

د. فاطمة عبد الرحيم النوايسر



المملكة الأردنية الهاشمية

دائرة المكتبة الوطنية

٣٦٢.٢

التوليفة، فاطمة عبد الرحيم

نور الاحتياجات الخاصة: التصرف عليهم ورعايتهم - فاطمة عبد الرحيم التوليفة

عمان: دار النامع للنشر، ٢٠١٠

رقم الإيداع: ٢٠١٠/٥/١٦٧٦

الواصفات: رعاية الموقنين/الجنتمات الاجتماعية

المحتويات

11	مقدمة الكتاب
الفصل الأول	
التربية الخاصة	
17	مقدمة
18	تعريف التربية الخاصة
18	مفاهيم في التربية الخاصة
24	الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة
25	التربيتي أهداف التربية الخاصة والتربية الخاصة
27	مراحل تطور برامج التربية الخاصة
31	تعريف الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة
36	الإعاقة الجسمية أو الحركية
41	التشخيص في مجال الإعاقة
الفصل الثاني	
الإعاقة العقلية	
47	مقدمة
47	تعريف الإعاقة العقلية
50	لأؤشرات الدالة على الإعاقة العقلية
51	أسباب الإعاقة العقلية
60	كيف تؤثر الإعاقة العقلية في الأشخاص
61	تصنيف الإعاقة العقلية
64	أنواع الإعاقة العقلية
70	خصائص الإعاقة العقلية
74	مشكلات الإعاقة العقلية
75	الوقاية من الإعاقة العقلية
80	التدخل العلاجي والتأهيل
82	البرامج التطويرية للأشخاص عقلياً
92	بعض أنواع الاختبارات التي تستخدم في مجال الإعاقة العقلية
الفصل الثالث	
الإعاقة الانفعالية	
99	تعريف الإعاقة الانفعالية
100	تصنيف الاضطراب
101	أسباب الاضطرابات الانفعالية
102	مظاهر الاضطرابات الانفعالية

103	النظريات المفسرة لأسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية
103	الخصائص السلوكية للمضطربين انفعالياً
107	توجهات التعامل مع المضطرب انفعالياً داخل الصف
108	الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي التي تقدم للأطفال

الفصل الرابع

الاضطراب النفسي عند الأطفال

115	المهارات التطورية العت
116	التحكم في المراحل الوظيفية الانفعالية
119	الصحة النفسية للأطفال
120	دور العائلة في ملاحظة أعراض الاضطرابات النفسية
121	العوامل المؤثرة والمؤدية إلى اضطراب الأطفال النفسي
122	أسباب المرض النفسي لدى الأطفال
123	أعراض المرض النفسي لدى الأطفال

الفصل الخامس

الإعاقة البصرية

135	تقديم
135	تعريف الإعاقة البصرية
138	علامات الإعاقة البصرية
138	تطور رعاية الإعاقة البصرية
140	مظاهر الإعاقة البصرية
143	أسباب الإعاقة البصرية تراعى أنواع الإعاقة
149	التعريف المبكر للإعاقة البصرية
153	ارشادات عامة لمساعدة الطالب ضعيف البصر
155	البرامج التربوية والتنسية المبكرة للأطفال المعاقين بصرياً

الفصل السادس

الإعاقة السمعية

159	مقدمة
159	أهمية حاسة السمع
159	مكونات الأذن
160	تعريف الإعاقة السمعية
161	تصنيف الإعاقة السمعية
164	وظائف اللغة للأسم
166	التدخل المبكر والإعاقة السمعية

166	.....	اسباب الإعاقة السمعية
168	.....	قياس وتشخيص المعاقين سمعياً
169	.....	الاختبارات التربوية للتمييز السمعي
170	.....	الإعاقة السمعية البصرية
171	.....	الوقاية من الإعاقة السمعية
174	.....	الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال للمعاقين سمعياً
179	.....	طرق التواصل مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية
184	.....	ألية للتواصل بغة الإشارة
187	.....	الخدمات التربوية المقدمة لذوي الإعاقات السمعية
189	.....	متاهج المعوقين سمعياً

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية والحركية

195	.....	تقديم
195	.....	تعريف الإعاقة الحركية -
196	.....	الإعاقة الجسمية والصحية
196	.....	أشكال الإعاقة الجسمية والحركية
198	.....	أسباب الإعاقة الحركية
199	.....	طرق الوقاية من الإعاقة الحركية
201	.....	تشخيص الإعاقة الجسمية
210	.....	خصائص الأفراد ذوي الحاجات الجسمية

الفصل الثامن

اضطرابات النطق واللغة

215	.....	النمو اللغوي عند الأطفال
215	.....	أولاً: مفهوم اللغة وأهميتها
215	.....	ثانياً: أشكال اللغة
216	.....	ثالثاً: مراحل اكتساب اللغة
216	.....	رابعاً: العوامل المؤثرة في النمو اللغوي
217	.....	خامساً: الفروق الفردية من الأطفال في تطور اللغة
218	.....	تطبيقات اكتساب اللغة
218	.....	أولاً: النظرية السلوكية
219	.....	ثانياً: النظرية الإدراكية أو لتسرفية
219	.....	ثالثاً: آراء في اكتساب اللغة
221	.....	اضطرابات النطق والكلام
221	.....	أولاً: تصنيف اضطرابات النطق والكلام

223	ثانياً: الأسباب العامة للاضطرابات النطق والكلام
224	اضطرابات الكلام (النطق) الناتجة عن ضعف القدرة العقلية لدى الطفل
224	أولاً: الخصائص النوعية للمتخلفين عقلياً
225	ثانياً: الضعف المعنوي وملاحظته بتأخر الكلام
227	ثالثاً: بعض مظاهر الإعاقة العقلية وعلاقتها في اللغة
228	رابعاً: بعض مظاهر الإعاقة العقلية وعلاقتها في اللفظ
229	خصائص وصفات الأطفال الذين يعانون من متلازمة ودان والكشف عن حالات الدوان
230	علاج النطق والكلام عند ذوي الإعاقة العقلية
231	الشرود الواجب مراعاتها عند تصويم النطق للطفل
232	علم أمراض النطق واللغة

الفصل التاسع اضطراب التوحد

237	تعريف التوحد
238	نسبة انتشار التوحد
241	نظاوية الاضطراب الايشي
242	مشاكل التطور لدى الطفل التوحد
249	الاضطرابات الحسية وكيفية علاجها لدى الأطفال التوحديين
267	التوحد والتخلف الفكري
267	أساليب تشخيص اضطراب التوحد
270	تفهم التطور الحركي والفكري للطفل المتوحد
276	مبادئ التدخل العلاجي
279	أساليب التدخل النفسي
280	أساليب التدخل السلوكي
289	القواعد الأساسية التي تتبع في تنفيذ الخطط العلاجية للتوحد
290	الأمر التي يمكن أن تقوم العائلة بتدريب الطفل المتوحد عليها

الفصل العاشر صعوبات المتعلم

299	تقديم
300	مفهوم صعوبات التعلم
301	التنظريات المتفسرة لصعوبات التعلم
301	أولاً: التنظريات المتصلة بمفاهيم التعلم
301	ثانياً: التنظريات المعتمدة على ظروف التعلم
301	ثالثاً: نظريات الاضطراب الإدراكي الحركي

302	الفرق بين صعوبات التعلم وبقطه التعلل والاختلاف العنلي
303	المسككات التشخيصية نلي التعرف على الأطفال ذوي صعوبات التعلل
303	أولاً: التباعد أو التباين
303	الثانياً: مسكك الاستبعاد
305	ثالثاً: مسكك التثبية الخاصة
305	إجراءات التعرف على صعوبات التعلل
308	أسباب صعوبات التعلل
308	1- العوامل الفيزيولوجية
310	2- العوامل البيئية
312	3 العوامل الفردية البيئية
313	خصائص التعلل
314	خصائص صعوبات التعلل
322	المنهاج الدراسي والتدريس
323	غرفة معمار التعلل ومهامها
323	أ. الرب علاج صعوبات التعلل

الفصل الحادي عشر

إرشاد نوي الاحتياجات الخاصة وذوهم

333	أولاً: إرشاد نوي الاحتياجات الخاصة
333	تقديم
334	تعريف عملية الإرشاد والعلاج النفسي
335	خصائص الإرشاد
336	الأسس العلمية للإرشاد
336	أهمية الإرشاد
337	إرشاد نوي الاحتياجات الخاصة
337	الأساليب الإرشادية
338	عملية تأهيل للعلق
338	أنواع التأهيل
339	الإرشاد النفسي التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة
342	مهام الإرشاد مع نوي الاحتياجات الخاصة
344	إعداد برامج الإرشاد النفسي
344	أمور يجب مراعاتها أثناء عملية الإرشاد النفسي للأطفال الموقنين
345	الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة
345	إرشاد نوي الإعاقة السمعية
348	التبايلات لشخصية نوي الإعاقة الجمسية
348	التبايلات لشخصية نوي الإعاقة البصرية

348	مقابلات الشخص الذي لا يستمتع الكلام (الإقليم)
349	ثانية: إرشاد أسر ذوي الإعاقات العقلية
349	تقديم
350	تعريف إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
351	المراحل النفسية التي تمر بها الأسرة
351	1- الصعوبة
351	2- الإدراك
351	3- الانسحاب النفسي
352	4- تقبل الحقيقة
352	خصائص العلاقات في أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
353	ردود فعل الأخوة
354	إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
354	مراحل الإرشاد لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة حسب وقت ظهور الحالة
354	أولاً: الإرشاد عند اكتشاف الحالة
355	ثانياً: الإرشاد والتنسيق والخدمات ونواحي الاحتياجات
359	مراحل الإرشاد النفسي للأسر ذوي الاحتياجات الخاصة
360	إرشاد أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية
360	أولاً: حاجات أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
362	ثانياً: المشكلات الخاصة بالإرشاد في مجال الإعاقة العقلية
364	ثالثاً: ردود فعل الوالدين على الإعاقة العقلية
366	رابعاً: مجالات إرشاد أسر ذوي الإعاقات العقلية
370	توسيمات إرشادية للوالدين الذين زكوا بفعل لديه إعاقة عقلية
371	إرشاد أسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم
375	المراجع العربية
380	المراجع الأجنبية

مقدمة الكتاب

تعد تربية وإرشاد نوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضرورة ملحة من خلال التعرف خصائصهم واهتماماتهم وبالتالي توفير البرامج الوقائية والعلاجية المناسبة لهم. والتربية الخاصة التي تعنى بهذه الفئة تتضمن الخدمات والبرامج التربوية العديدة خاصة منها: الاهتمام بطرق تدريسهم وإرشادهم وأية أنشطة تقدم لهم من شأنها مساعدتهم على التكيف.

وقد جاءت فكرة الكتاب من خلال الملاحظات العديدة التي رصدتها المؤلفة من خلال تعاملها مع الطلبة المعاقين والطلبة ذوي صعوبات التعلم في المدارس لتساهم في إثراء المكتبة العربية في موضوع هذه الفئة التي غالباً ما يتم تجاهلها خاصة في المدارس الحكومية وعلى مختلف المستويات التي تعاني منها.

وقد عالج الكتاب في الفصل الأول المفاهيم المتعلقة بالتربية الخاصة، والصعوبات والإعاقات بشكل عام، الفرق بين التشخيص التربوي والطبي للإعاقات بشكل عام. كما عالج النصل للبرامج التي تقدمها التربية الخاصة بالإضافة إلى الأسس والأهداف التي تسعى التربية الخاصة لتحقيقها.

في الفصل الثاني فقد تناولت المؤلفة موضوع الإعاقة العقلية التي بالرغم من الجهود العديدة التي قام بها علماء النفس والأطباء لتشخيص أسبابها إلا أن بعض الحالات منها ما يزال مجهولة الأسباب كما تم تناول تعريفات ومفاهيم وأسباب وتصنيفات وأنواع ومشكلات الإعاقة العقلية المختلفة. وتناول الفصل كذلك البرامج الوقائية والعلاجية التي تقدم من أجل الحد من انتشار هذه الإعاقات، سواء كانت برامج إرشاد مهني أو نفسي أو تربوي.

وفي الفصل الثالث فقد تم التركيز على موضوع الإعاقة الانفعالية من حيث التعريف وتصنيف الإعاقات وأسبابها، والنظريات المفسرة لها وكذلك خصائص المضطربين انفعالياً. والبرامج التي تقدم لهم على مستوى المدرسة من خلال البرامج داخل غرفة الصف أو البرامج النفسية من خلال العلاج النفسي والمهني بالإضافة إلى الخدمات الطبية العلاجية.

أما الفصل الرابع فقد ركز على الاضطراب النفسي لدى شريحة مهمة وهم الأطفال من حيث مقارنة المهارات الست الأساسية لمراحل التعلم والتطور بين الأطفال العاديين والأطفال المضطربين نفسياً، بالإضافة إلى الصحة النفسية وأعراضها عند الأطفال كالإكتئاب و متلازمة توريت، والتبول اللاإرادي وخلل الانتباه، والارتداد الرمزي (غير الكلامي) ودور كل من العائلة والمؤسسات الأخرى في مساعدة هؤلاء الأطفال.

في الفصل الخامس تم تناول الإعاقة البصرية من حيث التعريف والملاحق وتطور الإعاقة ومظاهر الإعاقة وأسبابها وأنواعها وكذلك البرامج والإرشادات التي تقدم لنوي الإعاقة البصرية لمساعدتهم على التنقل، بالإضافة للبرامج النفسية والتربوية التي تساعد على التكيف.

في الفصل السادس، فقد ركزت المؤلفة على أهمية حاسة السمع ومكونات الأذن كمقدمة للتعرف على الإعاقة السمعية من حيث التعريف والتصنيف، والأسباب، وقياس وتشخيص الإعاقة ونسبة انتشارها، والخصائص النفسية والجسمية والحركية والاجتماعية لنوي الإعاقة السمعية كما تم تناول خطورة هذه الإعاقة وعلاقتها بوظائف اكتساب اللغة. كما تناول الفصل طرق تشخيص وقياس الإعاقة بالإضافة إلى الخدمات التربوية التي تقدم لنوي الإعاقة السمعية.

وفي الفصل السابع، فقد تناولت المؤلفة الإعاقة الحركية والجسمية من حيث التعريف، وأشكال الإعاقة وأسبابها، وتصنيفها وطرق الوقاية منها. كما تناول الفصل خصائص الأفراد ذوي الإعاقة الحركية والجسمية الاجتماعية والجسمية والتربوية.

في الفصل الثامن فقد تم تناول اضطرابات النطق واللغة حيث استهل الفصل بالحديث عن اللغة من حيث المفهوم والأشكال ونظرياتها ومرحل اكتسابها والعوامل المؤثرة في النمو اللغوي عند الفرد. ثم تم التطرق لموضوع اضطرابات النطق والكلام من حيث تصنيفها وأسبابها، كما تم التركيز على علاقة الإعاقة العقلية بكافة أشكالها باضطرابات اللغة وعلاج اضطرابات اللغة عند ذوي الإعاقة العقلية. وقد تم التركيز كذلك على الإجراءات التدريسية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق ودور كل من المعلم والأسرة في مساعدة الفرد الذي يعاني من اضطرابات النطق واللغة.

في الفصل التاسع، تم تناول موضوع أصبح واسع الانتشار في الوقت الحالي وهو اضطراب التوحد، من حيث التعريف ونسبة الانتشار والأعراض والأنواع والأسباب

ومشاكل التطور عند الطفل المتوحد. كما تناول الفصل الأمراض التي تختلط مع اضطراب التوحد والشقوق بين التحد والتخلف الفكري والحبسة الكلامية. كما تناول الفصل أساليب تشخيص اضطراب التوحد وتقييم التطور الفكري والحركي للطفل المتوحد. وركز الفصل على العلاجات المساعدة في تخفيف حدة الاضطراب كالتدخل الطبي والعلاج النفسي كالعلاج السلوكي والعلاج بالموسيقى بالإضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية، وأساليب التكامل والتواصل.

في الفصل العاشر، تم تناول موضوع صعوبات التعلم وهو موضوع شائع لدى الطلبة خاصة في المدارس. وقد عالج الفصل مفهوم صعوبات التعلم، والنظريات المفسرة لصعوبات التعلم، كما عالج الفصل الفروق بين صعوبات التعلم وطمه التعلم والتخلف العقلي من حيث الأمراض وإمكانية التدريب والعلاج. كما تناول الفصل المحكات التشخيصية في التعرف على الأطفال ذوي صعوبات التعلم وتناول الفصل أسباب صعوبات التعلم وبعض أنواع صعوبات التعلم، كما تم تناول خصائص المتعلم وأنواع التعلم، وكذلك خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم الفكرية والمعرفية والاجتماعية، والنفسية والانفعالية، وكذلك الأساليب المقدمة لعلاج صعوبات التعلم منها التحاق الطالب بغرفة مصادر التعلم ومليمة وفق برامج متطورة وعلمية تتناسب مع كل صعوبة كعلاج صعوبة التذكر اللفظي والبصري وتكوين المفهوم.

في الفصل الأخير (الحادي عشر) تم تناول إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم، حيث استهل الفصل بالحديث عن إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم تناول تعريف عملية الإرشاد النفسي، وخصائص الإرشاد، وأسس الإرشاد وكذلك نظريات الإرشاد والأساليب العلاجية والإرشادية التي تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى المهام التي توكل لمرشد ذوي الاحتياجات الخاصة والخطط العلاجية التي تتخذ مع الإعاقات المختلفة كالإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية.

1

التربية الخاصة

مقدمة

إن مفهوم "التربية الخاصة" أصبح اليوم من المصطلحات غير المحببة التي يفضل استبدالها بالمصطلح "ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة". إن التربية الخاصة تعهم على أنها تربية منزولة للأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي بسبب إعاقات واضحة، عقلية أو جسدية، في مؤسسات مغلقة كمصحات أو معارص خاصة، أي خارج التعليم العادي. أما المصطلح الجديد أو المستحدث فإنه يضم في طياته مجموعة أكبر من الأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي لأسباب تتعدى الإعاقات الشائعة، وهذه الأسباب على ما يبدو تمنع تطور الفرد الطبيعي. وهذه المجموعة (ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة) تحتاج إلى دعم إضافي من المدرسة التي عليها تبني منهجية تربوية جديدة تساعد في التعامل مع الاحتياجات التربوية للطلاب، سواء في مجال القوى العاملة أم التجهيزات التقنية.

وتربية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة تعد من الموضوعات التي تؤكد على ضرورة الاهتمام بنوي الاحتياجات الخاصة، وتكثيف المناهج، وطرق التدريس الخاصة بهم، بما يتواءم واحتياجاتهم، وبما يسمح بدمجهم مع ذويهم من التلاميذ العاديين في فصول التعليم العام، مع تقديم الدعم العلمي المكثف لعلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام، بما يساعدهم على تنفيذ استراتيجيات التعليم سواء للطلاب الموهوبين أو ذو الإعاقات المختلفة.

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

تعريف التربية الخاصة

عرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواءً في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابةً لاحتياجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسابقة متطلبات برامج التربية العادية. وقد عرفها ويستر Webster على أنها عبارة عن تلك النظم والسياسات 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 عن مجموعة من النظم التعليمية والخدمات الخاصة التي تقدم إلى مجموعة معينة أو فئة معينة من الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى كل مساعدة ممكنة لمساعدتهم على التكيف.

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

وتتضمن التربية الخاصة عدة مفاهيم:

مفاهيم في التربية الخاصة

الضعف Impairment

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

المعجز Disability

وهو مفهوم يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي

نتيجة وجود الضعف. وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية.

الإعاقة Handicap

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

الحالات الخاصة Exceptionalities

وهذا المفهوم أوسع من المفاهيم السابقة حيث إنه لا يقتصر على الذين ينخفض أدائهم عن أداء الآخرين (لعمومين وإنما يشمل على الذين يكون أدائهم أحسن من أداء الآخرين (الموهوبين والمتفوقين)

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

وتشمل خدمات التربية الخاصة الفئات الرئيسة التالية :

–الموهبة والتفوق Giftedness and Talent

– الإعاقة العقلية Mental Handicap

– الإعاقة السمعية Hearing Impairment

–الإعاقة البصرية (Visual Impairment)

– الإعاقة الحركية Physical Impairment

– الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment

– التوحد Autism

اضطرابات النطق أو اللغة Speech and Language Disorders

تعدد العوق:

هو وجود أكثر من عوق لدى التلميذ من الاعاقات المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة مثل الصمم وكف البصر، أو التخلف العقلي والصمم، أو كف البصر والتخلف العقلي والصمم، الخ، تؤدي إلى مشاكل تربوية شديدة لا يمكن التعامل معها من خلال البرامج التربوية المعدة خصيصاً لنوع واحد من أنواع العوق.

التلميذ العادي : هو الذي لا يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة.

التلميذ غير العادي: هو التلميذ الذي يختلف في قدراته.

العقاية أو الحسية أو الجسمية والصحية أو التواصلية أو الأكاديمية اختلافاً بوجب تقديم خدمات التربية الخاصة.

التلميذ المعاق : هو كل تلميذ لديه قصور كلي أو جزئي بشكل مستديم في قدراته العقلية أو الحسية أو الجسمية أو التواصلية أو الأكاديمية أو النفسية إلى الحد الذي يستوجب تقديم خدمات التربية الخاصة.

القابلون للتعلم

وتتراوح درجة ذكائهم ما بين 55-75 درجة تقريباً على اختبار وكسلر، أو 52-73 درجة تقريباً على اختبار ستانفورد بينية، أو ما يعادل أياً منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

القابلون للتدريب

وتتراوح درجة ذكائهم ما بين 40-54 درجة تقريباً على اختبار وكسلر، أو 36 - 51 درجة تقريباً على اختبار ستانفورد بينية، أو ما يعادل أياً منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

الفئة الاعتمادية

وتكون درجة ذكائهم أقل من 40 درجة على اختبار وكسلر، أو 36 درجة تقريباً على اختبار ستانفورد بينية، أو ما يعادل أياً منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

الموهبة والتفوق Talent and Giftedness

الشخص الموهوب والمتفوق هو الذي لديه قدرة بارزة وبمميزة عن أقرانه في مجال أو أكثر من مجالات الذكاء أو التفكير الإبداعي أو التحصيل الدراسي أو المهارات والقدرات الخاصة.

الإعاقة العقلية Mental Handicap

هي حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح (75 درجة ذكاء فما دون) يكون متزامناً مع جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية مثل: (التواصل، العناية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي، المسحة والسلامة، المهارات الأكاديمية).

الإعاقة السمعية Hearing Impairment

تشمل الإعاقة السمعية كلاً من الصمم والضعف السمعي، والأصم هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يعيقه عن المعالجة الناجحة للمعلومات اللفوية 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 اللفوية بنجاح من خلال السمع.

الإعاقة البصرية Visual Impairment

الكفيف هو الشخص الذي تقل حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح عن 60/60 متراً (20/200 قدم) أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها (20) درجة.

الإعاقة الحركية Physical Impairment

وهي الأطفال الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي، مما يستدعي توفير خدمات متخصصة تمكنهم من التعلم.

الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment

الطفل المضطرب هو ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير على الآخرين.

اضطراب التوحد Autism

هو اضطراب يحدث لدى الطفل قبل باوفاه سن 36 شهراً ومن مظاهره الأساسية مايلي:

أ - الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه و ما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين.

ب - الانطواء وانعزال وعدم القدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين.

ج - وجود سلوكيات نمطية غير مألوفة ومتكررة بشكل واضح.

صعوبات التعلم Learning Disabilities

وهم الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من المعايير النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والكتابة والنهجشة والحساب والتي لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات.

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 تربية خاصة وهي نوعان

أ. اضطرابات الكلام

هي خال في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية. وهذا الخلل يلاحظ في إرسال واستخدام الرموز اللفظية وتصنف اضطرابات الكلام؛

- 1- اضطرابات الصوت.
- 2 - اضطرابات النطق.
- 3- اضطرابات الطلاقة.

ب. اضطرابات النطق أو اللغة Speech and Language Disorders

هي اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستهلاكية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربية خاصة. والاضطراب يمكن أن يشعل أحد أو جميع جوانب اللغة التالية :

- 1- شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، القواعد).
- 2- مستوى اللغة (المعنى).
- 3- الاستخدام الوظيفي للغة (الاستخدام العملي للغة في المواقف، الملائمة لتخدم أغراضاً مختلفة).

مبادئ التربية الخاصة

تقوم التربية الخاصة على مجموعة من المبادئ العامة والتي يجعلها تركز على:

- إن تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية أمر واجب وإن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربية فردية.

وتتضمن البرامج التربوية الفردية :

- أ- تحديد مستوى الأداء الحالي.
- ب- تحديد الأهداف طويلة المدى.
- ج- تحديد الأهداف قصيرة المدى.
- د- تحديد معايير الأداء الناجح.
- هـ- تحديد المواد والأدوات اللازمة.

- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.
- إن توفر الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.
- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة. والأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل.
- إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة. فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن.

الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة

أولاً: الأساس الديني

لقد أقر الدين الإسلامي مبادئ وأسساً عامة تكفل لكافة أفراد المجتمع حياة هانئة آمنة، وتبهر لهم الطريق 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، سابقاً بذلك كافة المواثيق، والإعلانات الدولية عن حقوق الإنسان.

ثانياً: الأساس القانوني

توحيتمثل في المواثيق الدولية والإعلانات العالمية والنشريات والتصوص القانوني التي صعدت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة، والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والإعلانات العالمية لحقوق المعاقين وما تضمنته من توجهات وأبعاد إنسانية، اعترافاً عالياً بحقوق المعاقين.

ثالثاً: الأساس الاقتصادي

يؤكد الأساس الاقتصادي على ضرورة الاهتمام بتقديم الخدمات التعليمية العامة

والمهنية للمعاقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عبئاً على مجتمعهم.

وإبعاً: الأساس الاجتماعي

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

الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة

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

1- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.

2- تتبنى التربية العامة منهجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صنف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهجاً لكل فئة، تشق منه الأهداف التربوية فيما بعد.

3- تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جماعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في القلب.

4- تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين. مثلاً: تستخدم الخريطة في تعليم الطفل العادي، في حين تستخدم الخريطة المصغرة أو الناطقة مع الطفل للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يستخدم جهاز الأوبتكون (Optacon) في تدريس القراءة للمكفوفين، في حين لا يستخدم مثل هذا الجهاز في تدريس القراءة للأطفال العاديين. وتستخدم لغة الإشارة (Sign Language) في تدريس الصم. في

حين لا تستخدم مثل هذه اللغة في تدريس الأطفال العاديين. كما قد يستخدم جهاز النطق الصناعي مع الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية كالمعوقين عقلياً، وسمعيّاً، والمصابين بالشلل الدماغى، في حين لا يستخدم مع الأطفال العاديين.

ومهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة والعامّة، فإنّ كلاّ منهما يهتم بالفرد، ولكن بطريقته الخاصة. ومع ذلك فتشترك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد أياً كان، على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن، والعمل على تحقيق أهدافه، وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

أهداف التربية الخاصة

تسمى التربية الخاصة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف هي:

- 1- تحقيق الكفاءة الفردية personal competence
 - 2- تحقيق الكفاءة الاجتماعية social competence
 - 3- تحقيق الكفاءة المهنية vocational competence
- ويتم تحقيق أهداف التربية الخاصة من خلال ما يلي:
- التعرف إلى الأطفال فغير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
 - إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
 - إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية.
 - إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
 - إعداد برامج الوفاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل قدر الإمكان على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية.
 - مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.

- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرص أمامهم في مجال نبوغهم.
- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة وتطوير المجتمع الذي يعيش فيه.

استراتيجيات التربية الخاصة

تقوم التربية الخاصة على إستراتيجيتين هامتين هما :-

1- النظام العزلي : ويقوم على أساس وضع هؤلاء ذوي الاحتياجات الخاصة في نمط معين (معزل) بحيث يتيح التعامل معهم بطريقة أفضل بعيداً عن غيرهم من الأفراد العاديين.

2- النظام الدمجي : ويقوم هذا النظام على أساس

أ- نظام دمجي كلي

ب- دمج جزئي

ت- دمج اجتماعي تكاملي

مراحل تطور برامج التربية الخاصة

مراكز الإقامة الكاملة (School Residential)

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

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

Special Day care school مراكز التربية الخاصة النهارية

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

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

ووجهت لهذه المراكز أيضاً بعض الانتقادات أهمها : عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة.

Special classes within Regular Schools 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 الإيجابية، وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد المعاقين في المدرسة العادية والتي لا يتجاوز عدد الطلبة فيها العشرة، حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، وهم أيضاً برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين، والهدف من هذا البرنامج زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين هؤلاء الأفراد (الطلبة) المعاقين والعاديين.

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

1- الدمج الأكاديمي Mainstreaming

لقد ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة

الطلبة المعوقين العاديين في الصف الدراسي (لا أنه 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، وهي بعض المواد بشروط أن يستفيد الطفل من ذلك شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه، ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي:

1- التفاعل بين الطلاب العاديين والمعاقين.

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

3- تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين وجميع الكوادر العاملة.

2- الدمج الاجتماعي Normalization

تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع. ويتمثل هذا في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع. كذلك دمج المعاقين في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم ومناسب لهم كأسرة مستقلة والتعامل معها على أنها، ليس حكم الجيرة وما تنال به من مستلزمات.

الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها في التربية الخاصة

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

- المبدأ العام للتربية عموماً وهو التعلم عن طريق العمل.
- تنمية معلومات الطفل عن طريق الإدراك وتدريب الحواس المتعلقة بالبصر والسمع والنوق والشم وغيرها.

- أن يكون التعليمات اللفظية واضحة وبسيطة، مع إعادتها من وقت لآخر.
- تشجيع المتخلف عقلياً بالتعبير عن نفسه، والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والمواقف.
- ضرورة مراعاة الفروق الفردية حتى بين المتخلفين أنفسهم وأثناء التعليم الجماعي .
- أن يكون ترتيب المادة في المواقف منظماً من المادي الحسي إلى المجرد، ومن المعروف والمألوف إلى المجهول وغير المألوف.
- أن يكون تنظيم المادة من السهل إلى الصعب، لكي توفر للمتخلف فرص النجاح ما أمكن.
- ربط الموضوعات بعضها ببعض في مجموعات طيبية مما يجعل مضمونها أسهل فهماً على الأطفال، ويعمل على تقوية وتحسين ارتباط الأفكار بعضها ببعض.
- أن يكون التعليم وظيفياً، أي أنه أثناء التدريب يتعلم بعض الحاجيات 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 عقلياً 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 أكثر من قناة حسية واحدة.
- التنوع في المواقف والخبرات التي تتصل بتعليم مفهوم واحد من أجل تعزيز هذا المفهوم.
- التعزيز المستمر سواء التعزيز المادي بالكافئات العينية والمادية، أو اللفظي بالمدح والتشجيع.
- شعور الطفل باندماجه داخل الفصل الدراسي، ومساعدته أن يقدر مستواه بالنسبة لبقاه زملاؤه في الصف.

- التقبل الإجتماعي للطفل المتخالف عقلياً.

- لا بد أن تتضمن تربية المتخلفين كل من التربية البدنية، والتمن، والكلام، والعمل اليدوي.

- لا بد أن يربى أن المعلق عقلياً يحتاج إلى ما يسمى بالتدريب والتدريس العلاجي والعملية على بعض الأداءات والمهام والأعمال الملائمة له، والمتسقة مع قدراته المحدودة، على أن يعتمد في أدلته لهذه الأعمال على نفسه بعد تدريب كافي عليها، وبالتالي اعتماده على الآخرين بالتدرج، وينجم عن ذلك أشياء كثيرة إيجابية مثل استقلالية المعلق عقلياً، ولو أنها نسبية وحدوث التكيف الشخصي له ويترتب عليه أيضاً حدوث التوافق الاجتماعي مع الآخرين. وأن أسلوب التدريب العلاجي الجيد لهؤلاء الأفراد يتيح فرص إخراج إمكانياته وقدراته المحدودة، والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

تعريف الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة

هناك الكثير من المصطلحات التربوية الدارجة في المجتمعات المختلفة التي يقصد من ورائها تحديد فئة الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، ومن هذه المصطلحات مثل: "غير العاديين"، و"العاجزون"، و"المعوقون"، و"غير الأسوياء".... وغيرها من التسميات السلبية التي لا تعكس إلا الآثار السلبية على الفرد وأسرته؛ لأنها في مكوناتها تدل على الضعف والاختلاف السلبي، والأبرز من ذلك الوصمة الاجتماعية بالقصور والعجز، بدل البحث عن الإيجابية والكفاية في شخصياتهم. وما لا نصل إليه من هذه التسميات السلبية هو تحديد المشكلة التربوية، وبالتالي تحديد الاحتياجات التربوية التي يحتاجها الفرد.

أما التعريف التربوي فيركز على الانحراف عن المتوسط العام (والمقصود بالعام هنا المجتمع) الانحراف في القدرات الذهنية، والقدرات الجسمية والحركية، والقدرات الحسية وقدرات الاتصال والتواصل، الأمر الذي يجعل الفرد غير قادر على التكيف مع المتطلبات المدرسية والحياتية وحده، ويحتاج إلى دعم وإلى خدمات تربوية خاصة لتطوير قدراته

(الوقفي، وهذا التعريف يستثني فئات أخرى من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، وهي الفئات التي لا تعاني من أي قصور في القدرات المذكورة أعلاه، ولكن على الرغم من ذلك، فهي تعاني من صعوبات في التأقلم المدرسي والحياتي، ومن هذه الفئات سنجد التوهميين وذوي الصعوبات التعليمية.

فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

تشمل هذه الفئات الإعاقة العقلية، والصعوبات التعليمية، والإعاقة البصرية والسمعية، والإعاقة الجسدية، والاضطرابات اللغوية، والاضطرابات الانشغالية والسلوكية، والتوهمية والإبداع:

الإعاقة العقلية

إن التأخر العقلي أو الإعاقة العقلية ناجمة عن ضرر دماغي كبير، سببه إصابة تكون في جهاز الأعصاب المركزي تؤدي إلى تلف الأجزاء المستوفدة عن مهارات التعلم والتفكير وغيرها من المهارات التي يحتاجها الفرد ليتطور ويتم بشكل سليم. وهناك الكثير من التعريفات التي كتبت في القرن الماضي حول مفهوم التخلف العقلي، وتعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الإعاقة العقلية بأنها حالة تشير إلى جوانب قصور واضحة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، تتصف بأداء عقلي يقل عن المتوسط، وتصحبه جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المرافق المجتمعية، توجيه الذات، المهارات الأكاديمية، المهارات المهنية، استقلال أوقات الفراغ، على أن يظهر كل ذلك قبل سن الثامنة عشرة.

أما الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية فتقسم إلى نوعين أساسيين، وهما العامل الجيني والعوامل المكتسبة. وتتلق العوامل الجينية تنتقل الإعاقة من خلال الوراثة من الآباء إلى الأبناء في حالة وجود حالات إعاقة وراثية في العائلة، أو حدوث خلل في المادة الوراثية (الكروموسومات) أثناء الانقسام الجنسي، أو الإخصاب، أو تكوّن الجنين. أما العوامل

المتكسبة، فقد تحدث أثناء الحمل من خلال تعرض الأم الحامل إلى الإصابة بالأمراض المعدية، أو الإصابة المباشرة على الرحم أو تناولها السموم، أو تعرضها للأشعة، أو التعرض إلى المشاكل أثناء الولادة، مثل نقص الأوكسجين، أو التشنجات في الولادة، ويمكن أن تحدث الإصابة بعد الولادة من خلال تعرض الفرد إلى الحوادث القلبية، وبخاصة على الرأس، والأمراض التي تؤثر على الدماغ.

وتصنف الإعاقة العقلية إلى مستويات تتعلق بإداء الفرد مقارنة مع أبناء جيله، وتحدد هذه المستويات حسب مقياس الذكاء المقتن (ويكسلر)، الذي بموجبه حدد للمستوى العام للذكاء، وهو بين الـ 85 والـ 105، وكل ما هو دون الـ 70 يكون من نوي الإعاقة العقلية، أما من هم بين الـ 85 والـ 70 فهم فئة بطيئي التعلم (مع تحفظي الخاص على مقياس ويكسلر).

أما المستويات المحددة بناءً على هذا المقياس فهي كالتالي:

التخلف العقلي البسيط (من 70-55)، ويدعون بالفاديين على التعلم؛ لأنهم يملكون القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية المدرسية حتى مستويات متقدمة، لكن يكون تعلمهم وتقدمهم أبطأ بشكل ملحوظ من تقدم طلاب الجيل ذاته، وكذلك فإنهم قادرين على التكيف مع المجتمع ومتطلباته، ويحققون الاستقلالية الاقتصادية والاجتماعية إلى حد كبير، لكنهم يحتاجون إلى التوجيه بين الحين والآخر.

التخلف المتوسط (من 54-40)، ويدعون أيضاً بالفاديين على التعلم؛ لأن لديهم القدرة على تعلم مهارات قبل أكاديمية وحتى الأكاديمية الأولى من خلال التعلم المحسوس، كما بإمكانهم التواصل الكلامي مع المحيط، وتعلم للمهارات الاجتماعية والعناية بالذات، ولكن من خلال المراقبة والتوجيه الكلامي.

التخلف العقلي الشديد (من 39-25)، ويدعون بالقابلين للتدريب؛ لأنهم قادرين على التدريب على المهارات اأحيائية اليومية وأساليب رعاية الذات، قدراتهم اللغوية والحركية محدودة، وبالتالي فهم يحتاجون إلى مراقبة وإرشاد لفظي وحتى جسدي دائم.

التخلف العقلي العميق (ما دون الـ25)، وهم غالباً غير قادرين على التدريب على المهارات الحياتية، ويحتاجون إلى رعاية وإشراف وتحفيز مستمر للحواس لأنهم غالباً يعانون من إعاقات جسدية تحد حركتهم، وذلك يعود إلى الضرر الدماغي الكبير الذي أصاب أجزاء عديدة من الدماغ.

الصعوبات التعلمية

عرفت الجمعية الأمريكية الوطنية للصعوبات التعلمية الصعوبات التعلمية بأنها اصطلاح عام لمجموعة غير متجانسة من الاضطرابات الملحوظة في واحدة أو أكثر من العمليات العقلية الأساسية، المتضمنة فهم اللغة أو استخدامها شفهاً، أو كتابياً، أو التهجئة، أو الحساب، أو التفكير، ويعود سببها إلى سوء في أداء الجهاز العصبي المركزي، وقد يحدث في مرحلة من مراحل العمر.

وأثبتت الأبحاث أن الإصابة بالصعوبات التعليمية قد تحدث في فترة الحمل نتيجة تمرض الأم للأمراض والأشعة والسموم، أو أثناء الولادة نتيجة نقص في الأوكسجين أو مشاكل في الولادة، أو بعد الولادة، وفي مراحل الحياة نتيجة التمرس إلى حادث أو أمراض تصيب جهاز الأعصاب المركزي للتردد، وتؤدي إلى تلف دماغي صغير.

وتتسم الصعوبات التعلمية إلى نوعين أساسيين، هما: الصعوبات النمائية، وتتضمن مشاكل الإصغاء، والتركييز، والانتباه، والذاكرة، واللغة، والتفكير، والإدراك الحسي، والإدراك الحسحركي، والصعوبات الأكاديمية التي تتوزع إلى صعوبات القراءة، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الحساب.

والأهم في تعريف الصعوبات التعلمية هو الانتباه إلى أن الطالب الذي يعاني منها هو طالب عادي في قدراته العقلية، لا يعاني من مشاكل في الحواس، ولا يعاني من اضطرابات انشعالية، وغير محروم من المثيرات التعليمية في البيئة أو في الصف، وعلى الرغم من ذلك، فإنه يفتل في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية المطلوبة من أبناء جيله.

الإعاقة البصرية

إن العين هي المسؤولة عن حاسة البصر، وهي التي تنقل إلى الدماغ المثيرات البصرية التي نشاهدها حتى تتحول إلى رسائل نفهمها بحسب خبراتنا، وتنقسم العين إلى أجزاء عدة مهمة، وهي البؤبؤ الذي يسمح للضوء بالدخول للعين، وحول البؤبؤ هناك القرنية، وهي الجزء المكون من العين، ووظيفتها توسيع أو تضيق البؤبؤ حسب الضوء، والقرنية عبارة عن الغشاء الذي يغطي العين لحمايتها، ثم هنالك العدسة خاف البؤبؤ، ووظيفتها استقبال الأشعة الضوئية وتجميعها لتنتقلها إلى القسم الخلفي من العين المسمى الشبكية، بحيث تتكون الصورة وتنقل إلى الدماغ.

أما الإعاقة البصرية، فهي حالة من الضعف البصري الشديد الذي يؤثر على الأداء التربوي للفرد بشكل سلبي، وتنقسم إلى ثلاثة مستويات، وهي: فقدان النظر الكامل، وقوة الإبصار لا تزيد على $60/3$ في العين الأقوى بعد وضع العدسات، وتقلص في مجال الرؤية إلى زاوية تقل عن 20 درجة. وهناك أنواع أخرى من الإعاقات البصرية الشائعة التي تعالج عن طريق العدسات وهي: طول النظر، وقصر النظر، وصعوبة تركيز النظر. هذه الحالات أسبابها غالباً تعود إلى إصابة في جهاز الأعصاب المركزي.

قد تصيب الأفراد بعد الولادة أمراض مثل المياه البيضاء، والمياه السوداء، والسكري، وأمراض الشبكية، والتهاب العيون المزمن، وهذه الأمراض تؤدي أيضاً إلى إعاقة بصرية.

الأفراد ذوو الإعاقات البصرية (ضعفاء الإبصار) لا يؤدون المهام التعليمية مثل القراءة والكتابة إلا بمساعدة أجهزة بصرية تعمل على التكبير، أما الكفيف أي الذي يعاني من فقدان كامل للبصر يحتاج إلى طرق بديلة للتعلم معروف منها طريقة برايل، واستعمال الحاسوب المتكلم، وتطوير باقي الحواس، وغيرها.

الإعاقة السمعية

إن حاسة السمع تعتبر من الوظائف المعقدة والمهمة لدى الكائن الحي، وبخاصة الإنسان، وهذه الوظيفة تقوم فيها الأذن التي تعتبر قناة اتصال بين الفرد والعالم الخارجي.

ويشكل عام تقسم الأذن إلى ثلاثة أقسام، وهي: الأذن الخارجية، ثم الأذن الوسطى، تليها الأذن الداخلية، وكل قسم مهمته في عملية التوصيل السمعي فالإذن الخارجية تلتقط الموجات الصوتية وتمررها عبر القناة السمعية إلى الأذن الوسطى التي تعمل من خلال الطبلة، والعظام الثلاث على تكبير وتضخيم الأمواج الصوتية ونقلها إلى الأذن الداخلية، حيث تتحرك الموجات الصوتية في داخل السائل الموجود فيها، وتحفز الشعيرات الحسية التي تحوّل الحركة إلى جهد كهربائي ينتقل بواسطة الألياف العصبية إلى مركز السمع في الدماغ، وهناك يتم تفسير للمعلومات وفهمها.

من هنا يمكن أن نستخلص أن أي ضرر أو تلف في أجزاء الأذن المتعددة سيؤثر على القدرة السمعية للفرد. وتقسّم الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أجزاء، وهي: الإعاقة السمعية التوصيلية، وتكون الإصابة في الأذن الخارجية، أو الوسطى، والإعاقة السمعية العصبية وهي اضطراب في الأذن الداخلية والعصب السمعي، والإعاقة السمعية المركزية التي يكون مصدرها في الدماغ.

هناك عاملان أساسيان يؤثران على تطور اللغة والتعلم عند الفرد المصاب بالإعاقة السمعية، وهما جيل الإصابة بالإعاقة ومدى الخسارة السمعية، فكلما كانت الإصابة في جيل مبكر أكثر، وبخاصة قبل اكتساب اللغة، ستكون هناك صعوبة في اكتساب اللغة بالشكل الكامل والسليم، وكلما كانت حدة الإعاقة أقوى، كان من الصعب تعليم الفرد عن الأصوات واللغة. وبما أن اللغة هي الرسيطة، في عملية التعلم والتعليم نستنتج أن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية قد يعانون من صعوبات في التعليم، وبالتالي يجب تزويدهم ببدائل للتعليم أو مساعدتهم على تحسين أداء الأذن من خلال الأجهزة التي توضع خلف الأذن أو تزرع داخلها.

الإعاقة الجسدية أو الحركية

تعرف الإعاقة الجسدية بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة، وتضم

الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، لكنها بالأساس مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عظمية وعظمية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها.

الإعاقات العصبية تعود إلى تلف أو ضرر يحدث في جهاز الأعصاب المركزي والحبل الشوكي، ومن المعروف أن جهاز الأعصاب المركزي هو الأساس في أداء الجسم لوظائفه، وبالتالي الأفراد المصابون بهذا الخلل يعانون من مشاكل وصعوبات في القدرة على التعلم، إضافة إلى المشاكل والاضطرابات الحركية. ومن هذه الإعاقات: اضطرابات الإدراك الحركي، واضطرابات اللغة والكلام، واضطرابات تشنجية كالصرع وضعمور أو ارتعاش العضلات، والشلل الدماغي، ومشكلات حسية-حركية، والاسمعاء الدماغي والعمود الفقري المشقوق.

أما الإعاقات العظمية العظمية، فهي خال يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم تزوج العظام، وانحناء العمود الفقري والتقدم للنتوية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة.

اضطراب التعلق واللغة

تعتبر اللغة من الوسائط الأساسية التي يستعملها الإنسان للتعبير عن ذاته وإقامة العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الذات والمحيط، وهي أساس لا يمكن الاستغناء عنه في عملية التعلم، فالتعلم مبني بشكل كبير على الخبرات اللغوية والقدرات اللغوية، وأي عيب أو اضطراب في هذا المجال سوف يؤثر بشكل مباشر على التواصل مع البيئة والقدرة على التعلم.

تتقسم الاضطرابات اللغوية إلى عيوب الكلام وعيوب اللغة، عيوب الكلام تضم عيوب الإيقاع، وعيوب التعلق وعيوب الصوت. أما عيوب اللغة، فتتضمن اضطراب التعبير الكلامي الحسي أو الحركي، واضطراب في تخزين اللغة المسموعة، وعيب سدى الصوت، وعيوب الاتصال وصعوبات القراءة والكتابة.

وتعود الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات اللغوية إلى مشاكل في جهاز الأعصاب المركزي الذي يصاب إما أثناء الحمل، أو أثناء الولادة أو بعدها، أو أسباب متعلقة بالإعاقات الأخرى أو مشاكل وظيفية ونفسية مثل الحرمان اليميني الذي يؤدي إلى عدم اكتساب اللغة بالشكل السليم.

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

إن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تعد من أكثر الاضطرابات المذيرة للجدل، فكانت لوقت ليس ببعيد لا تعتبر من فئات اثنائية للخاصة، أما في السنوات الأخيرة من القرن الماضي، فتم ضم هذه الفئة إلى فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، لكن على الرغم من ذلك، لم يحدد تعريف واضح ومفصل للحالة، ولا حتى مواصفات واضحة أو أسباب واضحة، فقد تكون الأسباب عصبية أو نفسية مكتسبة.

وقد أجمعت غالبية التعريفات على عدد من العناصر المشتركة في سلوك ذوي الاضطرابات السلوكية ومنها:

- 1- الانحراف عن مستوى المعايير السائدة.
- 2- الحالة مزمنة ومتكررة.
- 3- تأثير السلوك على التقدير الذاتي والعلاقات الشخصية والتحصيل الأكاديمي.
- 4 يحتاج إلى تربية منضبطة.

وقد عرف كوفمان (1981) الأطفال المضطربون سلوكياً بأنهم " أولئك الذين يستجيبون بشكل ملحوظ، ومزمن لبيئتهم بأساليب غير مقبولة اجتماعياً أو غير مرضية شخصياً، ومع ذلك فإنه يمكن تعليمهم السلوك الأكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية وأكثر إشباعاً من الناحية الشخصية.

هناك تصنيفات عدة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية أهمها التصنيف على أساس شدة الحالة وتردها، أما التصنيف الأكثر شيوعاً، فهو التصنيف العيادي أو الإكلينيكي

الذي يتعدى عن حالات محددة ومعروفة، أذكر منها اضطراب القلق أو الارتباك، والاكتئاب، واضطراب بايولتر، واضطراب التركيز والانتباه والحركة الزائدة، واضطراب إدارة الذات، واضطرابات الأكل، وانقسام الشخصية، والتوحد (قد يعتبر أيضا فئة إضافية من فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة).

أما أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فتختلف باختلاف المدرسة التي تدرس الحالة فالمدرسة الطبية تعيد الأسباب إلى مشاكل جسدية لها علاقة بالجينات والأنزيمات والاختلالات الدماغية، أما المدرسة النفسية فترى أن الأسباب تعود إلى ساحة التنشئة، وبخاصة في الطفولة المبكرة والأزمات التنشئة الاجتماعية التي يمر بها الفرد خلال حياته، والمدرسة السلوكية تقول إن السلوكيات مكتسبة واضطرابات السلوك سببها تعلم مضطرب من خلال النمذجة، ولعل أفضل هذه التفسيرات وشاملها الذي يعتبر كل الأسباب المذكورة صحيحة وواردة، وبالتالي يسعى إلى الاستفادة من جميع التفسيرات لمصلحة الفرد ومساعدته، وبالتالي يتبع الفرد حسب حالته التدخل الطبي أو الإرشاد النفسي، أو التدخل التربوي والاجتماعي، أو الجمع بين بعضها أو كلها.

الموهبة والإبداع

إن الموهبة لا تحظى بتعريف واحد محدد، وإنما يختلف الباحثون حولها باختلاف اتجاهاتهم النظرية وخبراتهم العملية، وقد تطورت التفسيرات والتعريفات لهذه المفاهيم في العقود القليلة الماضية مع ازدياد الاهتمام بمجتمع ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، التي تعتبر الموهبة والتفوق إحدى صفاتها. وبشكل عام، يجمع اليوم الباحثون على أن الموهبة تشمل الموهبة العقلية (الذكاء)، والموهبة الإبداعية والانفعالية والاجتماعية والنفسحركية، وتمتاز كمتقدرة موروثية، أما التفوق فيشمل التميز في الحقل الأكاديمية، والتقنية، والرياضية، والفنية، والاجتماعية.

وتعد التعريفات التي جاءت من الحقول المختلفة مثل التربوية والنفسية والسلوكية ساعدت في توسيع المجال وزيادة الاهتمام فيها، مما طور ونوع البرامج التربوية وأساليب

الكشف عن الطلبة الموهوبين والمتفوقين، فالمطالب سواء أكان متقوفاً أم موهوباً فهو يحتاج في نهاية الأمر إلى تربية خاصة، وأساليب دراسية خاصة، تساعد على إطلاق العنان لقدراته وتطويرها، وبالتالي، فإن من حقه أن يعتبر من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

أما المستويات المحددة بناءً على هذا المقياس فهي كالتالي:

التخلف العقلي البسيط (من 70-55)، ويدعون بالقادرين على التعلم؛ لأنهم يملكون القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية المدرسية حتى مستويات متقدمة، لكن يكون تعلمهم وتقديمهم أيضاً بشكل ملحوظ من تقدم طلاب الجيل ذاته، وكذلك فإنهم قادرون على التكيف مع المجتمع ومتطلباته، ويعتقون الاستقلالية الاقتصادية والاجتماعية إلى حد كبير، لكنهم يحتاجون إلى التوجيه بين الحين والآخر.

التخلف المتوسط (من 54-40)، ويدعون أيضاً بالقادرين على التعلم؛ لأن لديهم القدرة على تعلم مهارات قبل أكاديمية وحتى الأكاديمية الأولى من خلال التعلم المحسوس، كما بإمكانهم التواصل الكلامي مع المحيط، وتعلم المهارات الاجتماعية والعناية بالذات، ولكن من خلال المراقبة والتوجيه الكلامي.

التخلف العقلي الشديد (من 39-25)، ويدعون بالقابلين للتدريب؛ لأنهم قادرين على التدريب على المهارات الحياتية اليومية وأساليب رعاية الذات، قدراتهم الانوية والحركية محدودة، وبالتالي فهم يحتاجون إلى مراقبة وإرشاد لفظي وحتى جسدي دائم.

التخلف العقلي العميق (ما دون 25)، وهم غالباً غير قادرين على التعرّب على المهارات الحياتية، ويحتاجون إلى رعاية وإشراف وتحفيز مستمر للعواس لأنهم غالباً يعانون من إعاقات جسدية تحد حركتهم، وذلك يعود إلى الضرر الدماغى الكبير الذي أصاب أجزاء عديدة من الدماغ.

الفروق بين التشخيص الطبي والتشخيص التربوي والنفسي

تزدحم التربية الخاصة بعدد كبير من المصطلحات، بعض هذه المصطلحات ما هو طبي والبعض الآخر تربوي. ومصطلح التشخيص أحد هذه المصطلحات المستخدمة في كل من

المجال الطبي والمجال التربوي في الوقت نفسه ولكن يحمل كل مصطلح منهما معنى ومضمونا مختلفا.

مع التطورات المعاصرة في مجال التربية الخاصة أصبحت قضية التشخيص والتنظيم من القضايا الأساسية التي يعتمد عليها في عملية التأهيل والعلاج وهي عملية تخطيط البرامج التدريبية والتطبيقات للمثل المعلق.

التشخيص في مجال الإعاقة

التشخيص في مجال الإعاقة، سواء كان تربويا أو طبيا، هو الخطوة الأولى في العلاج والتأهيل وهو الخطوة الأولى في التعامل بشكل صحيح مع الإعاقة أو الصعوبة أو الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وينظر إليه على أنه عملية ثلاثية الأطراف تتضمن المثل والفاحص وأدوات أو وسائل الفحص والتشخيص Diagnostic Tools.

التشخيص الطبي والتشخيص التربوي والاختلاف بينهما يختلف التشخيص الطبي عن التشخيص التربوي في مجال الإعاقة بعد الأمور من أهمها:

• من يقوم بالتشخيص الطبي هو الطبيب أو مجموعة من الأطباء من تخصصات طبية متنوعة (من حقل علمي واحد وهو الطب). بينما التشخيص التربوي يقوم به عدة مختصين من حقل علمية مختلفة مثل المختص بالتربية الخاصة والمختص بالعلاج الطبيعي والوظيفي وأخصائي اضطرابات اللغة والكلام والمختص بالمسموعات والأخصائي النفسي والاجتماعي.

- يتم التشخيص الطبي للإعاقة بناء على تقييم وملاحظة العلامات Symptoms وبناء على اختبارات تشخيصية طبية خاصة ومقاييس طبية معينة ومن الممكن أن يعتمد الطبيب على دليل تشخيصي معين في تشخيص الإعاقة أو الاضطراب، الذي يعاني منه الطفل وعلى سبيل المثال يعد الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder) DSM والذي تصدره الجمعية الأميركية للطب النفسي من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات.

- وفي المقابل يتم التشخيص التربوي اعتماداً على التقييم التربوي واعتماداً على ملاحظة جوانب وقدرات ومهارات مميزة عند الطفل. فعلى سبيل المثال يحدد المختص باللغة والكلام مهارات الطفل اللغوية والكلامية وقدرته على التواصل ونوع التواصل الذي يقوم به ويستخدم في هذا الإطار اختبارات لغوية خاصة، والمختص بالعلاج الطبيعي يحدد ويشخص الجانب الحركي عند الطفل.

ويعتمد على الملاحظة والمقاييس الخاصة بالتنظير الحركي وسائل أخرى في التشخيص بينما يقوم الأخصائي النفسي بتحديد قدرات الطفل العقلية والإدراكية ويستخدم في سبيل ذلك اختبارات الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي والمقاييس النمائية، وهناك أدوات خاصة بالأخصائي الاجتماعي أهمها المقابلة الشخصية، وبذلك نرى التنوع في المقاييس وأدوات التشخيص، في مجال التشخيص التربوي للإعاقة.

- التشخيص التربوي هدفه الأول تحديد مدى حاجة الطفل لخدمات التربية الخاصة ونوع ومدى هذه الخدمات والفترة الزمنية التي يجب أن تقدم بها هذه الخدمات وقد يكون هناك أهداف أخرى للتشخيص التربوي مثل الفرز والإحالة. بينما التشخيص الطبي يتم بهدف تحديد نوع ومسمى (Label) الاضطراب الذي يعاني منه الطفل ويتم كذلك بهدف تحديد نوع الخدمات الطبية المختلفة التي يحتاجها الطفل المعاق مثل الأدوية أو التدخل الجراحي.

- في التشخيص الطبي هناك كم كبير جداً من مسميات الاضطرابات المختلفة أو الإعاقات التي يعاني منها الطفل، فعلى سبيل المثال عند تشخيص المتلازمات الوراثية قد يجد الطبيب نفسه أمام أكثر من ثلاثة آلاف متلازمة وراثية وكل متلازمة لها صفات وسمات جسدية أو عقلية أو سلوكية خاصة بها، بينما في التشخيص التربوي هناك عدد محدد من المسميات التي يمكن إدراج فئات الإعاقات المختلفة، وتأخذ مثالا من إحدى الولايات المتحدة الأمريكية حيث أن هناك ثلاثة عشر من فئات الإعاقات والتي يمكن إدراج الطفل المعاق ضمنها وهذه الفئات هي:

التوحد - فقدان السمع والبصر - الاضطرابات الاتصالية - الإعاقات السمعية

والصمم - الإعاقة العقلية - الإعاقات المتعددة - الإعاقات الجسدية - الإعاقات
الآفوية والكلامية - إصابات الدماغ - الإعاقات البصرية - التأخر النمائي -
وامضطرابات أخرى. (Missouri State plan for Special Education).

وهي كثير من أنظمة التربية الخاصة في البلدان العربية هناك سبعة أو ثمانية فئات يتم
إدراج فئات الإعاقة المختلفة إليها وهي: الإعاقة العقلية - الإعاقة السمعية - الإعاقة
البصرية - إعاقات اللغة والتواصل - الإعاقة الحركية والجسدية - متعدد الإعاقات -
الإعاقات الانفعالية.

ولكن يتضح الفرق بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة تأخذ بعض الأمثلة:

مسمى «متلازمة اسبرجر **Asperger Syndrome**، أو التشخيص بهذه المتلازمة هو من
التشخيصات الطبية بينما يكون التشخيص التربوي لهذه المتلازمة هو اضطراب التوحد.
والتشخيص الطبي بوجود متلازمة «باتو **Patau Syndrome**، يقابله في التشخيص
التربوي إعاقه عقلية.

هل من الممكن أن يحدث تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي؟

من التادر جداً أن نجد اختلاف أو تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة
وذلك في حالة ما تم اتباع إجراءات التشخيص بدقة وبشكل كامل، إلا أنه يحدث بأن يكون
هناك تشخيص طبي لنوع محدد من الصعوبات أو الاضطرابات ولا يوجد تشخيص تربوي
لهذه الحالة بمعنى صعوبة إدراجه ضمن فئة من الفئات سابقة الذكر. في هذه الحالة
ينصب الاهتمام في المجال التربوي على تحديد مدى تأثير الصعوبات أو الاضطرابات التي
يعاني منها الطفل وقدرته على التعلم.



2

الإعاقة العقلية Mental Retardation

مقدمة

على الرغم من التقدم الهائل الذي حصل في مجال الإعاقة العقلية من حيث الأسباب وتحديد المفهوم والتعريف والتشخيص وجوانب التأهيل والتدريب والوقاية المختلفة، إلا أن الوصول إلى فهم مشترك حول معظم القضايا مازال في مراحله الأولية. فالمتبع لحركة تطور الإعاقة العقلية يلمس مدى التقدم العلمي الذي طرأ على هذه الظاهرة بشكل تمت فيه دراسة كافة جوانبها لغرض وضع إطار موحد للمفهوم.

أما في الوطن العربي، فإن واقع ومفهوم هذه الظاهرة مازال يكتنفه الكثير من الغموض وعدم الوعي وذلك على الرغم من بعض التقسيم الذي حدث في العقود القليلة الماضية وعلى الأخص في جانب الخدمات المقدمة لهذه الفئة من الأطفال.

وتقع ظاهرة التخلف العقلي ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة. ولهذا حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والنفسية وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية منها، وأفضل السبل لرعاية الأشخاص المعوقين عقليا. ولم يتوقف الأمر عند ذلك، فقد استدعى التوسع في الخدمات المقدمة للمعوقين عقليا وتنوع تلك الخدمات قيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من تلك الخدمات، وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة.

وبناء عليه فقد جعل هذا التطور قضية الإعاقة موضوعا اجتماعيا اهتم به المشرعون من باب اهتمامهم بوضع الأنظمة والقوانين المختلفة المتعلقة بالمعوقين عقليا وتنظيم الخدمات المقدمة لهم. كما اهتم بها أولياء الأمور الذين يهمهم أن يتلقى أطفالهم المعوقون الخدمات المناسبة.

تعريف الإعاقة العقلية

لقد مر تعريف الإعاقة العقلية بمراحل عديدة، وهو في حالة تطور مستمر، وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة. ويمكن تقسيم تعريف الإعاقة العقلية كالآتي:

التعريف الطبي Medical Definition

تعرف الإعاقة العقلية على أنها، إعاقة تحدث الإعاقة العقلية بسبب عدم اكتمال عمر الدماغ نتيجة لإصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو بعد الولادة.

التعريف السيكومتري Psychometric Definition

لقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (Q, I) كمعك في تعريف الإعاقة العقلية، حيث اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 معاقين عقلياً، على منحنى التوزيع الطبيعي.

التعريف الاجتماعي Social Definition

ركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسها، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه.

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

The American Association on Mental Retardaion(AAMR)

لقد نص تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية إلى مايلي:

(تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (+75 أو -5) يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل:

1- مهارات الحياة اليومية.

2- المهارات الاجتماعية.

3- المهارات اللغوية.

4- المهارات الأكاديمية الأساسية.

5- مهارات التعامل بالثقود.

6- مهارات السلامة.

التعريف الحديث للإعاقة العقلية

تمثل الإعاقة العقلية جانباً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر قبل سن (18) سنة، وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء، يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل: مهارات الاتصال اللغوي،

والعناية بالذات، والحياة اليومية، والاجتماعية، والتوجيه الذاتي، والخدمات الاجتماعية، والصحة والسلامة، والحياة الأكاديمية وأوقات الفراغ والعمل.

تعريف التأخر العقلي

التأخر العقلي تأخر في النمو الذهني لإنسان مقارنة بعمره. ولكن لا يمكن اعتبار الشخص المتأخر عقليا يعاني من بطء في القدرات العقلية فقط لكن لابد من أن نموه سيكون متأخرا أيضا وسيكتمل نموه بصفة متأخرة رغم إن هذا النمو سيقف عند مرحله معينة من مراحل نموه إلا إذا استفاد الشاب من تدخل ميكر وملائم يساعد على تخطي العراقيل ويعتبر التأخر العقلي مشكلة ذات طبيعة خاصة فهي مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد تتداخل بعضها مع بعض الأمر الذي يجعل المشكلة لا تتشابه مع أي مشكلة من مشاكل الإعاقات الأخرى.

مفهوم الإعاقة العقلية

استنتج مما سبق انه من السهوية بمكان الوصول إلى تعريف للتخلف العقلي يتصف بالدقة و الشمولية، ويلاقى قبول مختلف الفئات العلمية و المهنية ذات التخصصات المختلفة.. وقد يكون من المناسب استعراض أبرز التعريفات المختلفة للتخلف العقلي وسولا إلى التعريف الذي يعتبر أكثر قبولا من سواء...

يعتبر تعريف (دول) من أوائل التعريفات للتخلف العقلي التي يمكن أن توصف بالتعديد والوضوح ويتلخص تعريفه بأن الشخص المتخلف عقليا هو الذي يتصف بما يلي:

- 1- عدم الكفاية الاجتماعية.
- 2- تدني القدرة العقلية.
- 3- يظهر التخلف العقلي خلال فترة النمو.
- 4- ويستمر خلال مرحلة النضج.
- 5- يعود التخلف العقلي إلى عوامل تكوينية.
- 6- غير قابل للشفاء.. حيث نجد من تعريف (دول) انه يؤكد على مفهوم الكفاية الاجتماعية كأساس للحكم على الفرد على انه متخلف عقليا.

أما (هيبر) فقدم تعريفا حظي بقبول الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وينص هذا التعريف على أن:

إن التخلف العقلي يشير إلى انخفاض عام في الأداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحباً بحدود في السلوك التكيفي^٢. وكما هو واضح من هذا التعريف فإنه يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمعك أساسي للتخلف العقلي..

ومما لا شك فيه أن تلك التعريفات و غيرها ساهمت بشكل أو بآخر في إثراء البحث العلمي و زيادة إمكانية تحديد مفهوم التخلف العقلي و طبيعته.. إضافة إلى ذلك فإنها رغم تنوعها ساعدت في التوصل إلى التعريف الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذي يعتبر أكثر التعريفات قبولاً و شيوعاً بين معتقد الدارسين في هذا المجال..

وينص التعريف الذي اقترحه ((جروسمان))^٣ : إن التخلف العقلي يشير إلى حالة من الانخفاض الواضح في الوظائف العقلية العامة تظهر أثناء فترة النمو و ينتج عنها أو يصاحبها قصور في السلوك التكيفي.

نسبة الإصابة بالإعاقة العقلية

تشير الدراسات التي تمت في الثمانينيات أن نسبة المساويين بالإعاقة الذهنية في الولايات المتحدة تتراوح بين 2.5%-3% من إجمالي السكان. (The Arc, 1982).. وبذلك يكون معدل انتشار الإعاقة العقلية 10 أضعاف انتشار الشلل الدماغي. ولا ترتبط الإعاقة العقلية بعوامل عرقية، أو التية، أو تعليمية، أو اجتماعية، أو اقتصادية. حيث يمكن أن يحدث في أية عائلة.

المؤشرات الدالة على الإعاقة العقلية

- 1- انخفاض القدرة العقلية .
- 2- ضعف التوافق الاجتماعي في البيت والمدرسة وفي المجتمع.
- 3- تأخر للمهارات الحسية والحركية ومهارات الاتصال والاعتماد على النفس. ومهارات التشبث الاجتماعية. والتي تظهر في مرحلة المهد والطفولة المبكرة من خلال:
 - تأخر الكلام؛ لا يتقن الطفل بكلمة واحدة حتى بلوغه (سنة ونصف).
 - تأخر الارتقاء الحركي؛ إذ يوجد لدى البعض صعوبة في الجلوس بمفرده حتى سن سنتين.

أسباب الإعاقة العقلية Of Causes Retardaion Mental

إن معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف 25 ٪ من أسباب الإعاقة العقلية وأن 75 ٪ من هذه الأسباب هي غير معروفة حتى الآن.

وقد تعددت أسباب الإعاقة العقلية حتى صعب الفصل بينها، ويمكن تصنيفها إلى الآتي:

1- أسباب وراثية Hereditary

2- أسباب بيئية Environmental

قولا: الأسباب الوراثية. قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها الخصائص الجسمية والنفسية كالتطول والتمسر والنحافة والمسمنة ولون الجلد. وقد تحدث الإعاقة العقلية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم تؤدي بطورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي المخ، وقد يكون هذا الشذوذ في الكروموسومات أو في الجينات التي تحملها الكروموسومات، وبذلك فإن أي خطأ في الكروموسومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية (Biochemical) يسبب التلف في خلايا المخ أو الجهاز العصبي.

ومن هذه الأخطاء التي قد تحدث:

- 1- زيادة كروموسوم في الخلية.
- 2- غياب كروموسوم أو غياب جزء منه.
- 3- انتقال كروموسوم أو جزء منه إلى كروموسوم آخر ليمر نظيراً له، وتحدث هذه الحالة عادة في الكروموسوم رقم 15 الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى الكروموسوم رقم 21.

وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكروموسومات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية:

- 1- متلازمة داون (Down Syndrome)
- 2- متلازمة تيرنر (Turner's Syndrome)

3- متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter's Syndrome)

4- ثلاثي د (D Trisomy)

5- ثلاثي هـ (E Trisomy)

أما أمثلة شذوذ الجينات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية فتتضح فيما يلي:

1- مرض الفينيل

2- مرض الجلاكتوسيميا (Galactosemia)

3- مرض ناي ساك (Tay - Sachs disease)

4- اضطرابات الغدد الصماء

5- ضمور غدة التيمس (Thymus gland)

6- نقص في وظيفة الغدة الدرقية (Hypothyroidism)

7- التشوهات الخلقية (Congenital anomalies) مثل: صغر حجم الجمجمة

(Microcephaly) و الامتسقاء الدماغي (Hydrocephalus)

8- العامل الريزيمي (Rhesus factor)

تعريف متلازمة داوون - هو اضطراب في الكروموسومات ويتصل بالتخلف العقلي، وهذا الاضطراب غير معروف السبب فبدلاً من أن ينمو في الخلية 46 كروموسوماً يزيد عددها واحداً فقط ليصبح 47، وهذا الكروموسوم الزائد يغير كمية من وظائف الجسم والمخ الطبيعية. يتم تشخيص هذه الإعاقة بعد عمل اختبار الكروموسومات بعد الولادة بوقت قصير.

الإصابة بهذا المرض

أي أم أو أب معرضون أن يصاب طفلهم به، لكن تزداد مخاطر الإصابة به للسيدات التي تحمل فوق سن الخمسة والثلاثين عاماً، وكل عائلة يحدث الإصابة فيها مرة واحدة.

أعراض متلازمة داوون

توجد أكثر من 50 علامة لمتلازمة داوون، لكن من النادر تواجدها في شخص واحد، ومن أكثر هذه الأعراض شيوعاً:

- ضعف العضلات.
 - مرونة العضلات و المفاصل والقدرة على تحريكها في أي اتجاه.
 - رقبه قصيرة.
 - رأس صغيرة.
 - قدم عريضة مع قصر الأصابع.
 - بكاء قصير ونبيرة عالية عند الأطفال.
 - تجويف الفم صغيراً.
 - ميل زاوية العين مع وجود طيات للجلد كثيرة من الزاوية الداخلية لها.
 - صغر حجم الأذن.
 - يد عريضة قصيرة مع وجود خط للتجاعيد واحداً في الكف في يد واحدة أو في كلا اليدين.
- والشخص المصاب بمتلازمة داون صغير في الحجم عن أقرانه الذين لديهم نفس العمر والسن المتطابقين، كما أن نموهم الجسماني والعقلي أبطأ . على الرغم من أن الشكل الجسماني هو الشئ للميز للمصابين بهذه المتلازمة إلا أنه يظهر معه مشاكل صحية أخرى:
- انخفاض مقاومة الجهاز المناعي للإصابة بالعدوى وأكثرها الإصابة باضطرابات الجهاز التنفسي.
 - اضطرابات في الرؤية مثل الحول - طول النظر- قصر النظر.
 - السمع باختلاف درجاته.
 - صعوبة في الكلام.
 - حوالي 3/1 الأطفال المولودين بمتلازمة داون يعانون من عيوب خلقية بالقلب ويمكن علاجها.
 - والبهش الآخر يولد بعيوب خلقية في الجهاز الهضمي والأمعاء والتي لا يمكن علاجها.
 - وهناك حالة تسمى (Atlantoaxial instability)، ويكون فيها الذواء لأول فقرتين في الرقبة مما يجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة عند المشاركة في الأنشطة التي تتطلب إطالة الرقبة.

- الهداية تصبح سمة سائدة لهؤلاء الأطفال كلما كبروا في السن، كما أن الزيادة في الوزن تهدد صحة الشخص وحياته ومع إتياع نظام غذائي معين وممارسة النشاط الرياضي يؤدي إلى تضليل حجم المشكلة.

علاج متلازمة داون

بعد تشخيص الإعاقة لابد من التعامل معها بشكل فوري وسريع. وأكثر طرق العلاج فعالية هو تشجيع الطفل على إدراجه في برنامج للتطوير وتنمية قدراته العقلية والاجتماعية بمساعدة أفراد العائلة له.

الشلل الدماغي

الشلل الدماغي هو أحد حالات الإعاقة المتعددة التي تصاب فيها خلايا المخ بتلف وغالباً ما تتم الإصابة به أثناء فترة الحمل أي للجنين أو بعد الولادة مباشرة، وتفسير الاضطراب يتضح من مسماه:

فالشلل اضطراب يتصل بعدم القدرة على الحركة والدماغ هنا تشبه إلى المخ مجازاً، ولا نستطيع أن نطلق على الشلل الدماغي أنه مرض بكل ما في الكلمة من معنى لأنه غير قابل للعلاج.. لكن هناك حالات معتدلة فيه وأخرى حادة ومع ذلك فالشخص الذي يعاني منه يستطيع أن يحيا حياة طبيعية ومنتجة بتثني وسائل تعليمية خاصة.

أسباب الشلل الدماغي

- إصابة المرأة الحامل بعدوى خلال فترة الحمل.
- الولادة المبكرة.
- نقص وصول الأكسجين للطفل.
- أو قد تحدث بعد الولادة نتيجة للتعرض لحادث.
- التسمم بالرصاص.
- العدوى الفيروسية.
- إساءة التعامل مع الطفل.
- وغيرها من العوامل الأخرى.

وأكثر الأسباب شيوعاً في هذه القائمة المذكورة عدم وصول الأكسجين أو الدم للجنين أو المولود حديثاً بشكل كافٍ، وقد يحدث ذلك بسبب انفصال المشيمة في شهر التوقيت المحدد لها، استغراق الولادة لوقت طويل من الزمن أو تلك المسجائية، التدخل في الحبل السري، عدم الرعاية في توليد المولود.

أما عن الأسباب الأخرى تتصل بالولادة المبكرة، عامل الوراثة، عدم توافق فصائلي الدم للأبوين، إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو أي مرض فيروسي في بداية الحمل، أو الكائنات الحية الدقيقة التي تهاجم الجهاز العصبي المركزي للطفل المولود حديثاً. وانفتاق الأم الحامل لتلقي الرعاية والعتاية أثناء فترة حملها قد تكون عاملاً هاماً يضاف إلى قائمة الأسباب. وأقل هذه الأسباب إصابات الشلل الدماغية المكتسبة بعد ولادة الطفل من إصابات الرأس التي تكون بسبب حوادث السيارات والوقوع وسوء معاملة الطفل.

أنواع الشلل الدماغية

توجد ثلاثة أنواع رئيسية،

- 1- شللي (Spastic) الذي تكون الحركة فيه صعبة.
 - 2- رعاش (Athetoid) لا يتم التحكم في الحركات التي يمارسها الشخص.
 - 3- لاإتزان (Ataxic) يجمع بين الاضطراب في التوازن والإدراك العميق.
- وقد يجتمع أكثر من نوع لشخص واحد، وهناك أنواع أخرى لكنها نادرة الوجود.

أعراض الشلل الدماغية

تعتمد أعراض الشلل الدماغية على الجزء التالف بخلايا المخ ومدى تأثر الجهاز العصبي المركزي، ومهما كان مدى هذا التأثير فلا يستطيع الشخص التحكم كلية في تصرفاته وتوازنه.. وأعراضه هي:

- 1- تشنجات.
- 2- حركات لا إرادية.
- 3- إدراك وإحساس غير طبيعيين.
- 4- ضعف الرؤية والكلام والسمع.
- 5- تخلف عقلي.
- 6- اضطراب في السلوك والحركة.

علاج الشلل الدماغي

التدخل المبكر لن يعالجه ولكن ينحكم في الحالة ويمنع تدهورها بشكل سريع ويكون ذلك بانتداب المختصين، التالية:

- علاج التخاطب.
- علاج مهني.
- تأهيل جسدي.
- المساعدة النفسية من جانب الأهل والأصدقاء.
- وأهم علاج في ذلك كله هي إعطاء استقلالية لهؤلاء الأطفال في الحياة مع المراقبة غير المباشرة لهم.

متلازمة أسبرجر

ينسب هذا المرض إلي الطبيب الألماني 'هانز أسبرجر' في عام 1944، أي العام الذي تلا إصدار أول بحث عن التوحد كتبه العالم 'لويكانر'.

وقام الطبيب اسبرجر بالإشارة إلي الأعراض التي يعاني منها الأشخاص المصابون بهذا العرض والتي تنصب بشكل أساسي علي السلوك الفصط، وقد بري البعض أنه هو نفسه إعاقه التوحد لكن بدون اجتماع كافة الأعراض مع بعضها، أي أنه عند غياب أحد الأعراض أو أكثر من واحد تأخذ إعاقه التوحد المسمن الأخر لها ألا وهو متلازمة أسبرجر، وذلك علي حد سواء بالنسبة للكبار والصغار، ويوجد القليل من الأشخاص المصابين بمرض أسبرجر، يظهرون تقدما ونجاحاً كبيرين في مجال حياتهم ويتمون بالصفات الآتية:

- 1- الذكاء.
- 2- تحابة الأطوار.
- 3- شروود الذهن.
- 4- عدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- 5- بعض الضعف الجسدي في الجسم.

العلامات العامة لمعاقى آسيرجر

- اللغة قبل سن الأربع سنوات

لا توجد مشاكل في الحديث واكتساب الكلمات اللغوية ويكون الطفل جيد جداً.

- التعامل والاتصال بالآخرين:

تأثر القدرة الاستيعابية اللغوية إلى حد كبير فتتقدم ببطء أو لا تتقدم إطلاقاً. استخدام كلمات بدون ربطها بالمعنى الأصلي لها، ويكثر استخدام الإيماءات بدلاً من الكلمات، القدرة على الانتباه لفترات قصيرة.

- التفاعل الاجتماعي

يقضى الشخص المصاب بالتوحد معظم الوقت بمفرده أكثر من فضائه مع الآخرين، كما لا يكون لديه الدافع في تكوين الأصدقاء، ويتصف بأنه أقل استجابة لوسائل الاتصال الاجتماعي مثل الاتصال العيني أو الضحك.

- خلل في الحواس

ردود فعل غير طبيعية للإحساس الجسدي مثل الحساسية المفرطة إذا لامس المعلق أي شيء أو العكس مع عدم الإحساس بالألم. كما أن جميع الحواس الأخرى من الرؤية، السمع، اللمس، الألم، الشم، التذوق، تكون بالإيجابية أو السلبية المفرطة.

- اللعب

الافتقار إلى اللعب التلقائي أو التعللي عنه كلية، كما أنه لا يقد الطفل أعمال أمثاله من الأطفال الآخرين وهو الوضيع الطبيعي في مثل هذه السن، كما أنه لا يبادر باللعب مع الآخرين.

السلوك

من الممكن أن يكون نشاطه مفرط أو زائد عن الحد، أو سلبي إلى حد كبير. يتناوب حالات من الغضب بدون أي سبب واضح. تجده دائم اللجوء إلى عنصر واحد بعينه أو فكرة أو شخص، يمزج الوعي الحسي وقد يبدى سلوك عدواني أو عنيف يصل إلى حد إيذاء النفس بالجروح.

متلازمة وليمز

تنتج عن خلل في سابع زوج من الصبغيات، وتتميز بكبر الأذنين وقصر القامة وتراوح نسبة الذكاء فيها 40-60 ومن الممكن أن يكون أعلى في حالات نادرة، ويواجهون صعوبة في القراءة والكتابة والحساب، ويشهزون بالقدرة على التعبير الشفهي وسرد القصص، وسحباً فإن البعض منهم يواجه مشاكل في القلب.

متلازمة كليفتنر

تنتج عن وجود X إضافي عند الذكور ويؤثر في تطوّرهم الذهني بدرجة خفيفة وبعض الصعوبات في التعلم.

متلازمة براد ولي

تنتج عن خلل جيني موروث من الأب في الأزواج 15 من الصبغيات وتؤدي إلى إعاقة عقلية بسيطة وصعوبات في النوم وكثرة الأكل لدرجة السمنة المفرطة.

متلازمة X الهشة

خلل في الزوج 23 وتكون بنسبة أكثر عند الذكور من الإناث وينتج عن هذه المتلازمة رأس كبير، ووجه طويل، إذن عريضة وكبيرة، أنف عريض، ويدان كبيرتان.

وغالباً يصاحبها إعاقة عقلية متوسطة، إلا في حالات نادرة عند الإناث تكون إعاقة عقلية بسيطة أو نكاه عادي.

ثانياً: الأسباب البيئية (Environmental)

يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي كما تؤثر على أنسجة مخه والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية.

وتتضمن الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام:

1- أسباب قبل الولادة (Prenatal)

2- أسباب أثناء الولادة (Natal)

3- أسباب بعد الولادة (Post natal)

الأسباب قبل الولادة (Prenatal)

- 1- الالتهابات الفيروسية والبكتيرية مثل (الجنري) والتهاب الكبد الوبائي والحمية الألمانية والزهري
- 2- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.
- 3- استخدام الأدوية والعقاقير الطبيعية أثناء فترة الحمل.
- 4- إدمان المخدرات والكحوليات والتدخين.
- 5- سوء تغذية الأم الحامل.
- 6- صغر سن الأم وكبر سن الأم.

أسباب أثناء الولادة

- 1- إطالة فترة الولادة أو ضعف مساحة الأم أو كبر حجم الجنين أو تضخم رأس الجنين أو نتيجة وضع الجنين في الرحم بطريقة غير طبيعية.
- 2- الوضع غير الطبيعي للمشيمة.
- 3- استخدام جنفت الولادة (Delivery forceps)
- 4- اندجار الجيب الأمامي مبكراً يؤدي إلى ما يسمى بالولادة الجافة..
- 5- الولادة السريعة والتي بها مطلق سريع.

أسباب بعد الولادة (Post natal)

- 1- التهاب أغشية المخ السحائية.
- 2- التهاب أنسجة المخ.
- 3- شلل المخ.
- 4- إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من مرتفعات أو الاصطدام بجسم صلب.
- 5- انخفاض في أداء الغدة الدرقية.
- 6- نقص أو سوء التغذية.
- 7- أسباب اجتماعية.
- 8- أسباب مرضية.

كيف تؤثر الإعاقة العقلية في الأشخاص؟

تختلف تأثيرات الإعاقة العقلية على الأشخاص المصابين بها... حيث تبلغ نسبة المتأثرين بدرجة خفيفة 87%، حيث سيظهرون بظناً بسيطاً عند تعلم مهارات ومعلومات جديدة، وفي مرحلة الطفولة المبكرة، لا تظهر الإعاقة العقلية عند هؤلاء بشكل واضح، وقد لا يتم التعرف عليها حتى يدخلوا المدرسة، وكأشخاص بالغين، قد يصبح هؤلاء قادرين على العيش بطريقة مستقلة في مجتمعه، وإن يُنظر إليهم كأشخاص ذوي إعاقة عقلية.

أما الـ13% المتبقية من الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية، وهم الذين يبلغ معدل الذكاء لديهم أقل من 50 فإنهم سيواجهون تحديات وصعوبات كبيرة، ولكن مع استخدام التدخل المبكر، والتعليم الذي يركز على للمهارات الوظيفية العملية، ومع تقديم الدعم لهم عند الكبر، سيتمكنون من العيش بصورة مرضية في مجتمعاتهم.

تشخيص الإعاقة العقلية

تكون عملية تشخيص وتحديد الإعاقة الذهنية حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية من ثلاث خطوات، كما تشتمل على وصف لأنظمة الدعم التي يحتاجها الشخص من أجل التغلب على مشكلات مهارات التأقلم.

1- الخطوة الأولى من خطوات التشخيص هي أن يقوم شخص مؤهل بعمل اختبار أو أكثر من اختبارات الذكاء القياسية، وكذلك يتم اختبار مهارات التأقلم باستخدام أحد الاختبارات القياسية.

2- الخطوة الثاني تشتمل القيام بوصف مواطن القوة والضعف في الشخص من ناحية الأمور الأربعة التالية:

أ. مهارات الذكاء، ومهارات التأقلم.

ب. الاعتبارات النفسية/والعاطفية.

ج. الاعتبارات البدنية/الصحية/والمترتبة بأسباب الإعاقة.

د. الاعتبارات المترتبة بالبيئة المحيطة.

ويمكن تحديد نقاط القوة والضعف من خلال الاختبارات الرسمية، والملاحظة، ومقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص المهمين في حياة الطفل (المدرسين مثلاً)، ومقابلة الطفل والتحدث إليه، مشاركته في أنشطته اليومية، أو من خلال اللزج بين هذه الطرق جميعاً.

3- أما الخطوة الثالثة فتتطلب وجود طريق عمل من عدة تخصصات لتحديد ماهية الدعم المطلوب في المجالات الأربع المذكورة أعلاه، حيث يتم تحديد كل دعم مطلوب ودرجة هذا الدعم؛ إما بصورة متقطعة، أو محدودة، أو طويلة، أو بصورة دائمة ومتقطعة.

فالدعم المتقطع هو عبارة عن دعم كلما اقتضت الحاجة، مثل الدعم المطلوب من أجل أن يجد الشخص المعاق عمل جديد في حالة فقدان عمله السابق. وقد تكون هناك حاجة إلى الدعم المتقطع من فترة إلى أخرى، وعلى مدى فترات مختلفة من حياة الشخص، ولكن ليس على أساس يومي مستمر.

أما الدعم المحدود فقد يكون لفترة زمنية معينة مثل أن يكون أثناء الانتقال من الدراسة إلى العمل أو أثناء التدريب استعداداً للعمل. ويكون هذا الدعم مرتبطاً بفترة زمنية محددة وكافية لتوفير الدعم المناسب للشخص.

أما الدعم طويل المدى في ناحية من نواحي الحياة فهو عبارة عن مساعدة يحتاجها الشخص بشكل يومي وغير مرتبطة بوقت محدد. وقد يشمل ذلك مساعده في المنزل/ أو العمل. وصاندة لا يكون والدعم المتقطع، أو المحدود، أو طويل المدى في كل نواحي الحياة اليومية للشخص ذي الإعاقة الذهنية.

أما الدعم المنتشر فهبطرة عن دعم دائم وفي مجالات متعددة وبيئات مختلفة، وقد يشمل إجراءات متعلقة بتسيير الحياة اليومية لهذا الشخص. ويحتاج الشخص الذي يقع تحت هذه الفئة من الدعم إلى المساعدة بشكل يومي وفي جميع مجالات الحياة.

تصنيف الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة العقلية إلى عدة تصنيفات مثل:

التصنيف الطبي (Classification Medical)

التصنيف التربوي (Educational Classification)

تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD Classification)

أولاً: التصنيف الطبي (Medical Classification)

يقوم التصنيف الطبي على أساس تصنيف حالات الإعاقة العقلية وفقاً لأسبابها وخصائصها الإكلينيكية المميزة.

ويتضمن هذا التصنيف مصميات مثل:

- 1- متلازمة داون (Down Syndrome)
- 2- الاستسقاء الدماغى (Hydrocephalus)
- 3- صغر حجم الدماغ (Microcephaly)
- 4- كبر حجم الدماغ (Macrocephaly)
- 5- الفينول كيتون يوريا (Phenyl keton area)
- 6- القمامة أو القصاع (Crittinism)

ثانياً: التصنيف التربوي (Educational Classification)

يهدف التصنيف التربوي إلى وضع الأفراد المعاقين عقلياً في فئات تبعاً للقدره على التعلم، وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية اللازمة لهؤلاء الأفراد.

ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات هي:

- 1- فئة القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded)
- 2- فئة القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded)
- 3- فئة الاعتماديون (Severly and profoundly Handicapped)

ثالثاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD Classification)

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال.

ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الفئات التالية:

- 1- الإعاقة العقلية البسيطة (Retardation Mild)
- 2- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)
- 3- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)
- 4- الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Retardation)

وفي عام 1992 اختلقت طريقة تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فصارت تشمل:

مستويات تحدد مدى الدعم المختص الذي يحتاج إليه الطفل.

وتنقسم المستويات إلى التالي:

- 1- الدعم المتقطع: وهو الدعم أو التدخل عند الحاجة فقط.
- 2- الدعم المحدود: وهو الدعم المحدود لفترة زمنية محددة.
- 3- الدعم الواسع: وهو الدعم لتنظيم في البيت أو المدرسة أو العمل.
- 4- الدعم المنتشر: وهو الدعم العام في جميع الظروف.

وبدلاً من تسمية الطفل المعاق إعاقة عقلية شديدة أصبح يعرف بأنه الطفل الذي يحتاج إلى دعم يتضمن الاعتماد على النفس.

تصنيفات الإعاقة العقلية (التخلف العقلي) حسب درجات اختبار الذكاء العالمي

تصنيفات الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

- 1- فئة الذكاء الحدّي (البيني) وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 70 - 80 وهي الفئة الواقعة ما بين فئة التخلف العقلي والذكاء العادي ولهذا سميت بفئة الذكاء البيني أصحاب هذه الفئة يتعلمون تعلم المهارات التعليمية الأساسية كالقراءة الكتابة والحساب بما يتناسب مع درجة ذكائهم وقد يجتازون المناهج الدراسية العادية ولكن بصعوبة. كما أنه يصعب تحديد أصحاب هذه الفئة من قبل الناس العاديين غير المتخصصين.
- 2- فئة التخلف العقلي البسيط وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 55 - 70 وهم من يستلمعون تعلم بعض المهارات التعليمية الأساسية ويجب أن تكون مناهجهم الدراسية بسيطة ومعدة خصيصاً لهم ليستطيعوا تعلم العمليات الحسابية والقراءة والكتابة بما يناسب مع درجة ذكائهم.
- 3- فئة التخلف العقلي المتوسط: وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 40 - 55 وأصحاب هذه الفئة يعتبرون غير قادرين على تعلم المهارات التعليمية ولكن يمكن تدريبهم وتأهيلهم على القيام ببعض المهارات الحياتية والمهنية البسيطة.

4- فئة التخلف العقلي الشديد: وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 25 - 40 ويطلق عليهم الأشخاص الاعتماديين أي يعتمدون على الآخرين في شؤونهم الحياتية اليومية لعدم قدرتهم على تعلم المهارات اليومية فهذه الفئة غير قابلة للتعليم ولا للتأهيل فهم بحاجة إلى رعاية ومتابعة مستمرة.

5- التخلف العقلي الشديد جداً (الحد): وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء أقل من 25 درجة وهذه الفئة تعتبر اشد درجات الإعاقة العقلية وهي غير قادرة على التعليم ولا التدريب ولا التأهيل بسبب إعاقاتهم الشديدة واعتمادهم على الآخرين في جميع شؤونهم الخاصة والعامة وغير متركين لمكانن الخصر وغير متركين للزمان والمكان والأشخاص فهي بحاجة إلى رعاية واهتمام بالغ وبصفة دائمة.

أنواع الإعاقة العقلية

المنغولية Mangolism

تسمى هذه الحالة باسم عررض داون نسبة للطبيب الإنجليزي John Down في عام 1866 حيث قدم محاضرة طبية حول المنغولية كنوع من أنواع الإعاقات العقلية حيث لاقى ترحيباً بالمتعلمين بالإعاقة العقلية، وتبلغ نسبة المنغولية من الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة 10% ويمكن التعرف عليها قبل عملية الولادة أو أشكلها وترتبط هذه الحالة بعمر الأم خاصة بعد سن ال (30) سنة.

وترجع أسبابها إلى اضطراب في الكروموسوم رقم 21 حيث تظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين وبذلك يصبح عدد كروموسومات الجنين المنغولي (47) كروموسوماً بدلاً من (46) كروموسوم للجنين العادي. ويمكن تصنيف هؤلاء الأطفال من الإعاقة العقلية المتوسطة أو البسيطة، وما يعيز خصائصهم الجسمية هي الوجه المسطح وصغر حجم الأنف المائل قليلاً والعيون الممتدة الضيقة باتجاه عرضي وكبير حجم الأذنين وظهور اللسان خارج الفم واضطرابات الأسنان وقصر الأصابع والأيدي والرقبة.

حالات اضطراب التمثيل الغذائي Pyenylketonuria, PUK

يعود اكتشاف هذا الاضطراب كإعاقة للعالم للترويجي هولنج عام 1934 حيث لاحظ أثناء فحصه الروتيني لبول أحد الأطفال تحوله للون الأخضر من اللون الأحمر البني وذلك عند إضافة حامض الفينريك مما جعله سبباً من أسباب الإعاقة العقلية وهو اضطراب

التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين. وسببه هو نقص كفاءة الكبد في إفراز الإنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين وسوء هضمه بالطريقة المناسبة مما يجعله يظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ مما يؤدي إلى اضطراب الخلايا العصبية للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية.

وبالنسبة إلى نسبة ذكائهم فتكون حوالي 50 درج أو أقل ومن أهم خصائصه الملوكة الاضطرابات والعنف والعصبية وانفسامية وأهم خصائصه الجسمية الجلد الناعم وفي بعض الحالات يبدو حجم الرأس صغير. أما علاجه فإذا تم اكتشافه مبكراً فيكون ممكناً خاصة في الأسابيع الأولى من الولادة من خلال اختبارات حمض الفيريك واختبار غثري.

القمامة Cretinism

تعتبر من مظاهر الإعاقة العقلية وهي قصر القامة (الأقزام) متوارثة بمن في مثل عمرهم ويرجع السبب في ذلك إلى نقص إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية ومن أهم الخصائص المميزة لهذا الشخص جفاف الجلد والشعر وانفلاخ البطن والتخلف العقلي.

صغر حجم الدماغ Microcephaly

تبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة والذي يكون واضحاً منذ لحظة الميلاد وتظهر في صعوبة التآزر البصري والحركي خاصة المهارات الحركية الدقيقة بمعنى رمي لعبة أملم العنفل وتقيس مدى قدرته على الوصول إليها والإمساك بها. والأدوية أثناء الحمل وتعرض الأم الحامل للإشعاع. هذه الفئة من نوى الإعاقات العقلية المتوسطة والبسيطة يكون سببها هو تناول الأم العقاقير.

كبير حجم الدماغ Macrocephaly

وتظهر هذه الحالة في كبير حجم محيط الجمجمة وتتراوح القدرة العقلية لهم ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة الشديدة وتظهر منذ الولادة وترجع إلى العوامل الوراثية.

حالة امتسقاء الدماغ Hydrocephaly

تبدو مظهر هذه الحالة من خلال كبير حجم الدماغ متوارثة بمن هم في مثل سنهم حيث يصاحب هذه الحالة وجود سائل التخاق الشوكي داخل أو خارج الدماغ وتعتمد درجة

الإعاقة هي هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف فيه الحالة وعلاجها ويتم التخلص من المسائل الزائدة بعملية جراحية وتكون إما بسبب وراثي أو مرضي.

تشخيص الإعاقة العقلية

إن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة وهي الوقت المناسب لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية:

أولاً، البعد العلمي. ويتضمن: التاريخ الوراثي، المظهر الجسمي والحركي، العوامل المسببة، التصوصات المخبرية، حيث يتم الفحص الطبي لتنمو الجسمي والحالة الصحية العامة وكذلك معرفة تاريخ الحالة الوراثية وأسباب الحالة وطروف الحمل ومشكلاته وعملية الولادة وفحص الحواس وإجراء التحاليل الطبية المعملية أو المخبرية اللازمة حسب كل حالة وفحص لوظائف الغدد والكروموسومات وإجراء رسم المخ) وفحص القدرة الحركية للمثل والقدرة على التوازن الحركي والتأزر الحسي الحركي وغيرها من الفحوصات الضرورية لذلك.

ثانياً، البعد النفسي السيكومتري. وتعني به إجراء الفحوص السيكولوجية (التسمية) اللازمة لتحديد القدرة العقلية للطفل ونسبة الذكاء وتقاس هذه القدرة عن طريق مقاييس واختبارات الذكاء ويحصل المعوق عقلياً دائماً على درجة أقل من المتوسط في أدائه على أكثر من اختبار أو مقياس والتي يهد أكثرها شيوعاً مقياس انتضج الاجتماعي (فايلاند) والذي يقيس ذكاء الاجتماعي، مقياس - ستانفورد - بينية ومقياس وكملر لذكاء الأطفال والذي يحتوي على قسمين لفظي وعملي بجانب بعض الاختبارات الأدائية مثل: (اختبار المتاهات) "تور تيوس" ولوحة الأشكال كسيجان" ورسم الرجل "جودانف" وغيرها.. فهي تكون ملائمة ويحصل الشخص المعوق عقلياً على أدائه تلك الاختبارات على نسبة ذكاء أقل من (70 - 75) ويحصل الشخص العادي في المتوسط على 100 درجة في أي مقياس أو اختبار وهو متوسط نسب الذكاء لدى الأشخاص العاديين.

ولاشك فيما يلاحظه الناحين (الأخصائي النفسي) على الشخص المعوق عقلياً من سلوك عام وبيدائي وقدراته على التعبير محدودة ومحصولة اللغوي متأخر غير واضح وشخصيته غير واضحة وغير متوافق انفعالياً ناتج عن وجود تلف بالمخ وجميع تلك الصفات قد تستدل من خلال للمقياس والاختبارات النفسية والشخصية الأنفة الذكر ويعتمد التشخيص النفسي لأي حالة على أكبر قدر من المعلومات المتعلقة بجوانب متعددة

بشخصية المفحوص ويعتبر الفحص النفسي أهم إجراء في حياة الطفل المتعلق عموماً لأنه الأداة التي من خلالها تعرف مستوى تعاقب الطفل سواء تعاقب عقلي بسيط أو تعاقب عقلي متوسط أو تعاقب عقلي شديد. وذلك ليسهل علينا وضعه في المكان المخصص له. مع مراعاة قدراته واستعداداته وتقديم البرامج المناسبة له.

ويمكن أن نزيد نسبة الذكاء للطفل المتخلف عقلياً إلى مستوى أفضل. وذلك عند تلقينه البرامج المناسبة له ويعتمد على استجابته للبرنامج المناسب له. وبذلك نكون قد حققنا له قدر من زيادة في نسبة ذكائه مما يجعله مندمج مع البيئة الخارجية لكي يتعلم بعض السلوكيات التي قد تنمي لديه التوضيح الاجتماعي، لذا فالتشخيص النفسي يحدد للطفل المتخلف نسبة ذكائه لتسنيفه في المكان المخصص له.

ثالثاً: البعد الاجتماعي. ويقاس بمقاييس منها مقاييس السلوك التكيفي مثل مقياس الجمعية الأمريكية (ABS AAMR). ويتضمن تحديد التفاعل الاجتماعي ومدى التعاون ومدى اعتماد على الآخرين وتحمل المسؤولية، ومعرفة التاريخ الأسري للعائق والبيئة التي يعيش بها ومدى تقبله للأسرة وانسجامه معها، وطرق تعامل الأسرة معه. وعلاقته بأخوته.

وابعاً: البعد التربوي. ويتمثل في استخدام مقياس التحصيل التربوي مثل مقاييس المهارات اللغوية، العددية، الضربية، الكتابة. وهو تقرير يتضمن مدى قدرة الطفل على التعلم ويتضح ذلك من خلال الاستعدادات والقدرات الأكاديمية والاستفادة من الخبرات السابقة وقدرة الطفل على الحفظ والتذكر والانتباه والتفكير ومدى نموه في اللغة كالتعبير اللفظي والحصيل اللغوية ومن مؤشرات التخلف العقلي (المشل الدراسي) و(تكرار الرموسوب) في معظم للبررات الدراسية أو عدم تخلي الصفوف وخصوصاً صفوف المرحلة الابتدائية الأولية. إضافة إلى ما يعانيه من اضطرابات في العلاقات مع زملائه والامبالاة بعمله وإهمال ممتلكاته المدرسية والعبث بممتلكات الآخرين وينتابه هرج في الحركة ويواجه المتعلق عقلياً صعوبة عند الاستقبال. وهناك بعض المقاييس التي تساهم في التشخيص لمعرفة مدى استعداداته وقدراته.

أنواع اختبارات ومقاييس الذكاء العالمية والتي تستخدم في تشخيص الإعاقة العقلية

هناك نوعين مهمين من اختبارات الذكاء لأنها أكثر الاختبارات شيوعاً واستخداماً:

1- مقياس ستانفورد بينيه: ظهر هذا الاختبار في سنة 1905م على يد (بينيه وسيمون) في فرنسا ويتكون هذا الاختبار من (30) فقرة متدرجة في الصعوبة ويطبق على الأطفال ويستغرق تطبيقه من 30 إلى 90 دقيقة وتصحيحه من 30 إلى 45 دقيقة ويعتبر أكثر الاختبارات شيوعاً وأسهلها ويتمتع بصدق وثبات مقبول وقد تم تعريبه إلى العربية واستخدم في بعض الدول العربية مثل الأردن والمملكة العربية السعودية ومصر. ولا يختلف كثيراً في درجته عن درجات الجمعية الأمريكية لاختبارات الذكاء.

2- مقياس وكسلر: نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى اختبار (بينيه) فقد قام (وكسلر) بوضع ثلاثة اختبارات للذكاء قدمها لثلاث فئات عمرية وهي:

أ. اختبار وكسلر للكبار من سن 16 سنة فما فوق.

ب. اختبار وكسلر للأطفال من سن 6 - 17 سنة.

ج. اختبار وكسلر للأطفال مرحلة ما قبل المدرسة من سن 4 - 6 سنوات. ويستغرق تطبيقه من 50 - 75 دقيقة وتصحيحه من 30 - 40 دقيقة. وهو أيضاً لا يختلف كثيراً عن تصنيفات درجات الجمعية الأمريكية واختبار بينيه للذكاء.

أنواع الاختبارات والمقاييس الاجتماعية لقياس البعد الاجتماعي

- 1- مقياس الملوك التنكسي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: ويهتم بالأبعاد التالية (مراحل النمو الجسمي وتطوره، ونمو اللغة، والقدرة على تحمل المسؤولية، ومهارات العمل، والأنشطة المهنية والاقتصادية والمنزلية، والبيئة التربوية، والتوجه الذاتي).
- 2- مقياس (فيلاند) للنضج الاجتماعي: ويشمل هذا المقياس (117) فقرة تقيس أوجه جوانب والمهارات الحياتية اليومية مثل (العناية بالنفس، وارتداء الملابس، العناية بالماك، والانضال الاجتماعي، وتوجيه النفس، والنضج الاجتماعي، والتفصيل في البيئة، والمهنة).

مشكلات تشخيص الإعاقة العقلية

تعد عملية التشخيص حجر الزاوية في بناء البرامج والتدخلات العلاجية والتهابلية للمعاقين عقلياً، فهي الأساس الذي من خلاله نستطيع أن نفهم وننتبه بمآل الحالة ومدى استفادتها بما سبق لها، ولا توجد طريقة مباشرة نستطيع من خلالها تشخيص الإعاقة العقلية فالحالات تختلف فيما بينها وتباين في خصائصها.

وفي عملية تشخيص الإعاقة العقلية هناك معايير نلتزم بها وقد وردت في التعريف الذي أقرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام 1990م وهذه المعايير هي:

1- انخفاض دال عن المتوسط، في وظائف القدرات المعرفية ونسبة عن طريق استخدام مقياس ذكاء مقنن فإذا حصل الفرد على درجة أقل من المتوسط، يعقد انحرافتين معياريين فإننا نتوقع أن نكون أمام حالة إعاقة عقلية.

2- قصور في المهارات التكيفية (الاتصال، الرعاية الذاتية، المهارات الاجتماعية، الوظائف المتضمنة في الأعمال الأكاديمية، المهارات العملية، قضاء وقت الفراغ، الإفادة من خدمات المجتمع، التوجيه الذاتي، العمل والاهتمام المستقلة) وهذا القصور يتعين علينا توثيقه في سباق البيانات المجتمعية العادية التي يعيشها أفراد الفرد من نفس فئته العمرية.

3- أن يبدأ قبل سن 18 سنة. ومن هنا يتضح حتمية الجمع في تقييم الإعاقة بين القدرات المعرفية والمهارات التكيفية، فمن الخطأ الفادح قصر التقييم على جانب واحد فقط من الجانبين (القدرات المعرفية والمهارات، التكيفية) وهو ما يقع فيه كثير من الأخصائيين عند التشخيص.

إن مشكلة تشخيص الإعاقة العقلية تكمن في اعتقاد البعض أن هذه العملية ليست إلا استخدام اختبار ذكاء مقنن يناسب المفهوم من حيث العمر الزمني وهنا تقع المشكلة لأسباب كثيرة منها:

- إن الإعاقة العقلية متعددة الأبعاد فهي متداخلة ومتشابكة وليس هناك حدود فاصلة نستطيع من خلالها الفصل بين تلك الجوانب، فكل حالة من حالات الإعاقة العقلية تختلف في مدى خصائصها عن الحالة الأخرى، وبعد قياس القدرات المعرفية هنا هو بعدا واحدا من مجموع الأبعاد الأخرى ومن خلال عملية القياس لا يمكن الرجوع إلى العوامل التي قد تكون أثرت بالنمل في هذا القياس.

- من الممكن أن تكون القدرة العقلية الكامنة أعلى من القدرة العقلية الظاهرة والتي ظهرت من خلال موقف الاختبار وهذا راجع إلى القصور الحركي أو الانفعالي أو الحسي أو الإدراكي لدى المعاق عقليا ويمثل هذا قصور في عملية التشخيص ولا يمكن الاعتماد عليه.

فسر التشخيص على جانب واحد فقط، المعرفي أو التكيفي، فالسلوك التكيفي يعني ما يفعله الشخص عادة، بينما تعني القدرة المعرفية ما يمكن للفرد أن يفعله، ومعرفة مستوى المعطل في كل من الجانبين هو أمر ضروري وهام لوضع برنامج ملائم لمستوى قدراته المعرفية وسلوكه التكيفي للارتقاء بها.

إذا عملية التشخيص لا تنتهي بالتحديد الكمي أو الوصفي لسلوك المفضوح بل لا بد من استخدام تلك البيانات وتوظيفها للتعرف على حالة المفضوح وتحديد البرنامج الذي يناسبها ومراعاة إمكاناتها المختلفة.

لقد استغلبت الوقاية من الإعاقة العقلية والوقاية منها استقطاب العالم أجمع، هي الأونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود، ومن المؤكد أن مشكلة يعاني منها نسبة كبيرة من الناس في شتى أنحاء العالم، لا بد وأن توضع في قائمة الأولويات بين المسائل التي تستوجب المجابهة الإيجابية والفعالة التي تتطلب تكاتف الجهود المحلية والعالمية لمواجهتها بشكل علمي جاد، ولذلك تضاعفت جهود كل الأمباء والمنحصرين لوضع البرامج الوقائية للحد من حدوثها.

خصائص الإعاقة العقلية

يتشابه المعاقون عقلياً في سمة واحدة وهي الإعاقة ويختلفون في كافة المظاهر. يمكن حصر خصائص المعاقين عقلياً العامة في خمسة جوانب هي كما يلي:

الخصائص العامة

من الصعوبة التوصل إلى تعميم يتصف بالدقة فهما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقلياً..

سنحاول هنا إبراز أهم الخصائص وأكثرها عمومية في كل جانب من جوانب النمو، مع التنويه إلى أن هذه الخصائص مشتركة في طبيعتها بين انتمائية المعطل من المعوقين عقلياً لكنها تختلف في درجتها بين معوق و آخر تبعاً لعوامل متعددة، أبرزها:

1- درجة الإعاقة.

2- المرحلة العمرية.

3- نوعية الرعاية التي يلقاها المعوق سواء في الأسرة أو برنامج التربية الخاصة.

1- الخصائص الجسمية.

وتكون على شكل متأخر في النمو الجسمي، صغر الحجم ويكونوا أقل وزناً من أقرانهم ويعانون من تشوهات جسمية وتأخر في الحركة و الاتزان.

حيث يعزل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقليا إلى الانخفاض بشكل عام. وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة.. فالمعوقين عقليا أصغر في أحجامهم وأطولهم من أقرانهم العاديين.. وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة يبدو ذلك واضحا على مظهرهم الخارجي.. وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس و الوجه وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا والسفلى..

كما أن الحالة الصحية العامة للمعوقين عقليا تنسم بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة التعب والإجهاد.. وحيث أن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم أقل و تعرضهم لمرض أكثر احتمالا من العاديين، فإن متوسط أعمارهم أدنى. ولكن التقدم في الخدمات الصحية والتكنولوجيا الطبية، وتحسن الاتجاهات و الخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط أعمارهم.

أما فيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني بطننا في النمو تبعاً لدرجة الإعاقة. ونجد أن غالبية المعوقين عقليا يتأخرون في إتقان مهارة المشي و يواجهون صعوبة في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كعضلات اليد والأصابع والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة.

2- الخصائص العقلية والمعرفية

فهم يشعرون بذكاء أقل وتأخر النمو اللغوي مع الضعف في: التذاكرة الانتباه الإدراك، التعويل، التفكير، التهم والتركيز.

أ. الانتباه

يعاني للمعاقين عقليا من ضعف القدرة على الانتباه، والقابلية العالية للتشتت.. وهذا يفسر عدم مواصلةهم الأداء في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة، أو مناسبة للمعاقين.. كما أن ضعف الانتباه و ضعف الذاكرة هما من الأسباب الرئيسية لضعف التعلم، وتزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة الإعاقة.

ب. التذكر

إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر ولذا فإنه يتروقب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة. ومن العوامل التي تسهم في ضعف الذاكرة لدى المعوقين عقليا ما يعرف بضعف القدرة على القيام بعمليات الضبط للتتابع، والتي تعتبر ضرورية لإعادة تكرار الشيء في ذهن الشخص حتى يستطيع حفظه.

ج. التمييز

بما أن عمليات الانتباه و التذكر لدى المعوقين عقليا تواجه قصورا، فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالمعاقين، وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة. أما فيما يتعلق بدرجة الإعاقة فتجد أن المعوقين عقليا بدرجة شديدة يتعدر عليهم في معظم الأحيان التمييز بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة (دون تدريب مسبق)، أما فيما يتعلق بمتوسطي الإعاقة فإنهم يشهرون بصعوبات في تمييز الخصائص السابقة. لكن نلاحظ أن الصعوبات ابرز ما تكون في تمييز الأوزان والأحجام والألوان غير الأساسية. كما أن هذه الصعوبات تزداد كلما ازدادت درجة التقارب أو التشابه بين الثمرات أما بسيطو الإعاقة العقلية فإنهم يواجهون مثل تلك الصعوبات لكن بدرجة أقل.

د. التفكير

تعتبر عملية التفكير من أرقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيدا، فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل و التذكر وغير ذلك من العمليات العقلية. إن الانخفاض الواضح في القدرة على التفكير المجرد التي يتميز بها المعوقون عقليا، تفرض علينا أن نهم

يقدر كبير بتوفير الخبرات التعليمية على شكل مدركات حسية، ومن ثم شبه مجردة و من ثم مجردة.

3- الخصائص الاجتماعية

حيث يعانون غالباً من ضعف في التكيف الاجتماعي، نقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسؤولية الانعزالية، العدوانية مع تدنى مفهوم الذات.

4- الخصائص العاطفية والانفعالية

وتتمثل الخصائص العاطفية في عدم الاتزان الانفعالي، عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثر أحياناً وبطء التأثر أحياناً أخرى مع ردود الفعل أقرب ما تكون إلى المستوى الهدائي، حيث توجد اختلافات كثيرة بين فئة المعاقين عقلياً في خصائصهم الانفعالية والاجتماعية، ويرجع ذلك إلى:

أ- ارتباط صفات انفعالية بمصدر السبب.

ب- أن الخصائص الانفعالية والاجتماعية، تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث بين للتخلف عقلياً وبينته

ويتصف المعاقون عقلياً بهذه الصفات:

(العنوان، والانسحاب، والسلوك التكراري، والتردد، والتشاؤم الزائد، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعلى إنشاء علاقات اجتماعية فعّالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سناً في نشاطهم وعدم تقدير الذات، وعدم الشعور بالأمن والكفاية).

والعاق عقلياً يعيش في عالم لا يواجه فيه سوى الغشيل المـتـمـر ولا يشعر فيه إلا بالعجز وقلة الشأن، والشعور بالدينونة، ويظهر هنا السلوك في تعامله مع الآخرين، فهو لا يهتم بنظامته الشخصية ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية مع غيره، أو مشاركتهم في أوجه نشاطهم، ويتصف المعاق عقلياً في معظم الأحيان بالبلادة وعدم الاكتراث، وعدم التحكم في الانفعالات. إن المعاق عقلياً يرى نفسه يختلف عن غيره من الآخرين ولذلك فإنه يتصرف تصرفات غير لائقة ومناسبة، ويشعر بأنه عاجز وقليل الشأن بالنسبة لغيره

من الأسوياء، ولذلك فمن الواجب أن نجعل المعاق عقليا يثق بنفسه، وذلك عن طريق رعايته والاهتمام به وإرشاده ومدحه إذا فعل شيئاً صحيحاً، ويجب علينا تشجيعه على المشاركة مع الآخرين في مختلف النشاطات.

5- الخصائص اللغوية:

يعاني المعاقون عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة. ومن الصعوبات الأكثر شهرة التأتأة، والأخطاء في اللفظ و عدم ملائمة نغمة الصوت.

ومن أهم المشكلات التي تواجه المعاقين عقليا ما يتعلق بفصاحة اللغة و جودة المفردات. ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة لا تتناسب مع العمر الزمني.

مشكلات الإعاقة الذهنية

أولاً: اتجاهات المجتمع الخاطئة نحو المتخلفين عقلياً هي أخطر من الإعاقة نفسها ومن أمثلتها:

- 1- إطلاق بعض الألقاب والاستهزاء.
- 2- الحماية الزائدة.
- 3- التسوية الزائدة.

ثانياً: مشكلات أسرية

- 1- نظرة الوالدين للطفل المعاق على أنه عقاب من الله لهم على أخطاء سابقة
- 2- إنكار بعض الوالدين إعاقته أبناءهم
- 3- رفض الطفل المعاق
- 4- خجل الوالدين من وجود طفل معاق لديهم.

ثالثاً: مشكلات تربوية

- 1- نقص الإمكانيات والأجهزة اللازمة لتعليم هذه الفئة.
- 2- نقص المعلمين المؤهلين والمدرسين لرعاية هذه الفئة.

رابعاً: مشكلات مهنية

- 1- نقص فرص العمل أمام المتخلف عقلياً.
- 2- نظرة أصحاب العمل للمتخلف بأنه أقل إنتاج.

خامساً: مشكلات انفعالية

وتتمثل في الشعور بعدم الرضا والذوف والإحباط والنقص

الوقاية من الإعاقة العقلية

تعريف الوقاية من الإعاقة، هي مجموعة من الإجراءات والخدمات المتصورة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو الضمور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرص للضرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

أهمية الوقاية من الإعاقة، على الرغم من أن الإعاقة العقلية هي مرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة، إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي 25 ٪ من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، وهذا يعني أن 75 ٪ من أسباب الإعاقة العقلية ما زالت غير معروفة.

ولكن هذا الواقع لا يثقل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية، ولا شك أن الوقاية من هذه العوامل، تساعد في التقليل من نسبة انتشار الإعاقة العقلية، حيث يمكن تقليل خطر زيادة الإعاقة العقلية بنسبة كبيرة إذا عمل وفق التصانيع التي تقيد، في التقليل من نسبة انتشارها.

ولا تؤدي العملية الوقائية للأعراض التي وضعت من أجلها، إلا إذا تضامرت جميع الجهود لوضع كافة بتوئها قيد التنفيذ من قبل:

- 1- الأسرة والمجتمع بكافة أفرادها، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية.
- 2- الباحثين والدارسين، ومخططي البرامج الوقائية من الأخصائيين والمهنيين على تنفيذها.

مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية

تتسم مستويات الوقاية من الإعاقة إلى ثلاث مستويات وهي:

1- الوقاية الأولية

وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية والاجتماعية والثقافية في البيئات والأسر ذات المستويات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً، والتحصين ضد الأمراض المعدية، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، وتوعيتها بأسباب الإعاقة.

2- الوقاية الثانوية

وهي الإجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الاستمرار أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها، أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر.

3- الوقاية الثلاثية

وهي الإجراءات والتدابير الوقائية والأعمال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة.

مبادئ الوقاية من الإعاقة

أهم مبادئ الوقاية ما يلي:

- 1- التعرف على الأسباب ومنع حدوثها.

- 2- رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسر.
- 3- التوعية الأسرية من خلال الإرشاد الأسري، والإرشاد الجيني، والإرشاد الصحي.
- 4- توعية المجتمع.

برامج الوقاية من الإعاقة العقلية

من برامج الوقاية من الإعاقة العقلية وأكثرها أهمية،

- 1- برنامج الإرشاد الجيني. وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يمتعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معوق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وأبنها، وهو برنامج توعوي حيث يتم إجراء الفحص الكروموسومي أثناء الحمل، وكذلك إجراء فحوص الدم للعامل RH على الأم والطفل عند الميلاد، وإجراء اختبار PKU على الطفل في الأسابيع الأولى بعد الميلاد والإسراع بمعالجة الحالات الايجابية منها.
 - 2- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل. وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات، والراحة النفسية.
 - 3- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى. من أسباب الإعاقة العقلية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تعادي الاختناق وغيرها.
 - 4- برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر. ويركز على توعية الأمهات حول المظاهر غير الطبيعية لدى الطفل منذ ولادته، وإن اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكراً يساعد في تقليلها أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائي).
1. فحص وتوجيه الرافقين في الزواج خاصة من أفراد الأسر التي ظهرت فيها حالات تخلف عقلي.
 2. زيادة الرعاية الصحية أثناء الحمل والاهتمام بتوفير الغذاء الكامل للأطفال وخاصة الأغذية الغنية بالبروتين.

3. الاهتمام ببرامج تنظيم الأسرة وتنظيم الإنجاب على فترات متباعدة وخاصة ما يهدف إلى خدمة الأسرة التي تعاني من أمراض وراثية مؤدية إلى تخلف عقلي.
 4. تجنب تعرض الأم لأشعة إكس والعلاج بانتظار المشعة أثناء فترة الحمل.
 5. رفع وعي المواطنين نحو تجنب الزواج من الأقارب وخاصة تلك التي يوجد في تاريخها حالات تخلف عقلي.
 6. وقاية الأطفال من الإصابة ببعض الحميات التي تصيب المخ والأجهزة العصبية مثل التهاب السحايا والايبرز.
 7. وقاية الأطفال أثناء الولادة وبعدها من إصابات الجمجمة والمخ.
 8. توعية الأمهات بالإجراءات الوقائية ضد إصابات الأطفال بالتسمم وخاصة مركبات الرصاص التي تلوث الهواء والماء والغذاء، وتجنب الأغذية المكشوفة المعرضة لأتربة الشارع وما تحمله من رصاص.
 9. العمل على رفع مستوى المعيشة والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية والتغذية التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره حيث ثبت علمياً أن القسور والجهل والتغذية وعدم توفر الأنشطة الذهنية الحافزة للذكاء واللازمة لتنميته في البيئة التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره.
- هذا فيما يتعلق بمشكلات البرامج الوقائية. ولكن في حالة حدوث الإعاقة لأي من الأسباب السابقة أو غيرها فإنه يجب اتخاذ بعضاً من الإجراءات التالية:
1. الاكتشاف والتأهيل المبكر لحالات التخلف العقلي قبل أن يستفحل الخطر وتصبح البرامج العلاجية بعده عبئاً فائداً.
 2. تدريب الآباء والأمهات على احترام الميول الشخصي للتخلف العقلي وتقبله والتعامل معه.
 3. اكتساب للمهارات الأكاديمية الأساسية من قراءة وكتابة وحساب عن طريق برنامج تدريبي تعليمي مناسب.

4. تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشراف في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة.
 5. تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي في الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل.
 6. العمل على التعامل مع الاضطرابات النفسية وعبوب التعلق والكلام والتأخر الحركي التي تصاحب التخلف العقلي أو تأخر نتيجة له.
 7. الإعداد المهني للتحاق ببرامج التدريب المهني عن طريق برنامج توجيه وتدريب مهني يتفق مع قدرات الطفل العقلية ونواحي القصور الجسمي الأخرى.
 8. تكوين رأى عام حول المشكلة يكون له لقله ويصبح قوة ضاغطة مؤثرة في الجهلزين التنشيري والتثبيدي لمساندة تنمية المتخلفين عقلياً.
 9. التوسع في خدمات رعاية وتأهيل المتخلفين عقلياً حتى تمتد هذه الخدمات لتشمل أكبر عدد ممكن من الأطفال.
 10. الاهتمام باستخدام وسائل الإعلام كونه في التعرف على المشكلة وأعراضها.
 11. توسع فرص العمل أمام المتخلفين عقلياً عن طريق فتح مجالات جديدة لتدريب وتشغيل أفراد هذه الفئة من الأطفال والشباب.
- إن من أكثر اللحظات إيلاماً للأبوين أن يسمعو بأن طفلهم به إعاقة عقلية. ولكن يجب أن نستخد هذا التصور لأنه من الممكن أن يكون مقيداً عندما نستخدeme بطريقة صحيحة وفيما يحزن الأبوين على أن الإعاقة ستظل طوال العمر. فإنه يجب على الأبوين أن يكونوا واقعيين في برنامج تعليم طفلهم لضمان تأهيله لأعمال ناعمة.
- ومن المؤلم للأبوين أيضاً أن يفكروا في مصير هذا الابن، وأن يتنبأ بما يعطهم إحساساً بالرغبة في تحقيق ما توقعوه دون تغييره وهو أن طفلها سيظل ذكأؤه أو إعاقته العقلية أقل من المستوى العادي. ومن المؤلم لهم أيضاً استخدام مصطلحات غامضة لحماية الأبوين من الحقيقة، وتجنب المناقشة عن ذلك الموضوع وعدم للكافحة مع البرامج الخاصة لتعليم طفلهم، فالمدرسة غير المجهزة والضغط داخل المنزل يجعل تاريخ الأمرة مليئاً بالمشغل والإحباط بالنسبة للطفل.

معيقات التدخل المبكر في الدول العربية

- 1- نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
- 2- عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.
- 3- تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسين الطفل.
- 4- لجوء الأئمهخلص المحيطين بالأسرة إلى تبييرات وافترضات ولهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب من الإعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل.
- 5- عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة سنوات.
- 6- عدم توفر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن.
- 7- غياب السياسات الوطنية الواضحة إزاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة.

التدخل العلاجي والتأهيل

نعلم جميعاً أن التخلف العقلي ليس مرضاً ولكنه حالة قصور وتوقف في نمو الذكاء والقدرات العقلية، يتعذر أو بالأحرى يستحيل علاجه بالمعنى المفهوم للشفاء منه. فلم يكتشف الإنسان حتى الآن علاجاً طبيياً لا بالعقاقير ولا بالجراحة ولا بغيرها ولكنه نجح في تنمية وإثراء استخدام هذا القدر المحدود من ذكاء الطفل إلى أقصى حد ممكن، خاصة بالنسبة إلى حالات التخلف العقلي البسيط والمتوسط، إلى درجة تمكن من أن يعيا حياة أخرى ما تكون إلى الطبيعة والاعتماد على النفس في رعاية الذات وتحقيق قدر معقول من الحياة الاقتصادية والاجتماعية وذلك عن طريق البرامج التعليمية للركزة في شكل برامج

تأهيل شامل وتدريب مهني يعده السوق العمل. ولكن حياة الطفل تتطلب البدء مبكراً بذلك. كذلك تؤثر مشكلة التخلف على الأسرة تأثيراً مباشراً، حيث يسبب قدوم طفل متخلف عليها مشكلات عاطفية ووجدانية وسلوكية واقتصادية واجتماعية متعددة.

وغالباً ما تتألب الأبوين مشاعر متباينة مثل الحزن والخوف والحيرة والقلق والشفقة والغضب والحسرة، والبعض قد يستجيب بالرفض أو عدم استيعاب الحقيقة، وهي أن ابنهم غير قادر على مواصلة الدراسة العادية أو ممارسة حياته العادية كالآخرين من الأطفال حيث يتشككون في تشخيص الأخصائيين.

ولهذا نجد الإباء ينقلون بين العمود من المتخصصين لعل أحدهم يبعث فيهم الأمل في شفاء ابنهم وعودته طبيعياً مكتمل الذكاء، وهي نهاية اللطاف يدرك الآباء هذه الحقيقة، وقد تتألبهم بعض المشاعر السلبية من الإحساس بالذنب والمسئولية والخجل من أطفالهم وهم يتألمون، وقد يخفيان طفلهما المعاق عن الآخرين أو يتجنبان الضوضاء معهم في حديثه عنه لتجنب الإحراج ومشاعر الخجل لإتجاب طفل معاق فلا يذكرونه إلا نادراً.

ومعسر ذلك ناجم عن قصور وعيهم بالحقائق المرتبطة بولادة الطفل المعاق، كما لو كانوا هم المسئولين عن أحداث تلك الإعاقة، في حين أن كل ما يصيبنا من خير أو بلاء هو من عند الله، وعلينا أن نتقبله ونرضى بقضائه. فكلمة تقبلنا الطفل المعاق ذهنياً وتعاملنا معه على أنه طفل طبيعي مع مراعاة سلوكياته وقدراته الذهنية المحدودة، وقدمنا له تدريباً ورعاية مبكرة وتعاملنا مع الأمر بالتأني والصبر والمثابرة في الوصول إلى النتائج المتوقعة وثمراته بالحب والعطف والتقبل دون تدليل وحماية زائدة ودون تجاهل أو إهمال أو رفض تعكنا الوصول به إلى بر الأمان

مهارات التأقلم اللازمة للحياة اليومية adaptive skills

مهارات التأقلم هي مهارات الحياة اليومية التي نحتاجها حتى نحيا، ونعمل، ونلعب ضمن مجتمعنا. وهي تشمل مهارات التواصل، العناية بالنفس (مثل النظافة)، المعيشة المنزلية، أوقات الفراغ، الصحة والأمان، توجيه النفس، والمهارات الأكاديمية الوظيفية (القراءة، الكتابة، أساسيات الحساب)، وكذلك مهارات العمل والعيش مع المجتمع..

ويتم تفهيم مهارات التأقلم عبر تقييم الشخص في بيئته المعتادة وعبر جميع أوجه الحياة، وقد لا يتم تشخيص الفرد ذي القمرة التكاثية المحبودة على أنه معلق ذهنياً حينما لا يظهر صعوبة في مهارات التأقلم.

البرامج التعليمية للمعاقين عقلياً

هناك بعض البرامج التعليمية لفئة المعاقين عقلياً، حيث أنهم الأولى والأشد حاجة إلى ذلك.

وهناك وأبان حول تعليم المعاقين عقلياً،

- الرأي الأول: يرى أن ما يتعلمه المعلق ذهنياً شبيه بما يتعلمه الشخص العادي، إلا أن ما يتدرب عليه الثاني في سنة يتعلمه الأول في سنتين أو ثلاثة.
- الرأي الثاني: يرى أن المعلق يختلف عن قرينه العادي في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية وبالتالي فإن أساليب وبرامج تعليمية تختلف كما وكيفا عن أساليب وبرامج العاديين.

يشتمل التعلم بشكل عام على ثلاث عمليات أساسية:

- 1- تنظيم المدخلات.
- 2- الذاكرة.
- 3- الانتباه.

هناك تداخل بين الثلاث عمليات

الانتباه: يعاني المتأخرين ذهنياً من قصور في الانتباه والسبب عند زيمان وهاريس (1958 1962) أن القصور في الانتباه ناتج عن نقص لدى المتأخرين ذهنياً في تعلم التمييز ونعني به (عرض مجموعة من المثيرات تختلف في عدد من الأبعاد (الشكل، اللون، الحجم) ويطلب من الطفل أن يشار واحداً من المثيرات عند تعليم المتأخرين ذهنياً " التمييز " على المدرسين أن يتبعوا عدة خطوات منها:

- 1- أن يستخدموا أشياء ذات ثلاث أبعاد.

- 2- أن يرتبوا المهام من الأسهل إلى الأصعب.
- 3- أن يتعاشوا الفشل.
- 4- أن يرتبوا المهام من المألوس إلى المجرّد.
- 5- تنظيم الأشياء في مجموعات ذات أبعاد مناسبة.

ولكن يرى البعض أن هذه التجربة تحتاج إلى بحث ودراسة فقد يكون فشل الأطفال المتأخرين في التمييز بين الأشياء أنهم انتهوا إلى أبعاد غير صحيحة للأشياء والمهمة المحددة

تنظيم الإدخال : Input organization

عندما أتأكد من انتباه الطفل فإن الخطوة التالية بأن نعطي معنى المثيرات المقسمة أو بمعنى آخر (نرمز المدخلات) ترسيم ذهني أي تحويل للدخلات من جزئيات كثيرة إلى رموز وإذا عملية التعليم يمكن تجزئتها كالآتي:

- 1- استئارة للطفل
 - 2- حضور وانتباه مثير معين
 - 3- إدخال (تصنيف المعلومات ووضعها في مكان معين
 - 4- حفظ (الاحتفاظ في مخزن دائم) الذاكرة التصيرة
 - 5- استرجاع المادة من الملف المؤمن عند الضرورة (استدعاء)
 - 6- تخزين (وضع المعلومات في ملف دائم مناسب) الذاكرة الطويلة
 - 7- استدعاء استرجاع المادة من الملف الدائم عند الضرورة المشكلة بالنسبة للمتأخرين ذهنياً في تصنيف المعلومات ووضعها في مكان محدد في الذاكرة التصيرة.
- كيف ينظم المدرس المعلومات قبل تقديمها للأطفال المتأخرين ليساعدوهم على تعلمها؟

تجميع المعلومات والأشياء أو المواد التعليمية مكتاباً أبسط الطرق لبناء هذه المواد ويمكن تذكرها أسهل بالنسبة للأطفال المتأخرين ذهنياً أن يتذكروها.

الذاكرة:

أن التخلف العقلي صرف ارتباطه بضعف الذاكرة وكلما زادت شدة التخلف كلما زادت عيوب الذاكرة

وأن هذه العيوب ترتبط مع عدم القدرة على التركيز على المثيرات المناسبة في الموقف التعليمي

إن كيهف، يمكن أن تتعامل مع هذه الخاصية داخل الفصل وأثناء تعليم أطفال متخلفين ؟
 نقول أساليب العالم سميت 1968 لتسهيل الذاكرة القصيرة المدى وتثبيت المعلومات فيها:

- 1- قل من المثيرات البيئية المشوشة والتي تؤدي إلى تشتيت التلاميذ
- 2- قدم كل مكون من المثيرات بشكل واضح مع المساواة بينها هي القيمة الأولية
- 3- ابدأ بالمهام البسيطة وانقل نحو الأكثر تعقيداً .
- 4- تجنب المواد غير المناسبة هي المهمة التعليمية .
- 5- سمى المثيرات (أعطى لكل مثير اسمه) .
- 6- قل التعزيز لتجنب التشويش الناتج عن توقع المكافأة.
- 7- وفر المعارضة عن طريق الأنشطة .
- 8- أربط بين ما تم ممارسته والمجالات الجديدة
- 9- اجعل المهارات المشتغلة على الذاكرة قصيرة المدى مركزاً للبرنامج
- 10 اتزم بمبدأ التكرار لتحسين أداء المتعلمين في المدى القصير (الذاكرة قصيرة المدى).
- 11- التكرار يحتاج إلى ثلاث إلى خمس مرات للمهارة
- 12- لا تتوقع أن المتعلم بعد تطبيق (مبدأ التكرار) أن يكتسب قدرة على التعميم فيجب أن نفرق بين (الذاكرة طويلة المدى والتعميم أي نقل أثر التدريب)

13- اعتماد على التكرار النوع في الظروف والمواقف هي حتمية قصيرة فهذا من شأنه أن ينتج عنه معدل أكبر في الاكتساب والتعلم ودرجة أكبر في الحفظ من الممارسة التجميعية، فالممارسة الموزعة تحسن من الأداء التعليمي للمتأخرين ذهنياً .
- الخبرة المحسوسة في المادة أو المعلومات المقدمة للأطفال المتأخرين تزيد من ميلهم لتعلمها

-يعاني المتأخرين من قصور لغوي، ولكن الجانب اللغوي قابل للتعديل، وبالإضافة إلى مشكلات التملق هناك صعوبات هي:

- محدودية حصيلة المفردات
- تمييز سمعي غير مناسب
- بناء نحوي وصرفي ضعيف
- أثر الوسيلة التعليمية أكبر عند الطفل المتأخر ذهنياً وخاصةشرطة الفيديو والكيبورد بسبب أثر الحركة واللون والصوت وقوة التركيز أثناء المشاهدة.

ثانياً: المناهج والبرامج الخاصة بالمتأخرين القابلين للتعلم:

- نسبة الذكاء تقع بين (50 70) إن المشكلة الرئيسية هي اختيار منهج للتلاميذ المتأخرين القابلين للتعلم (tMR) هي أنهم يختلفون فيما بينهم بشكل كبير بحيث أن ما يناسب أحدهم قد لا يكون مناسباً للآخر.

- مجموعة المتأخرين ذوي التخلف البسيط هم مجموعة مختلطة من كل السمات فيما عدا أنهم يحصلون على نسب ذكاء تقع في العادة بين (50-70).

-لا يقتصر الاختلاف بين الأطفال المتأخرين القابلين للتعلم على التدرجات العقلية فقط بل يختلفون في الخصائص السمعية والخلفية والثقافية (البهنية) - واضطرابات في اللغة - الاضطرابات السلوكية.

-هناك عامل مشترك بينهم وهي أنهم جميعاً قد قابلوا صعوبة أساسية في الفصل العادي باعتبارهم طلاب علم غير قادرين على تعلم المواد الأساسية في المناهج العادية.

- إن المنهج أو البرنامج يكون هديته الأساسي والرئيسي أن يملك هؤلاء الأطفال المهارات والاتجاهات لحياتاً ناجحة وعمل منتج في المجتمع.
- أن يمتلك المتعلم المتأخر ذهنياً مهارات مهنية وشخصية واجتماعية
- أن يعد المنهج بحيث يحقق هذا الهدف في صورة متتابعة
- المتعلمين المتأخرين ذهنياً (بسيط) يتلقون تعليمهم في مراحل متتالية الابتدائي والمتوسط والتأهيل وهناك مرحلة برامج ما قبل المدرسة
- في المرحلة الابتدائية يكون محتوى المنهج منسباً على المواد الأساسية القراءة والكتابة والحساب.
- في المرحلة المتوسطة موجهاً للإعداد والتدريب المهني بالإضافة إلى المواد الأساسية التي تركز على للمهارات الأكاديمية والمواقف الحياتية وتركز على المهارات في الحياة العملية والمواقف المهنية.
- المواد الأكاديمية الأساسية تعلم فقط، في إطار أنشطة المعيشة اليومية.
- البرنامج الوظيفي في مجال القراءة منسباً أساساً فقط على تلك الكلمات التي تعهل عملية التكيف في بيئة الطفل.
- التنمية الوظيفية لمهارة الحساب ترتبط أكثر بحاجات البيئة.
- الطريقة الوظيفية تقرب بين المهارة التي تعلمها للتعلم مع المؤشرات البيئية ويؤكد سنيل (Snell 1983) على أن المعلم يجب أن يستخدم المواد التعليمية الواقعية، وما يتم استخدامه في التعليم العام من وسائل تعليمية لا يكون التلميذ المتأخر قادراً على الربط بينها وبين عالمه.
- الطريقة الوظيفية هي الأفضل للتعلم التكميلي - كما تقل الطبيعة التجريبية للمقررات الأكاديمية الأمر الذي يسهل التعليم الأكثر كفاءة للتلميذ المتأخر ذهنياً.
- المحتوى لكتاب المدرسين يتم بتتابع من الأسهل إلى الأصعب.
- قدم المعلومات الواقعية والتصورية في تتابع

- تذكر أن الطفل المتأخر عندما نتعامل معه بتفصيلات شديدة التحديد فإنه يقابل صعوبات كبيرة هي نقل أثر التعلم والتدريب تعني به التعميم والربط ونقل الخبرة إلى موقف آخر.
- المتأخرين ذهنياً تكون لديهم القدرة على نقل أثر التدريب بشكل أكثر فاعلية إذا كانت التعليمات المعطاة لهم أكثر عمومية.
- أن وجود معنى مرتبط بالواقع له أثر في قدرة المتعلمين المتأخرين على نقل أثر التدريب وتكون أسهل في تعلمها.

ثالثاً: برامج التدريب المهني للمتأخرين ذهنياً:

طريقة التشكيل أو التقريب المتتابع:

- تهتم هذه البرامج بإكساب الفرد مهارات تفصل بالمهنة.
- تستخدم أساليب التعلم التي تعتمد على التشكيل والتسلسل وهما يعتمدان على تجزئة سلوك العمل (الإنتاج) إلى أجزاء صغيرة أي مهام أو واجبات.
- استخدام أسلوب (التعزيز الإيجابي) منه بصفة خاصة عند إتمام كل مهمة من هذه المهمات.

هناك اعتبارات أساسية يجب الانتباه إليها مثل:

- 1- أن تُدرّب المتعلم (المتأخر) متجهاً إلى أداء مهمة أو واجب معين وليس مجموعة من الواجبات
- 2- أن تكون المسؤولية المطلوبة من الأداء الذهني بما يناسب هذه القدرة
- 3- أن لا يكون التدريب على مهام يستلزم العمل على الآلات أو القيام بأعمال فيها خطورة على حياة المتأخر أو غيره
- 4- أن يتم التدريب على أساس فردي رغم وجود الفرد مع جماعة من المدربين
- 5- ألا يعتمد التدريب على جوانب تجريدية

6 - - أن تستخدم طريقة التكرار (مبدأ التكرار) للمهمة أو الواجب عدة مرات قبل الانتقال لواجب آخر وأن يصعب ذلك بالتميز المناسب.

7- يفضل أن يعرف المدرب نتيجة عمله من حيث موقعه في المنتج النهائي واتصاله بأعمال الآخرين

8- أن تتبع طريقة التقريب المتتابع (التشكيل) في التدريب إذا كان السلوك النهائي يشمل على عدة مهام أو واجبات ثم يستخدم أسلوب التعزيز عقب أداء كل مهمة

9- يتم استخدام تعديل السلوك في الوصول إلى التوافق المطلوب وتكوين سلوكيات عمل ملائمة

10 - أن تكون بيئة التدريب بقدر الإمكان من حيث الترتيب والوقت والإشراف والعلاقات والمحاسبة قريبة مما يحدث في سوق العمل العقلية.

11 - أن يشترك أعضاء فريق التأهيل في ملاحظة سلوك المدرب والعمل على تصحيحه أول بأول.

12- مرشد التأهيل أو الموجه الفني له دور في كل خطوات التأهيل وعليه أن يباشر دوره وأن يستعين بأعضاء فريق التأهيل

13- التدريب المهني الحقيقي فإنه يتم داخل بيئة عمل فعلية تبدأ أولاً مع مشرف أو مرشد من مركز التدريب الأساسي ثم يستقل للتدريب في عمله على أن تتم المتابعة له بصفة دورية من مركز التأهيل بالتعاون مع مركز العمل الجديد .

ويجدر القول أن هذه الفئة من فئات المعاقين تتعلم بسرعة إذ أعدت لها مناهج الدراسة إعداداً جيداً وورمجت بدقة وعناية وبهذه الطريقة يتحسن تحصيل الأطفال كثيراً، ويظهر التحسن في زيادة تحصيل اللغة والقدرة على الكتابة والحساب. كما أن تقسيم الموضوع إلى خطوات صغيرة يمكن المتعلم من الاستيعاب بسهولة. وإن إعطاء المتعلم الوقت الكافي للبحث عن الإجابة الصحيحة بنفسه لكي يكون إيجابياً في موقف التعلم، ويصل للإجابة الصحيحة بنفسه ويدونها كتابة فيتعلم أسرع من التلقين.

ومعرفة الطفل نتيجة التعلم بسرعة، فيعرف مباشرة أن الإجابة التي توصل إليها صحيحة أو خاطئة.

وكذلك إعطاء الطفل الوقت الكافي لتجريب كل خطوة من خطوات البرنامج بحسب قدراته وإمكاناته العقلية والشخصية، ومراجعة البرمجة باستمرار، وتعديل الخطوات التي تحتاج إلى تعديل، وتبسيط الخطوات التي يخطئ فيها كثيراً من الأطفال.

اقتراحات في تعليم المعاقين عقلياً

1- التدرج في التعاميم للمهارات التعليمية والتقليل من خبرات الطفل، لذلك ينصح بالبدء في المهام الأسهل ثم الانتقال إلى المهام الأكثر صعوبة، وكذا تقسيم المهمة الواحدة إلى مهام فرعية يتطلب القيام بها مهارات مختلفة، ويتم التقسيم وفق تسلسل أداء المهام، وملاحظة أداء المعاق عقلياً للمهمة قبل التدريب عليها .

2- معلونة الطفل المعاق عقلياً أثناء الأداء وخفض المعاونة تدريجياً، ينبغي على المربي أن يقدم للطفل المساعدة اللازمة له للتوصل إلى استجابة صحيحة عندما يكون الطفل في حاجة إلى هذه المساعدة، ويتم خفض نسبة المساعدة للطفل تدريجياً أثناء عملية التعلم.

3- تكرار عملية التعلم:

ينبغي تكرار عملية التعلم لمرات عدة حتى يكون لدى الطفل عدادات تعليمية محددة ويكتسب المهارة والمعرفة. وهذا يجعل الطفل في حاجة إلى مدة زمنية أطول من قوته العادية في التعلم أو التدريس على اكتساب مهارات اجتماعية معينة، ولابد أن يجذب المعلم أو المربي انتباه الطفل ويشجعه على الانتباه والملاحظة، ويكافئه على كل نجاح.

4- تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من كل ما يشتت الانتباه: ويجب تقليل كل ما من شأنه أن يشتت انتباه الطفل المعاق عقلياً أثناء الموقف التعليمي، وتقليل فترة التعلم بحيث لا تزيد على (20) دقيقة كي لا يشتت انتباه الطفل.

ويمكن مساعدة الطفل المعاق عقلياً على الانتباه باستخدام:

- الألوان المناسبة بقدر الإمكان؛ حيث يجب أن تكون الأوراق التي توزع على الأطفال ملونة بقدر الإمكان لجذب انتباههم.

- استخدام مصاحات واسعة نسبيا بين الكلمة والمصورة وزيادة الهوامش.
 - استخدام الصورة والأشكال بقدر الإمكان
 - التأكيد على توظيف التعليم العيني. إن الطفل المعاق عقليا يعاني في مجال التفكير المجرد، لهذا على المربي أن يحاول ما استطاع أن يربط المعلومات المجردة بأشياء حسية ملموسة.
 - عدم استعجال ظهور الاستجابة؛ لابد للمربي من التأنى وعدم استعجال ظهور استجابة. فالطفل المعاق يحتاج إلى وقت أطول من غيره للاستجابة إلى المثير في شكل سؤال مثلا.
 - العقاب على الأخطاء: العقاب المتبول والبسيط قد يؤدي بالطفل إلى الحزن، وبدفعه إلى محاولة تقليل الخطأ تجنباً للعقاب مرة ثانية. وفي هذا الصدد ينبغي أن:
 - التنوع في طرائق وأساليب التعلم: التنوع في أساليب التعلم وطرائقه له أهمية خاصة وكبيرة في تعليم المعاقين عقليا. فيجعل التعليم أكثر إثارة وتشويقا للطفل.
- حيث يمكن للمعلم استخدام أسلوب التعليم داخل مجموعة صغيرة لإدماج الطفل مع بعض أقرانه، وقد يلجأ أيضا إلى استخدام طريقة المحاولة والخطأ، أو استخدام أسلوب النمادج. حيث يمرض نموذج الأداء المطلوب فيوم الطفل بملاحظته وتقليده، أو بمشاهدة الفيديو. إن التعامل مع أصحاب الإعاقة يتطلب الكثير من الجهد خاصة المعاقين ذهنيا منهم ويتطلب المثابرة والصبر وعدم اليأس. وإذا احتسبنا عملنا وجهدنا في سبيل الله فنن نשמع بالكلمة والمثل

الخدمات الإرشادية للمعوقين ذهنيا

- المبادئ الأساسية في إرشاد المعاقين بشكل عام.
- 1- المعوق له جميع متطلبات الفرد العادي بالإضافة إلى متطلبات الإعاقة.
 - 2- يحتاج المعوق إلى التدريب على المهارات الأساسية للتوافق مع الآخرين.
 - 3- يحتاج المعوق إلى التشجيع المستمر للاعتماد على نفسه وتحقيق الاستقلالية

- 4- يحتاج المعوق إلى التركيز على مواطن القوة لديه.
- 5- يحتاج المعوق إلى تقديم المساعدة له وقت الحاجة إليها فقط.

المبادئ الأساسية في إرشاد أسرة المعوق

- 1- مشكلة المعوق هي مشكلة الأسرة كلها.
- 2- يجب الاستفادة من فهم الأسرة للشخص المعوق وتشجيعهم على التعاون.
- 3- يجب مساعدة الأسرة على التخلص من الأزمة النفسية التي يعانيان منها بسبب وجود هذا المعاق.
- 4- يجب إيضاح معنى الإعاقة للأسرة وتحديد درجة هذه الإعاقة لأنهم وضرورة التوافق معها والتعاون في تقديم الخدمات لهذا الفرد.

الخدمات الإرشادية

أ- الإرشاد العلاجي

- 1- دراسة شخصية الفرد المتخلف عقلياً.
- 2- دراسة للمشكلات النفسية المرتبطة بالإعاقة.

ب- الإرشاد التربوي

- 1- توفير فرص التعليم لهذه الفئة واختيار المناهج المناسبة لهم.
- 2- تنمية الاستفادة من الحواس الموجودة لدى الفرد المتخلف.
- 3- تنمية الاعتماد على النفس بقدر الإمكان.

ج- الإرشاد المهني

وتهتم بالتعليم والاختيار والتدريب والتأهيل المهني حسب الحالة.

د- الإرشاد الأسري

تبدأ منذ مجيء الطفل المعوق ومنها:

قبل الحالة - تعديل نظام اتجاهات الأسرة لخدمة المعوق تجنب الأخطاء مثل الحماية الزائدة - تخليص الوالدين من مشاعر الذنب بخصوص الحالة.

بعض أنواع الاختبارات التي تستخدم في مجال الإعاقة العقلية

١- اختبارات الذكاء العام

الذكاء هو العامل العام في مجال القدرات العقلية، ويمثل أقصى الأداء (Maximum Performance). وفي ضوء نتائج تطبيق اختبارات الذكاء يمكن تحديد مستوى الإعاقة الذهنية. وتمهيس هذه الاختبارات بأشكالها العامة اللغوية وغير اللغوية ومنها الفردية والجماعية ذكاء الفرد والذكاء مفهوم مجرد اختلف في تعريفه ونحديده علماء النفس والتربية ولكن من مفاهيمه هو "قابلية الفرد على حل المعضلات الفكرية" أو "قابليته على التكيف تجاه المواقف الجديدة" أو "قابليته على التفكير التجريدي والاستفادة من التجارب". والذكاء صفة موروثة في الكروموسومات والجينات، ولكنه لا يقتصر على جين واحد بل يتحلل في معاملات ووحدات صغيرة متعددة. ولهذا السبب فإن توزيع الذكاء في المجتمع يتخذ شكل المنحنى الطبيعي. أي أن الأشخاص متوسطي الذكاء يمثلون نسبة الغالبية من أفراد المجتمع بينما تقل النسبة في الصعود إلى الذكاء الممتاز ويقابلها النسبة دون المتوسط. لتمثل الإعاقة الذهنية. ويركز الذكاء على "القابلية الذهنية" وهو قابل للقياس والقياس بالوسائل النفسية التي ابتكرها علماء مشهورون ووضعوا لها أمسا ومناهج دقيقة سميت اختبارات الذكاء "Tests Intelligence". ومنها اختبار سانتفورد بينة واختبار وكسلر. ويمكن اعتبار اختبارات الذكاء أدق ما توصل إليه علم النفس الحديث لتحديد قابلية الإنسان الذهنية، ولو أنها لا تعد بالمقياس النموذجية التي لا تخلو من عدم الدقة في القياس لاسيما اللغوية منها لتأثرها بالمستوى التعليمي إن يطبق عليه الاختبار.

١ - اختبار ستانفورد - بينة (Stanford Binet Test): وهو من الاختبارات التي

تستخدم في مجال الإعاقة الذهنية، والذي كانت بداياته في عام 1905 حين أوكل وزير المعارف مهمة إيجاد اختبار لتصنيف الأطفال في المرحلة الابتدائية وعزل الأطفال المتأخرين في صفوف خاصة وبعدها أجريت عدة تطورات على هذا

الاختبار من خلال مراجعته من قبل جامعة ستانفورد الأمريكية. ويتضمن هذا الاختبار عددا من المقاييس الفرعية ويتضمن كل مقياس مجموعة من الأسئلة المتدرجة هي الصعوبة تخص معرفة الكلمات وفهم الإشارات المكتوبة وتسمية الأشياء ومعرفة أجزاء الجسم، وللأعمار المتقدمة هناك أسئلة هي الناكدة العديدة واللفظية والأشكال الهندسية. وتستخرج نسبة الذكاء من المعادلة الآتية:

ويشمل هذا الاختبار ثلاثة أجزاء هي:

- من 2 سنة 5 سنوات

- من 5 سنوات إلى 14 سنة

- أعمار الراشدين من 14 سنة فما فوق بأربعة مستويات.

ب - اختبار وكسلر (The Wechsler 'Tests): ظهر هذا الاختبار في الثلاثينيات من القرن الماضي لقياس الذكاء العام من سن خمس سنوات حتى 15 سنة، وجرى عليه تعديلات وهو يعرف باختبار وكسلر - بلقيو للذكاء نسبة إلى ممرضته بلقيو Bellevue hospital. ويشمل هذا الاختبار ثلاثة أجزاء هي:

- من عمر 3 وحتى 5 سنوات للأطفال.

- من عمر 6 سنة وحتى 18 سنة.

- من 18 سنة فما فوق للراشدين.

وينقسم هذا الاختبار إلى مقياس لفظي (Verbal Scale) يشتمل على 6 اختبارات لفظية (معلومات عامة، التشابهات اللفظية، الفهم، المفردات اللفظية، القدرة العددية، تكرار الأرقام)، ومقياس أدائي ((Performance Scale) ويشتمل على 6 اختبارات عملية (إكمال الصور، ترتيب الصور، تجميع الأشياء، تصميم المكعبات، الترميز، المتاهات).

ولكل اختبار مجموعة أسئلة تتراوح بين 8- 12 سؤالا، ويكون التصنيف بناء على توزيع الدرجات حيث أن من يحصل على 70 درجة يعتبر صاحب (علاقة ذهنية - وبصفة عامة يمكن استخدام القسم الأدائي في مجال الإعاقة الذهنية.

2- مقاييس ارتقاء الأطفال في المرحلة المبكرة:

أ - قوائم جيزل الارتقائية (Gesell Development Schedules): وهي قوائم لمراحل الارتقاء في المرحلة العمرية المبكرة، وضعها جيزل ومساعدوه بعد دراسة طويلة تتبعه لمجموعة 107 من الأطفال بدأت سنة 1927 واستمرت لعشرين سنة، وهي تتعلق بأربعة مجالات سلوكية ولا تعد اختباراً مقنناً لافتقارها المصدقية والثبات.

ب - اختبار كاتل لذكاء الأطفال (Cattell Infant Intelligences Test): صمم هذا الاختبار كاستداد للمرحلة العمرية المبكرة التي لا يغطيها اختبار ستانفورد بينة، وفقراته مقبسة من قوائم جيزل واختبار ستانفورد بينة ويحسب العمر العقلي ونسبة الذكاء لأعمار السنة الأولى والثانية.

ج - مقاييس بيلى للارتقاء الحركي العقلي للأطفال (The Bayley Infant Scales of Mental & Motor Development): وهي اختبارات مطورة من اختبارات كاليفورنيا للارتقاء الحركي للأطفال سنة 1935 وأعدت فقراته اعتماداً على قوائم جيزل والبعض الآخر من اختبارات الأطفال الأخرى. ويتضمن الاختبار ثلاثة أجزاء رئيسية لاختبار المستوى الارتقائي للطفل بين عمر شهرين وستين ونصف هي الاختبار العقلي والاختبار الحركي وسجل الطفل السلوكي. ويتضمن الاختبار العقلي فقرات تقيس الإدراك والذاكرة والتعلم وحل المشكلات أما السجل السلوكي فهو مخصص لقياس جوانب الارتقاء في الشخصية مثل السلوك الاجتماعي والانفعالي ومدى الانتباه والمثابرة.

3- مقاييس مُعدة لاختبار الأشخاص المعاقين ذهنياً بناءً على حقائق الارتقاء السوية:

أ - مقاييس فاينلاند للنضج الاجتماعي (The Vineland Social Maturity Scale): وضعه دول (Doll) لتقدير القدرة الاجتماعية. يتكون من 117 فقرة مرتبة من حيث متوسط صعوبتها وقياس الثمانيه مجالات (الاعتماد على النفس في الطعام والملبس والتوجه والعمل والاتصال والحركة والتنطبيع). وقياس الاختبار

الارتقاء منذ الميلاد وحتى سن 25 سنة، وبحسب العمر الاجتماعي ونسبة الارتقاء الاجتماعية. ومن الاستعدادات الهامة لهذا التمييز بين الإعاقة الذهنية المصنوعة بكفاءة اجتماعية والإعاقة الذهنية بدون إمكانية اجتماعية.

ب - مقياس السلوك التواضعي: **(The Adaptive Behavior Scale)** مقياس وضعته لجنة من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهو مخصص للأطفال ذوي الإعاقات الذهنية، إلا أنه يصلح للاستخدام بالنسبة للأطفال غير المتوافقين انفعاليا وغيرهم من المعوقين. ويتسند بالسلوك التواضعي في هذا المقياس تحديد كفاءة الفرد في مواجهة المتطلبات الطبيعية والاجتماعية للبيئة ويتضمن جزأين الأول مقياس ارتقائي للسلوك بينما الثاني يتضمن قياسا لسلوك التواضعي للشخصية واضطراباتها.

4- الاختبارات المتحررة ثقافيا وهذا النوع من الاختبارات يمكن من خلاله قياس الشخص الذي لديه إعاقة ذهنية بمعزل عن القدرة اللفظية، أي أنها اختبارات غير لفظية تعتمد على الرسوم والأشكال التي لا ترتبط بأية ثقافة. ومن هذه الاختبارات:

أ - اختبار رسم الرجل: هذا الاختبار مصمم لقياس الذكاء. وفيه يطلب من الشخص الذي لديه إعاقة ذهنية أن يرسم رجلا والى البنت أن ترسم امرأة. والافتراض النظري يعتمد على علاقة رسم الشخص بتقاسمه الكاملة مع درجات ذكاء الفرد بغض النظر عن معرفة الشخص ومهارته في الرسم.

ب - اختبارات المسفوهات المتناوبة لرافن: يتكون الاختبار من ثلاث مجموعات من الرسوم تحتوي كل مجموعة على 12 سؤالاً على شكل مسفوفة لرسوم وأشكال ناقصة يطلب تكملتها من بدائل مصورة أسفل كل سؤال. وفي ضوء الإجابات تحدد درجة الذكاء. ويستعمل هذا الاختبار للكشف عن الأطفال الذين لديهم إعاقات ذهنية.

3

الإعاقة الانفعالية

تعريف الإعاقة الانفعالية

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

- 1- للمستوى النمائي للفرد .
- 2- الجنس .
- 3- المجموعة الثقافية التي ينتمي إليها الفرد .
- 4- مستوى التساهل أو التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل.

ولقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعرّفها لدى كل من الأطفال والشباب التي حددت من قبل الأطباء النفسيين، والمربين، والأخصائيين النفسيين والقانونيين، وقد استخدمت تسميات وتعميمات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها:

- 1- سوء التكيف الاجتماعي.
- 2- الاضطرابات الانفعالية.
- 3- الاضطرابات السلوكية.
- 4- الإعاقة الانفعالية.
- 5- الانحراف.

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

- 1- عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصفة النفسية.
- 2- صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
- 3- تباين السلوك والعوامل.
- 4- تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.
- 5- تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك.
- 6- تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتخدمهم.

الا أن هناك تعريفاً أكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية والذي طوره (بور) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين حيث حصل على دعم كبير، ويستخدم مصطلح الإعاقَة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال ويعني وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصيل الأكاديمي، وهذه الصفات هي:

- 1- عدم القدرة على التعلم.
 - 2- عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين.
 - 3- ظهور السلوكيات والمشاعر غير الناضجة.
 - 4- مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب.
 - 5- النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المخاوف والمشكلات المدرسية.
- من خلال ما سبق يمكن أن نجعل تعريفاً للطفل المضطرب في الصف.

هو الطفل المضطرب اجتماعياً في الصف، هو الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه.. إن الطفل المضطرب اجتماعياً في الصف، هو الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه..

تصنيف الاضطراب

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

التصنيفات الطبية النفسية

- 1- اضطراب تطور اللغة.
- 2- اضطرابات فصامية.
- 3- اضطراب الاكتئاب بعد حادث معين.
- 4- اضطراب تطور القراءة.

أما التصنيفات التربوية فهي:

- 1- اضطرابات الاتصال.

2- علاقة انفعالية شديدة.

3- اضطراب السلوك.

4- اضطراب القدرة على التعلم.

معايير السلوك المضطرب:

1- تكرار السلوك.

2- شدة السلوك.

3- مدة حدوث السلوك.

أسباب الاضطرابات الانفعالية

أولاً: الأسباب البيولوجية: وهي مرتبطة بالعوامل الجينية وإصابات الدماغ وتناول الأدوية والأمراض التي تصيب الأم الحامل.

ثانياً: الأسباب البيئية: وهي مرتبطة بالعوامل الأسرية والمدرسية والاجتماعية، مثل:

1- نمط العلاقة بين الطفل والأيوين.

2- نمط التربية الأسرية (المتشدد، الصارخ، الفوضوي).

3- التدليل الزائد، الحماية الزائدة.

4- الإهمال الزائد.

5- الإحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهه

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة. وتتركز أسباب الاضطراب في المجالات التالية:

المجال الجسمي والبيولوجي

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

مجال العائلة والأسرة

يعزى الأخصائيون أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل. وأن

معظم الاضطرابات السلوكية والانتهازية ترجع أصلاً إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

مجال المدرسة

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

مجال المجتمع:

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانتهازية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المشككة والحي العنيف.

مظاهر الاضطرابات الانفعالية

- 1- عدم الطاعة والعناد المستمر .
- 2- المشاجرة مع الآخرين وإيذائهم.
- 3- الحساسية الزائدة والمزاج الحاد .
- 4- تشتت الانتباه وصعوبة تحمل المسؤولية.
- 5- الأنانية المفرطة والغيرة المبالغ فيها .
- 6- القلق الزائد وسرعة الغضب.
- 7- الحزن والكآبة والميل إلى القيادة.
- 8- زيادة أحلام اليقظة وجلب انتباه الآخرين.
- 9- الكسل الزائد والانسحاب والانتواء المبالغ فيه.
- 10- الجنوح (السرقة، القتل) النشاط الزائد.
- 11- الخجل الشديد.

النظريات المقسرة لأسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

النظرية السلوكية

تعتبر النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي، وكان لها تعريفات عملية في الميدان التربوي، وقد استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية. والقوانين في هذا التوجه مشتقة من التعلم وتكز التجارب على تعلم سلوكيات جديدة مقبولة والعمل على تقابل السلوكيات غير المناسبة.

النظرية التحليلية

لنظرية التحليل النفسي جانبان، أحدهما تطوري لكونه يعنى بالأصول التاريخية للنفس، وهي في الوقت نفسه نظرية ديناميكية، لأنها تعنى بالإضافة إلى ذلك بالظواهر الحالية للشخصية من حيث تشخيصها وعماها.

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

أهو — والأنا — والأنا الأعلى.

أما أهو: هو منبع الطاقة الحيوية والقرائن.

أما الأنا: فهو مركز الشعور والإدراك الحسي وحل الصراع بين مطالب أهو ومطالب الأنا الأعلى والواقع لذلك يحاول الأنا حل الصراع إذا نجح كان الشخص سويًا

الأنا الأعلى: هي مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير.

الخصائص السلوكية للمضطربين انفعالياً

1- السلوك العدواني: ويحدث نتيجة لإحباط الطفل في الجهات أو المدرسة، يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنواع السلوك المضطربة ظهوراً لديهم مثل: الضرب والقتال والصراخ ورفض الأوامر. هنا مع العلم أن أنواع السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، ولكنها ل تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكياً و انفعالياً ويسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة و إيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام. يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن له نشاط زائد أو إصابة

بالدماغ وبعضهم يطلق عليهم سيكوباتيين لأنهم يشعرون بإيذاء الآخرين عمدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ ولا نستطيع مقاومته بطرق السلوك المزعج العادية. ومثل هؤلاء الأشخاص غالبا ما يصرخ عليهم ويذاقون لذلك يجب أن نرى التركيز على عمية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل.

2- السلوك الانسحابي: ويحدث بسبب عدم قدرة المضطرب على التكيف مع متطلبات المجتمع، ومن مظاهر السلوك الانسحابي الانطواء، أحلام اليقظة، الانسحاب وعدم التضيح الاجتماعي من صفات الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاعتمادية وهو م يرى بالانحصار الطفولي ومثل هذه الاضطرابات تحمل مستقبل سيء بالنسبة للمعدة العقلية عندما يكبر المائل. ولا يستطيع المضطربون سلوكيا وانفعاليا بدرجة بسيطة ومتوسطة لتطويع علاقات إنسانية طبيعية و مستمرة. وهناك إمكانية لتعليم الأطفال الانسحابيين وقيصر الناضجين اجتماعيا المهارات التي يعجزون عن القيام بها، وذلك من خلال توفير القرص المناسبة لهم لتعلم استجابات مناسبة وممارستها، وان ندعمهم يشاهدون نماذج لسلوكيات اجتماعية مناسبة وتعزز السلوكيات التي تتحسن.

3- السلوك الفج: أي غير التاضح، ولا يتناسب ومليحة الموقف مثل الضحك في موهف الحزن.

4- الخصائص العقلية والاجتماعية :

5- أن متوسط الأداء العقلي للمضطربين انفعالياً متقارب مع العاديين.

6- ندرتي التحصيل الأكاديمي لديهم مقارنة بالعاديين بسبب التشاك الزائد وتشتت الانتباه.

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم:

1- الفهم والاستيعاب

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

2- التذكرة

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

3- القلق

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحى بالخوف والتوتر والاضطراب، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجولون و انسحابيون ولا يشتركون بسلوكيات هادئة في بيئتهم.

4- السلوك الهادف إلى جذب الانتباه

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل يصدهه، مثل: الصراخ، المرح المساحب، أو الأخذ بأخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي الحركة الزائفة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.

5- السلوك الفوضوي

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، يتعلل السلوك الفوضوي في غربة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتسفيق.

6- العدوان الجسدي

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

7- العدوان اللفظي

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

8- عدم الاستقرار

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

9- عدم الانتباه

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

10 الاندفاع

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

11- النشاط الزائد:

هو النشاط الجسدي المستمر وطويل البقاء.

12- الانسحاب:

هو سلوك انفعالي يتضمن التردد أو الهروب من مواقف الحياة ويوصف الطفل الانسحابي بأنه متعزل.

خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة واعتمادية:

1- العجز في مهارات الحياة اليومية:

يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم غير قادرين على ارتداء ملابسهم أو إطعام أنفسهم بمفردهم من عمر (5-10) سنوات.

2 انحراف الإدراك الحسي

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

3- انحراف اللغة والكلام

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

4 الإثارة الذاتية :

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

5- سلوك إيذاء الذات

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

ويبدون أنهم ضائقو الحس. وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة تتضمن العض، وخدش الجلد، والمضغ.

6- العدوان ضد الآخرين

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

7- التكون بمستقبل حالتهم ضعيف

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

توجيهات للتعامل مع المضطرب انفعالياً داخل غرفة الصف:

- 1- أن يكون المعلم لديه الرغبة أولاً في التعامل مع الطفل وتقبله والتحلي بالصبر.
- 2- يجب تعليم هؤلاء الأطفال بطريقة فردية تتضمن برامج خاصة تركز على تحليل المهارات المقدمة لهم.
- 3- تنظيم الأنشطة الهادفة بحيث تكون على شكل خطوات واضحة.
- 4- تحويل بعض حالات الاضطرابات الانفعالية إلى غرفة المصادر لتلقي المساعدة اللازمة.
- 5- توظيف أساليب تعديل السلوك في تدريس المضطرب انفعالياً، فيجب تحديد السلوك غير المرغوب فيه ثم تحديد 6- طرق العلاج المناسبة مثل العقاب، تشكيل السلوك.
- 7- الاهتمام بتعليم الطفل مهارات الحياة اليومية.
- 8- العمل ما أمكن على تقليل فرص الإحباط، لهؤلاء الطلبة في المواقف الأكاديمية والاجتماعية.

الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي التي تقدم للأطفال

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

- 1- المقابلات النفسية.
- 2- استخدام برامج تعديل السلوك.
- 3- لعب الدور.
- 4- السايكودراما (الدراما النفسية) .
- 5- الموسيقى.
- 6- الكتابة الإبداعية.
- 7- الفنون.

العلاج النفسي

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيف الأعراض المزعجة. ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة منها: عمر الأطفال، فالأطفال الأصغر عمراً يكونون ميالين لتقبل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين. أما الأطفال الأكبر عمراً وبخاصة المراهقون فإن العكس هو الصحيح.

علاج الوالدين

قد يجد الطبيب نفسه أحياناً غير قادر على مساعدة الطفل المضطرب لسببية الوالدين وعدم مساعدتهم له أو عدم تشجيعهم له، وقد يكون ذلك ناجماً عن وجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لأبنهم.

العلاج النفسي الجماعي

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي وهي:

- 1- الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية و الانفعالية و السلوكية .

2- مجموعات لعب وتبادل الأدوار ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته.

العلاج العائلي

يتم التعامل مع العائلة كمجموعه واحد.

العلاج المهني

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

ومن الخدمات النسبة الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكياً وافتقارياً:

1- الخدمات النفسية الطرئة.

2- خدمات الصحة العقلية و النفسية في المدارس.

3- خدمات الاستشارة النفسي الاجتماعي في المدارس.

الخدمات الطبية

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

الخدمات الاجتماعية

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

تسهيلات السكن

وتشمل المصحات العقلية العامة والخاصة والمراكز النفسية.

برنامج إعادة التأهيل

يعتبر من أهم المشاريع التي تم استخدامها في أمريكا للأطفال المضطربين أو الهدف من هذا المشروع هو تطوير وقيم أداء فاعلية المراكز الداخلية.

ويتم التركيز على هذه الأهداف بالوسائل التالية:

- 1- إعادة ثقة الطفل بمجتمع الكبار .
- 2- مساعدة الطفل على النمو العادي.
- 3- توفير الوسائل والموارد.
- 4- مساعدة مجتمع المعلمين على فهم مشكلات الأطفال.
- 5- مساعدة الطفل على تحديد أهدافه.
- 6- مساعدة الطفل على التخلص من بعض العادات التي تساهم في رفضه من قبل المدرسة.
- 7- مساعدة الطفل على تكوين شعور بالانتماء لمجموعه.

تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية للمضطربين

يلعب الأشخاص المحيطين دورا كبيرا في تنمية المصاب بإعاقة عقلية بدءا من أفراد أسرته وأقربائه ورفاق الحي ثم المربين والجو التعليمي التربوي العام وفي تحد الأطر التي يتحرك خلالها الولد مليا أو إيجابيا وتعتبر المجتمعات العربية من المجتمعات المحيطة في حق المصابين بإعاقات وهذا عائد إلى الكثر من هي العادات والتقاليد البالية التي تحمل هؤلاء التلاميذ أعباء لا قدرة لهم على تحملها ومعظم تلاميذنا ينتشون وبشكل دائم موافقا وبالروف تؤدي إلى تعجزهم بقصد أو دون قصد مما يزيد في إحباطهم ويمنع في دونيتهم وفقدانهم لأبسط حقوقهم.

وأهم الأنشطة التي نعمل عليها مع الطفل التوحدي في مجال تنمية مهارة الاجتماعية والعاطفية والانفعالية :

- 1- الانتباه: النظر إلى شخص يتكلم أو يلعب
 - أ. مراقبة وجه وحركات المعلم أثناء أدائه أغاني الأطفال النظر إلى كتاب مصور مع المعلم
 - ب. مراقبة أشخاص يتحدثون، والتقل بالنظر من أحدهم إلى الأخر.
 - ج. انتظار الدور.

2- التقليد: تقليد حركات بسيطة (كالتصفيق بالأيدي)

أ. تقليد أعمال تتعلق بأشياء (كفزع الطول، أو إطعام لعبة)

ب. تقليد أصوات هزيلة كالسعال والعطس المبتذل.

ج. تقليد كلمات بسيطة.

د. تقليد أصوات الثرثرة المبهمة.

هـ. تقليد رقصة بسيطة.

3- المعرفة الاجتماعية :

أ. معرفة أفراد العائلة عند رؤيتهم أو رؤية صورهم.

ب. معرفة زملائه في الصف ومعرفة معلميه.

ج. اللعب مع الأطفال من عمره.

د. التصرف بشكل موثوق في السوق.

هـ. السؤال عن كيفية الوصول إلى مكان لم يزره سابقاً.

و. معرفة عنوان المنزل ورقم الهاتف.

ز. شراء وجبة طعام بمفرده.



4

الاضطراب النفسي عند الأطفال

أولاً: المهارات التطورية الأساسية الست The Six Fundamental Developmental Skills

هناك ست مهارات أساسية للتطور ترسم قاعدة لكل مراحل التعلم والتطور، والأطفال العاديين يستطيعون الحصول على هذه المهارات بسهولة، ولكن الأطفال المتوحدين والمعاقين بصفة عامة لا يستطيعون الحصول عليها أو السيطرة والتحكم بها. هذه المهارات الأساسية ليحتت مهارات معرفية وإدراكية (لمعرفة الشكل وتسمية الحروف والحساب)، كما أنها ليست من المهارات الاجتماعية المتعارف عليها (مثل أخذ الدور، الجلوس والانتظار)، ولكنها مهارات تطويرية أكثر يطلق عليها "المهارات الوظيفية الانفعالية" لأنها تعتمد على التواصل والتفاعل المبكر مع الحياة، مما يعطي قاعدة أساسية للذكاء والإحساس بالنفس والكينونة، كما أنها قاعدة للمهارات الأخرى كالعد، وأخذ الدور، هذا بالإضافة إلى أنها تنطوي كل المهارات المتقدمة كالتهكير والتعاون وحل المشاكل. وهذه المهارات هي:

1- المقدرة المزبوجة على المشاركة بالنظر، الصوت، الإحساس بالعالم، تهدئة النفس:

فالأطفال الرضع يحاولون التفاعل مع ما يرون ويسمعون ويحسّون، فتراهم بالفريزة يابتغون للوجه الصبوح والصوت الناعم، يتعلمون كيف يستمعون ويفهمون، كيف يستخدمون هذه الأحاسيس الممتعة لتهدئة أنفسهم، هذه المقدرة على التحكم في النفس تعطيلنا المقدرة على التعامل مع المجتمع والحياة من حولنا.

2 القدرة على بناء العلاقات مع الآخرين :

من التجارب الأولى في هذه الحياة تجربتنا مع الوالدين، فنتعلم منهم كيف هو الحب، ونكتشف أنهم وودين عطوفين لذلك أحببتهم ووثقنا بهم، هذه القدرة على التشارك جعلتنا نبنى معهم علاقة حب وتآلف، وهكذا تبنى العلاقات الحميمة مع الآخرين.

3- القدرة على بناء الاتصال المتبادل : Two way communication

مثال على ذلك: "أمي تبسّم لي وأنا أبسّم لها" "أبي يرمي لي الكرة وأنا أدفعها له".

هذه الجهود والأشياء البسيطة هي اتصال مباشر متبادل بين طرفين، تصصح عن رغباتنا، تعطيلنا تفسير أولي لكيفية حصول الحدث، تبدأ ببناء الذاتية والإحساس بالنفس، ومع بداية تعقيدات التفاعل مع الآخرين نتعلم كيف يكون التواصل بالإشارة والكلمة، نفهم

تواصل الآخرين وتفاعلهم معنا، باللفظ والإشارة والتعبيرات الأخرى، وبذلك نبني صرحاً للمشاركة مع الآخرين، وفي نهاية طريق الاتصال المتبادل يكون الحوار والمناقشة.

4- القدرة على بناء الإشارات المركبة لتوضيح مجموعة من الأفعال :

ففي سن قبل المدرسة، يجري الطفل مستقبلاً والده عند الباب، رافعاً اليدين للضم والعتاق، قائلاً في أعماقهم " أنا سعيد بعودتك يا والدي إلى المنزل، ضممني إلى صدرك " وبعد ذلك يتركونه هارين.

5- القدرة على بناء الفكرة :

اللعبة البسيطة كتركيب المكعبات، التحول إلى ألعاب تخيلية، والمكعب يصبح حصناً، حيث الشوير يصارع العليب، الطفل يستخدم هذه المشاهد والصور لإظهار مجال واسع من الأحاسيس والأفكار التي اكتشفها كلما نسي عالمه الخاص، كما أنه يستخدم الكلمات لتحديد رغباته واهتماماته.

6- القدرة على بناء جسرين الأفكار لجعلها حقيقية ومنطقية :

الطفل يبدأ في التعبير عن أفكاره باللعب والكلمات، يشرح أحاسيسه بدلاً من إظهارها. ثم يبدأ في تكوين الأفكار بطريقة منطقية (أنا حزين لأنك أخذت لعبتي).

التحكم في المراحل الوظيفية الانفعالية " Functional Emotional Milestones

هناك ثلاث مجالات في عالم الطفولة نستطيع أن نؤثر على قدرته على التحكم في المراحل الوظيفية الانفعالية" وهذه النقاط هي :

- 1- ذاتية الطفل، والجهد العصبي الذي يعزز أو يعوق هذه القدرة.
- 2- أسلوب تفاعل الطفل مع والديه ومعهم والآخرين.
- 3- أسلوب تعامل الأهل والمجتمع مع الطفل.

التحديات الذاتية : Biological challenges :

الأطفال المتوحدين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على العموم لديهم تحديات

ذاتية تموق قدرتهم على التكيف مع الحياة. وهناك الكثير منها، ومن أجل توضيح كيفية تأثيرها على التطور فمن المجدي تقسيمها إلى ثلاثة أنواع :

1- صعوبة التفاعل الحسي *Difficulty with sensory reactivity*

قد يكون لدى الطفل صعوبة في التفاعل الحسي للعام من حوله من خلال أحاسيس النظر، السمع، اللمس، الشم، الاستطعام، والأحاسيس الجسمية، فقد يكون تفاعل الطفل معها زائداً أو ناقصاً.

2- صعوبات المعالجة *Processing difficulty*

الطفل قد يكون لديه صعوبات في تنسيق وتنظيم المطلبات التي يتلقاها.

3- صعوبات في الإبداع والتسلسل والتخطيط للاستجابة

Difficulty creating & sequencing or planning responses

قد يكون لدى الطفل مشكلة في جعل جسمه يتحرك بالطريقة التي يريها.

كل نوع من التحديات يجعل أمام الطفل صعوبة في التواصل والاندماج مع والديه، مما يعيق قدرته على التعلم والاستجابة والنمو، ولكي نساعد على التطور يجب علينا معرفة عمل كل منطقة من المناطق، وفي حال معرفتنا الأكيدة بمشكلة الطفل بشكل محدد فربما يمكننا عمل برنامج علاجي خاص لحل هذه المشكلة، والأكثر أهمية هي قدرتنا على مساعدة الأهل لمعرفة كيفية حل المشكلة، من أجل مساعدة الطفل على التعلم والاندماج والنمو.

طريقة تفاعل الطفل مع الآخرين:

التحديات الذاتية للطفل تؤثر على تفاعله مع الآخرين، فمثلاً :

-الطفل الذي لديه نقص في التفاعل للمسوت لا يلتفت لمناسبة والدته *Under reactivity*.

- الطفل الذي لديه زيادة في التفاعل للمس قد يكثر وينزوي بطريقة أكثر مما هو متوقع منه عندما يقوم والد بمحاولة حضنه.

ومن السهولة معرفة كيفية تأثير هذه التفاعلات على تطور الطفل، فمثلاً إذا كان الطفل يحاول الاعتماد عن أمه فإنها تحاول الإقلال من التفاعل معه ومناشاته، وقد تعتقد

أنه يرشِب في تركه وحيده، وفي الجهة الأخرى فإن الفهم الخاص لنقص تفاعل الطفل يساعد الوالدين على الانتفاخ حول المشكلة لزيادة تفاعله معهم ومشاركتهم وزيادة التواصل معهم.

تعامل الأهل والمجتمع

الوالدين يختزنون محاولات خاصة للأبوة، فالبعض يعبر عن عواطفه بتلقائية وبحساسية شديدة والآخرين عكس ذلك، البعض متأ يولدون كثيري الكلام والآخرين هادئين صامتين، هذه النزعات بعضها فطري متأصل والآخر مكتسب من العائلة والبيئة المحيطة به، هذه العوامل تؤثر على كيفية تعاملنا مع أطفالنا، مما يجعله سهلاً أو صعباً.

الأسرة الهادئة قد تكون نموذجية للطفل الحساس ذي التفاعل الزائد، ولكن تخويل طفلاً لديه ارتخاء في العضلات وذي تفاعل ضعيف للصوت واللمس وعائلته من النوع المكثوت الهادئ، هذا الطفل لن يجد الحث والتشجيع اللازمين لتتمية قدراته.

وبمعرفة مدى قابلية الطفل للتفاعل يستطيع الوالدين تغيير نمط تعاملهم معه من أجل زيادة المكتسبات التطورية، وحتى مع كون المواقف ذاتية في الطفل فإن طريقة التعامل قد تساعد الطفل على التغلب على تلك المواقف من خلال قدراته الذاتية، ومن المهم مساعدة الوالدين ومشاركتهم بشكل رئيسي.

التقاط السابقة، تحديدات الطفل، تعامله مع والديه، وتعامل العائلة والمجتمع معه، عوامل مؤثرة على قدرة الطفل على التقلب والتحكم في المهارات التطورية، وهي أسلوب التدخل العلاجي للمشاكل التطورية تعمل من خلال هذه النقاط الثلاث من أجل مساعدة الطفل لينمو ويتطور.

إن الهدف من تخصص العلاج النفس للأطفال هو تخطي المشاكل النفسية والعضوية من خلال التدخل المبكر وذلك للحد من انتشار المرض في مرحلة البلوغ، لقد وجد من خلال الإحصائيات في القرن الثامن عشر الميلادي أن فرصة حياة الطفل في لندن حوالي 50% فقط بعد اليوم الخامس من الميلاد وقد كان الأطفال في أوروبا حتى عهد قريب يعانون من التعذيب والقتل والافتقار والتشرد لكثرة الأطفال غير الشرعيين وقد استخدم الأطفال في الأعمال وبالأجر البسيط، ولعدد طويل من الساعات بعد ذلك بدأ الاهتمام الجار بالعلاج النفسي للأطفال.

الصحة النفسية للأطفال

من المعروف بأن الأطفال سريعو النمو والتغير، فهم ينمون جسدياً وفكرياً وعاطفياً واجتماعياً. ويظهر الأطفال الأصحاء المقدرة على الاستجابة للتغير ويستردون صحتهم بعد مواجهة تحديات الحياة، فهم يشعرون بالرضا عن أنفسهم ويتكيفون بشكل جيد مع أسرهم وأصدقاءهم وفي مجتمعهم كما أنهم يستمتعون بالأنشطة المدرسية والأنشطة ما بعد المدرسة.

ومن الأمور الشائعة لدى الأطفال أنهم يواجهون المشاكل. إلا أن أغلب تلك المسوبات هي قصيرة الأمد ولا تتطلب معالجة صعبة نفسية. ولكن إذا كانت هذه المشاكل خطيرة ومستمرة، فعلى الوالدين التماس المساعدة المهنية.

الأمراض النفسية عند الأطفال

- 1- الاضطرابات العاطفية، القلق، الخجل، الميل إلى اليكئاب والحزن. وقد تظهر على شكل أعراض جسدية كالاستفراغ والإسهال واضطراب النوم والشهية أو السمنة، وتناقص أداء الطفل في المدرسة.
- 2- الاكتئاب النفسي وقد يظهر باضطراب في السلوك.
- 3- الخوف المرضي.
- 4- الاضطرابات التحويلية أو ما يعرف (بالهستيريا).
- 5- الوسواس القهري.
- 6- الاضطرابات العقلية كالنصام والهوس.
- 7 أمراض الشخصية، كالشخصية النرجسية والشخصية المعارضة التي تشمل بالمعصيان والتعرد والعدا وإثارة الآخرين.
- 8 اضطراب السلوك كعمل تصرفات غير لائقة مثل انتهاك حقوق الآخرين والتخريب وإشغال الحرائق والمرفقة والهروب من المدرسة واستخدام الكحول والمخدرات.
- 9 ظهور بعض العادات الغير مستحبة كعض الأصابع وقضم الأظافر وتنف الشعر وتمس الأعضاء التناسلية.
- 10- مشاكل النوم بأنواعها.

11- التبول الليلي والتبرز الليلي.

12- فرط الحركة وتشتت الانتباه.

13- اضطرابات الكلام والتأتأة.

14- هناك أمراض عديدة أخرى.

15- اضطرابات التعلق. ويصحب اضطرابات التعلق والمزاج عادة أسس عاطفية شديدة ومتكرر يوم أشهراً أو سنوات. ويعاني هؤلاء الأطفال من خوف وقلق لا مبرر لهما واكتئاب متواصل

16- اضطرابات نقص الانتباه والاضطرابات المعطلة. قد يبدي الأطفال للمصابون باضطرابات نقص الانتباه والاضطرابات المعطلة عجزاً عن الانتباه وإفراطاً في النشاط وسرامة و/أو تحدياً. قد يخالفون الأنظمة والتواعد ويمطون الصفوف المدرسية.

17- اضطرابات الأكل. وتتضمن اضطرابات الأكل عادة قلة الأكل أو زيادته بشكل مفرط، ومشاعر الأسى الشديد حيال شكل أو وزن الجسم

18- اضطرابات المزاج.

دور العائلة في ملاحظة أعراض الاضطرابات النفسية عند الأطفال

عادة لا يشتكي الطفل من معاناته النفسية ولذلك هناك أدوار ترتب على الوالدين أو المدرسين من خلال ملاحظة ما يلي:

1- أمراض النمو وغالباً ما يكون لها أسبابها العضوية، ولكن التفاعل مع الإعاقة يظهر بشكل نفسي كاضطراب المشي والكلام والحركة.

2- أمراض العاطفة، اضطرابات السلوك وهي عبارة عن التصرفات الغير سوية لوجود ضغوط نفسية.

3- الأمراض النفسيولوجية النفسية أو ما يعرف بالاضطرابات الجسمية.

يحتاج الأطفال إلى الحب المعتدل وفرض نظام ثابت وواضح للطفل والاهتمام بإيجاد القدوة التي يتفهمها الطفل. وعدم الاهتمام أو العطف من الوالدين يؤدي إلى اضطرابات الشعور ومن ثم عدم المبالاة بمشاعر الآخرين. وقد وجد أن العسكرة والعنف تصبح صفات أولئك الأطفال عند الكبر.

عندما تلج الأم في إيصال طفلها إلى درجة الكمال من ناحية السلوك والشكل والنظافة والذكاء فإنها متعبه، ولكن عندما لا تتحقق رغبتها فإن تصرفات الأم تتحول إلى نوع من الجفاء والغلظة والعقاب الغير مبرر لتسبل به إلى طموحاتها. ولقد عرف منذ القدم أن العناية بالطفل ورعايته من النواحي الشكليه دون توفير المحبة والعاطفة اللازم لذلك تنتج طفلاً قاتلاً، اعتمادياً وقد يكون ذو سلوك معارضين.

العوامل المؤثرة والمؤدية إلى اضطراب الأطفال النفسي

- 1- الاضطرابات النفسية في الوالدين خصوصاً الأم سواء كان مريضاً عقلياً أو نفسياً أو اضطراباً في الشخصية.
- 2- التطلعات والأمال الكبيرة في المثل مع جعل الأسرة في وضع متوتر، فعندما يفتق الطفل يشعر الوالدين بالدونية والتوتر. وقد يخضع الوالدين طفلهم إلى أساليب لا يتحملها.
- 3- اتساع العائلة والتفاعل مع الأخوة فقد وجد أن وجود أربعة أطفال وأكثر في عائلة واحدة قد ينقص مستوى الذكاء قليلاً، ويقل مستوى الأداء في المدرسة وقد يؤدي إلى جنوح الأطفال بنسبة الضعف مقارنة بالأسرة الصغيرة. كما وجد أن كثرة أفراد العائلة وقلة رعاية الوالدين وضيق المكان من العوامل المؤثرة سلبياً على صحة الطفل.
- 4- العنف تجاه الأطفال وما يؤدي إليه من إصابات الرأس والمخ والتخلف العقلي واضطرابات العلاقة الرابطة والسلوك.
- 5- حدة أحد الوالدين في مرحلة الطفولة خاصة الأم.
- 6- الطلاق بين الوالدين حيث وجد أن نسبة 60% من المطلقين في الولايات المتحدة لديهم أطفال تحت سن 5 سنوات يعانون من الاضطرابات النفسية.

الحدود التي تُعتبر عندها الاضطرابات النفسية لدى الأطفال مألوفة يمكن للعديد من الاضطرابات النفسية أن تبدأ في مرحلة الطفولة. وتشير التقديرات أن واحداً من بين كل عشرة أطفال ومرافقين يعاني من مرض نفسي. إلا أن أقل من واحد من كل خمسة أطفال يتلقى العلاج.

ما هي بعض انواع الاضطرابات النفسية لدى الأطفال؟

قد يصاب الأطفال باضطراب واحد أو أكثر من اضطراب في نفس الوقت. وفيما يلي بعض الاضطرابات الشائعة:

أسباب المرض النفسي لدى الأطفال

إن السبب الدقيق لمعظم الاضطرابات النفسية غير معروف بشكل كامل. وبشكل عام، فإن الاضطرابات النفسية تنشأ عن اجتماع عوامل وراثية وغيرها من العوامل البيولوجية والتنشئة وعوامل بيئية أخرى. وهناك تأثير معقد بين البيولوجيا والبيئة، فالدماغ يؤثر على السلوك والخبرة تؤثر على نمو الدماغ.

من الأمور المألوفة لدى الأطفال أن يسيئوا التصرف أو يشعروا بالقلق أو الحزن. يقول الأطفال الذين بلغوا السنتين من العمر "لا"، أما المراهقون، فإنهم يستجوبون السلطة. لذلك ضمن المهم التمييز بين التغيرات السلوكية النموذجية وسمات المشاكل الأكثر خطورة. فالمشاكل تستحق عناية أكبر عندما تكون شديدة ومتواصلة ومؤثرة على الأنشطة اليومية للطفل.

تم المساعدة من خلال :

استشارة طبيب الأطفال من خلال إجراء فحص طبي شامل للطفل. وإجراء بحث إلى مزيد من التقسيم أو المعالجة من قبل اختصاصي في المشاكل السلوكية للأطفال واختصاصيي الصحة النفسية الأطباء النفسيون واختصاصيو علم النفس والعاملون في الخدمة الاجتماعية ومعالجو شؤون الزواج والعائلة وممرضات الطب النفسي ومعالجو السلوك.

كما يمكن الاتصال بعدسة الطفل حيث يمضي الأطفال قصما كبيرا من يومهم في المدرسة. كما أنه من الممكن أن يستطلع المعلمون ومستشارو المدرسة أن يقدموا المساعدة فالاضطرابات النفسية قابلة للمعالجة. وهناك مجموعة من العلاجات لأغلب الاضطرابات النفسية. وتنقسم أغلب العلاجات إلى فئتين عامتين هما العلاجات النفسية الاجتماعية (المعالجة النفسية وخدمات أخرى) والعلاجات الصيدلانية (الأدوية). وجمع هاتين الفئتين معا، وهو ما يسمى بالمعالجة متعددة الأشكال، قد يكون في بعض الأحيان أكثر تأثيرا، ويجب أن تكون العلاجات عادة مصممة خصيصا من أجل المريض وفقا لحالة الطفل.

أعراض المرض النفسي عند الأطفال

الأطفال ما قبل المدرسة preschool children

ثورات المزاج temper tantrums

تعترى بعض الأطفال ثورات مزاج شديدة وتتميز هذه بإثارة اهتمام الأهل وبالضبط غير المنظم، فالطفل الذي تثور أعصابه بهذا الشكل سرعان ما يحاول أهله تهدئته بالكافآت والترضية والوعود. وقد يحاولون أحياناً ضبط سلوكه بحزم وأحياناً أخرى بالترضية الزائدة. وتعالج هذه الحالة بوضع حد حازم لما هو مسموح به من السلوك، ومواجهة الموقف بهدوء، وتناول الضبط في كل مرة وعدم اللجوء إلى الترضية الزائدة. وعادة ما توجد مشاكل زوجية تمنع من التنسيق بين الزوجين في مواجهة هذه المشكلة، فيجب الانتباه إلى ذلك ومحاولة المساعدة في حل المشاكل الزوجية.

اضطرابات النوم

الأحلام المزعجة: nightmares

وهي كثيرة الحدوث في هذه المرحلة من الطفولة وتعالج بتطمين الطفل والشرح للأهل بأن العائلة مؤمنة.

أما الفزع الليلي night terror فيختلف بأن الطفل يصحو فرحاً، وقد يصيح ويبعد فرحاً، ولا يستجيب لمحاولات التهدئة والتطمين وكأنه غير واع لها. وهي اليوم التالي لا يذكر شيئاً عن حصول الحالة، وإذا كانت كثيرة التكرار فيفضل عمل مخملط للدماغ، وقد يعطى الطفل علاجاً مهدئاً قبل النوم لفترة محدودة.

وهناك أيضاً حالة المشي أثناء النوم sleep walking حيث يمشي الطفل بصورة ميكانيكية فاتحاً عينيه، ومتجنباً الاصطدام بالأشياء، وبعض الأحيان متوتر الأعصاب ولا يتجاوب مع الأمسلة. وهو يصحو بصعوبة مع أنه يمكن قيادته بسهولة إلى العودة للفراش. وعادة ما لا تتجاوز هذه الحالة بضع دقائق ولكنها قد تستمر إلى ساعة في بعض الأحيان يقوم أشاها الطفل بأعمال معقدة مثل فتح الباب والخروج من المنزل. ويحصل المشي أثناء النوم من نوع REM-Non في الجزء الأول من الليل.

ولا يوجد علاج حثس لهذه الحالة وإنما تعمل إجراءات حماية للأبواب والشبابيك والأدراج لمنع تآذي الطفل. ولا تستمر الحالة إلى الكبر إلا في حوالي 15% من الحالات.

الأطفال الأكبر سناً

اضطرابات القلق Anxiety Disorders

يكون الطفل في حالة من التوجس والخوف والتهيب ومعتمداً على والديه أكثر من العادة، وفي الليل تتنابه الأحلام المزعجة وفي النهار يجد صعوبة في تركيز انتباهه. وقد يشكو من أعراض جسمية مثل الصداع والغثيان والتقيؤ وآلام البطن، كما يعبر إلى القلق الزائد على الامتحانات أو المشاركة في النشاطات العادية مع الأطفال الآخرين. وبعضهم قد يعاني من الوسواس والرهابيات.

والعلاج يتضمن الانتباه إلى وجود عوامل مسببة مثل الأحداث الضاغطة stresses والمشاكل الأسرية، ويشجع الطفل على التحدث عن همومه ويطمأن بصورة مناسبة، كما يشجع الأهل على التصرف بطرق تقلل من قلقه، ولا تستعمل المهدئات إلا في الحالة الشديدة ولفترة قصيرة.

ومن أشكال القلق ما يلي :

1- قلق الانفصال: يظهر هذا القلق بالتصاق الطفل بأبوية وانزعاجه البالغ لأي اختراق عنهم. وقد يتلقى الطفل على إمكانية مرض الأبيين أو حصول حادث لهما. وقد يكون هذا النوع جزءاً من حالة قلق عام عند الطفل، أو حالة مستقلة ناجمة عن تجربة مؤثرة مثل دخول أحد الأبيين للمستشفى أو التهديد بالطلاق. كذلك فإن المبالغة في حماية الطفل قد تولد عنده قلق انفصال طويل الأمد.

2- الرهاب: وهو حالة قلق أو خوف شديد بشكل لا يتناسب مع السبب المثير للقلق مثل الرهاب من الظلام أو الحشرات أو بعض الحيوانات الأليفة، أو الخوف من الغرباء والتناس إجمالاً، والشعور بالحرج والخجل والبقاء صامتاً عند الاختلاط مع الناس والخوف من المدرسة. وإذا لم يجد في هذه الحالات التشجيع والتعلم فإنه يمكن علاجها بالعلاج السلوكي.

3- الشكوى من أعراض جسدية: قد يشكو الطفل من أعراض جسدية ليس لها سبب عضوي مثل آلام البطن، الصداع والغثيان. وعادة ما يكون هناك ظروف ضاغطة أو أنها ترافق القلق.

وتعالج بمحاولة علاج أسبابها أن عرفت، وتشجيع الطفل أن يتكلم عن قلقه ومشاكله، وإشغال الطفل بنشاطات ممتعة له تصرف انتباهه عن أعراضه.

4- الأعمال القهرية والأفكار الوسواسية، عادة ما تكون في الطفولة جزءاً من حالة قلق أو اكتئاب، وتلدراً ما تشكل حالة مرضية مستقلة قبل سن المراهقة.

الاكتئاب عند الأطفال

كان يعتقد أن الاكتئاب كمرض لا يحصل عند الأطفال، لكنه ثبت أنه يحصل ولكن أعراضه قد تكون مختلفة عنها عند الكبار.

1- من سن 7 شهور - 30 شهراً يحصل اكتئاب (anaclitic depression) سببه انفصال طويل من قبل الشخص المسؤول عن العناية بالطفل (أكثر من أسبوع)، والأعراض تتضمن فقدان الشهية وفقدان الشهادة، المعتاد وتعبيراً كتيبياً على الوجه، والعلاج طبياً هو إنهاء الانفصال واستعادة العلاقة السابقة.

2- الأطفال قبل دخول المدرسة؛ تظهر الأعراض على شكل صعوبات سلوكية مثل التحرك الزائد والعدوانية، وقد يكون السبب هو الانفصال كما سبق أو شعور الطفل بمجزءة عن السيطرة على التبول، والعلاج يتركز حول تحسين ظروف الطفل وقد يحتاج إلى علاج نفسي داعم.

3- الأطفال بعد سن المدرسة؛ قد يعانون من أعراض الاكتئاب المعروفة عند الكبار مثل قلة الشهية واضطراب النوم والشعور بالاكتئاب وفقدان الاهتمام بالمدرسة وصعوبة التركيز، والميل للعزلة وفقدان الكلام، وسرعة الاستثارة والتوتر وإذا كان الطفل خجولاً برزت هذه الصفة بشكل أكبر، كما يشعر الطفل بالحرج والأرتباك إذا ما وجه له مدح، وقد يكون سبب الحالة هي هذه المرحلة الشعور بالعجز أو عدم الكفاية في مواجهة مشروبات التكيف، والعلاج النفسي يفيد في استعادة الطفل لثقته بنفسه.

4- الأطفال في سن المراهقة؛ تظهر عندهم أيضاً أعراض الاكتئاب المعروفة عند الكبار، وخاصة الشعور العام بالملل والضياع بالنسبة للمستقبل كما وتحصل اضطرابات سلوكية مثل ثورات الغضب والتنهيج في البيت واللجوء إلى التدخين والخروج ليلاً بدون إذن وربما السرقة والكتب.

العلاج بشكل عام :

تستعمل مضادات الاكتئاب في الحالات الشديدة بالجرعات المناسبة، ولا يجوز استعمالها بمعزل عن العلاج الأسري والفردى، ويتولى الأهل إعطائها بأنفسهم.

متلازمة توريت Tourettes Syndrome

تتكون هذه المتلازمة من حركات لا إرادية غير هادفة (ثورات)، بما فيها ثورات صوتية مثل استعمال عبارات شتم وبشكل لا إرادي. وقد تسبق أو تلو الثورات الحركية هذه الثورات الصوتية (vocal tics). إن الضغوط النفسية قد تزيد من شدة هذه الأعراض ولكن السبب الحقيقي غير معروف وأكثر الاحتمال أن يكون العيب عضوياً.

وليس هذه الحالة نادرة كما كان يعتقد سابقاً، وتسبب حرجاً كبيراً للمصاب إذ قد يظن الآخرون أنه يشتمهم. وإذا كان كبيراً فربما يقعد عمله بسببها. وهي لا تستجيب لمحاولة السيطرة الإرادية عليها.

تكثر هذه الحالة عند الأولاد وتبدأ قبل سن 21 وعادة في الطنولة المبكرة وفي كثير من الحالات نجد تاريخاً أسرياً لهذه الحالة. وهي تحصل في جميع طبقات المجتمع بدون تمييز.

وعلاجها دوائي بالدرجة الأولى ويضاف إليه العلاج النفسي العام:

1- استئارة الجهاز التناسلي عند الأطفال: masturbation

يحدث هذا السلوك عند كل الأطفال بدون استثاء خاصة بين سن 3.5 - 6 سنوات. وهو ليس حالة مرضية لكن الأهل قد يراجعون الطبيب بشأنه وخاصة إذا كان السلوك مفرطاً. مع العلم أن الإضراب هو دلائل على نقص الإثارة في حياة الطفل من مميزات وألعاب ومداعبة أو ناتج من زيادة التنبيه الجنسي في محيطه. والعلاج في الحالة الأولى هو وضعه على برنامج متدرج من الإثارة stimulation وفي الحالة الثانية أن تتحرى تعرض الطفل لإثارة جنسية متعمدة أو سلوك جنسي تجاهه.

التبول اللا إرادي: Enuresis

يقصد بهذه الحالة عدم القدرة على التحكم في التبول بدون وجود أسباب عضوية لذلك، وقد يكون ليلاً (nocturnal) نهاراً (diurnal). وقد يكون مستمراً منذ الولادة أو مبدئياً (primary) أو بعد فترة من التحكم الطبيعي وليس ثانوياً (secondary). ويعتبر سن خمس سنوات هو الحد بين اعتبار الحالة طبيعية أو مرضية. وتسبب هذه الحالات إحراجاً للطفل وربما اضطرابات نفسية إذا ما عومل بقسوة بشأنها.

وقد تمنعه من النوم خارج البيت أو السفر في عطلات... وتحصل هذه الحالة عند 10% من الأطفال في سن خمس سنوات وتنزل إلى 4% عند الأطفال الذكور منها عند الإناث مع أن عدم التحكم النهاري أكثر عند الإناث من الذكور.

الأسباب :

تتجم الحالة عن تأخر في نضوج الجهاز العصبي المشرف على هذه الوظيفة. ولا يوجد أي مرض نفسي عند الأغلبية الساحقة من هؤلاء الأطفال. إلا أن الأسباب النفسية قد تلعب دوراً في بعض الحالات وخاصة الثانوية منها. كما أن التدريب على استعمال المرحاض قد يكون ناقصاً أو مبالغاً فيه.

المعالجة :

بعد التأكد من عدم وجود سبب عضوي تقوم بما يلي:

- 1- يُشرح للأهل أن الحالة شائعة وأن الطفل غير ملام عليها. وأن العقاب والثوم لا يفيد.
- 2- يطلب من الأهل مكافأة الطفل في الأيام التي لا يبذل فيها القرائن. إن الكثير من الأطفال في سن 5 أو 6 سنوات يتحسنون فقط بعد اتباع هذه التصالح لكن الأكبر منهم يحتاجون إلى أكثر من ذلك ولذا:
- 3- يقيّد استعمال السوائل قبل النوم. ويجب أن يذهب الطفل إلى المرحاض قبل النوم. ويصحى بعد النوم بساعات قليلة للذهاب للمرحاض مرة ثانية.
- 4- يستعمل الأهل بطاقة أو ورقة خاصة يوضع عليها نجمة عن كل يوم لا يبذل فيه كمكافأة له.
- 5- استعمال الأدوية ثلاثية الحلقات بجرعات صغيرة من 10-25 ملغرام قبل النوم.
- 6- استعمال جهاز جبرم الإنذار Bell and Pad في حالة عدم الاستجابة على الطريقة السابقة. إن أكثر الحالات تستجيب للعلاج خلال شهر - 3 أشهر حيث يتمكن الطفل من السيطرة على التبول تماماً بعد العلاج.

التبرز اللا إرادي Encopresis

وهو نادر الحدوث، وغالباً ما يدل على وجود مشكلة شديدة في العلاقات مع الأبوين يواجهها الطفل بهذا الشكل كسلوك احتجاجي.

العلاج :

تبحث عن وجود أي سبب عضوي ثم يجري تقييم وضع الأسرة وعلاقتها مع الطفل وتقييم أي ظروف ضاغطة على الطفل، ويتم تدريب الطفل بالجلوس على مقعد المرحاض لمدة عشر دقائق بعد كل وجبة طعام، وغالباً ما تزول الحالة بعد هذه الإجراءات، ولا تطول الحالة عادة إلى سن 13 حتى وإذا لم تعالج.

اضطراب السلوك Conduct Disorder

هو أكثر الاضطرابات حدوثاً عند الأطفال الأكبر سناً والمراهقين. ويتميز بسلوك معاد للمجتمع شديد ومستمر، ويظهر في الطفولة المبكرة بشكل عدوانية تجاه الأطفال الآخرين ولثورة على الأيوين ونشاط مفرط، وفي مرحلة متقدمة من الطفولة يتظاهر بشكل عصيان وكذب وشتم أو ضرب في المدرسة وتقييد عن المدرسة truancy وسرقة وتعريب بدون هدف وإشغال النيران، وقد تصبح الفتيات المراهقات إباحيات جنسية، أو يلجأ الأطفال الكبار والمراهقون إلى استعمال مواد الإدمان والكحول.

الأسباب :

تكثر هذه الحالات في الأسر المحطمة التي يمسوها عدم الاطمئنان والرفض، وفي الأحياء شديدة الاكتظاظ بالسكان حيث يكثر الإجرام. وفي بعض الحالات يكون هناك استعداد في شخصية الطفل مثل هذا السلوك بغض النظر عن ظروفه ويطابق عادة مع صعوبات في القراءة والكلام.

العلاج :

ينصح العلاج الأسري والسلوكي في الحالات الخفيفة والمتوسطة، أما الحالات الشديدة فتحتاج إلى الإدخال إلى وحدات خاصة لعلاج هذه الحالات وإلى مدارس خاصة.

خلل الانتباه وفرط النشاط الحركي

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD , ADHD)

ذلك هو الاسم حسب DSMIV أما ICD فيستخدم المصطلح (Hyperkinetic Disorder).

الوصف السريري للحالة:

تظهر علامات فرط النشاط عندما يبدأ الطفل المشي، وأحياناً قبل ذلك فهو يتحرك ويعبث في كل شيء باستمرار، ولا يستطيع تركيز انتباهه إلا لفترة قصيرة. وفي الحالات الأشد يكون اندفاعها في سلوكه، لا مبالياً، يعرض نفسه للحوادث. وتحدث عنده ثورات مزاج وعدوانية كلامية وجسدية نحو الأسرة تستنفذ طاقة الأسرة وترهقها. وينقلب مزاجه، وغالباً ياتجاه الاكتناب. كما تكون لديه صعوبات في المدرسة مع المعلمين أثناء الحصص، حيث لا يفتبه ويعبث في الأشياء ويمزج مع من حوله، ويعطي انطباعاً للمدرس بأنه مشاغب لا يحترم الدرس أو المعلم. مما ينخله في دوامة من العقوبات المدرسية، كما أنه نادراً ما يقوم بواجبات المدرسة المنزلية، ويكون تحصيله الدراسي أقل مما يبدو من ذكاءه في تصرفاته وكلامه. ومع الزمن يصبح معروفاً في المدرسة بثورته وشغفه ونقمة المعلمين و الإدارة عليه، لاعتقادهم بأنه لا يحترمهم أو يقدر جهودهم. وقد يتعرض للضرب أو العقوبات الشديدة مما يزيد في مشكلته سوءاً.

الانتشار:

كان يعتقد أن هذه الحالة قليلة الحدوث أما في السنين الأخيرة فقد تبين أنها منتشرة على نطاق واسع حتى حدوثها قدر بـ 20% من السكان في الولايات المتحدة على درجتها المختلفة الخفيفة والمتوسطة والشديدة. ولكن يبدو أن ذلك ناشئ عن استعمال مواصفات مبالغ فيها للتشخيص.

الأسباب:

الأسباب هنا غير معروفة، وهناك اقتراحات عن أسباب وراثية أو تلوث البيئة أو الظروف الاجتماعية، لكنه لم يثبت شيء لغاية الآن. والذي يبدو أن خلال الانتباه لايعني دائماً عدم القدرة على الانتباه بل في بعض المواقف يكون الانتباه شديداً ولفترة طويلة مثل الأعمال الميكانيكية أو الألعاب الالكترونية ولكن القدرة على الانتباه تقل في مواجهة الشرح النظري أو القراءة.

العلاج:

لأسباب غير معروفة وجد أن المنبهات Stimulants مثل الـ Methylphenidate لها تأثير مناقض على هذه الحالات، فهي تقلل من فرط النشاط وما يتبعه من اندفاعية حتى أنها تحسن الانتباه وليس لها تأثير إدماني لكن لها بعض الأمراض الجانبية، مثل ضعف

الشهية للأكل والتوتر. وقد يحصل تخفيض في سرعة النمو. ويحتاج الآباء والمعلمون إلى تعليم خاص بهم يعتمد على أساليب عملية في التعليم أكثر من التمرين والحفظ. وتحسن هذه الحالة مع التقدم في السن وتزول في معظم الحالات قبل سن الـ 18 إلا أنها في الحالات الشديدة قد تستمر في الكبر.

حالة التوحد عند الأطفال (Autism)

والبعض يسميها التوحد، وهي حالة من اضطراب شديد في السلوك تبدأ في الطفولة المبكرة بين سن 3-8 سنوات. وهي نادرة حيث يقدر حدوثها بـ 40:30 حالة لكل مائة ألف طفل، وتحدث بنسبة أربع مرات أكثر عند الذكور منها عند الإناث.

ومظاهرها الأساسية هي:

1- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، حيث يجد الأبو أن طفلهما لا يتجاوب مع الابتسام والمداعبة، ولا مع الآخرين، ولا يوجد فرق في سلوكه تجاه الناس وتجاه الأشياء الجامدة. وقد يظهر عند بعضهم سلوك التصاق يفر من أفراد العائلة فقط مثل الأم أو الأب. وقد يكون هذا السلوك الانتحاشي تجاه شيء ما مثل كأس أو مسحن أو معلقة... الخ وتسميهم أيضاً بتجنب النظر في العينين gaze avoidance أو الاتصال عن طريق العينين.

2- تحسن الحالة بعد فترة من نمو القدرة على الكلام عند الطفل ثم تتدهور هذه القدرة وتزول كلياً ولا تعود، أو تعود بعد فترة طويلة. وهذا جزء من خلل يصيب القدرات المعرفية cognitive deficit ويؤثر حتى على الاتصال غير الكلامي nonverbal communication.

3- الانزعاج ومقاومة أي تغيير في محيطهم، فهم يصرون على أكل نفس الأطعمة ونفس الألعاب ونفس الملابس وبقاء ترتيب البيت وأثاثه كما هو.

4- قد يبدو عليهم تقلب انفعالي شديد، هم يخافون أو يشعرون بدون سبب ظاهر وقد يصبحون مفرطين الحركة ومضطربين النوم ويبللون أو يتبرزون في فراشهم. وتحصل عند 25% منهم توبات صرعية لدى الاقتراب من سن المراهقة.

الأسباب :

غير معروفة مع العلم أن الخلل الأساسي هو في القدرات المعرفية وخاصة التفكير الرمزي واللغوي.

المصير :

عند حوالي نصف الحالات من الأزمات تنمو القدرة على الكلام. ولدى حوالي 10-20% يستطيعون مع الزمن الالتحاق بالمدارس العادية والقيام بمهنة أو عمل منتظم، و10-20% آخرون يستطيعون البقاء في البيت والتعلم في مدارس خاصة ولا يستطيعون العمل، والباقي لا يستطيعون العيش بدون الاعتماد على الآخرين.

العلاج : هناك 3 عناصر للعلاج.

- 1- مواجهة السلوك غير العادي: وذلك بدراسة عوامل حدوث هذا السلوك ومحاولة تعديله.
- 2- التعليم، وأغلبهم يحتاج إلى مدارس خاصة وبعضهم يحتاج إلى مدارس داخلية أو مراكز نهائية. والهدف هو تمكين الطفل من الاستفادة مما تبقى من إمكانياته لأقصى حد تمكن.
- 3- الدعم المعنوي والاجتماعي لأسرة الطفل.

الميكم الانتقائي : Selective Mutism

وهي حالة من عدم الكلام في مواقف معينة فقط، مع غياب أي اضطراب أو عيب في الكلام أو النطق. فالطفل يتكلم مثلاً بصورة عادية في المنزل لكنه في المدرسة يصمت تماماً عن الكلام، وقد يرفض أيضاً المشاركة في اللعب إذا ما طلب منه ذلك. وتتحسن هذه الحالة عادة خلال خمس سنوات في نصف الحالات، وبعد هذه المدة من غير المؤكد ماذا يحصل. والسبب غير معروف.

العلاج :

نتجه في العلاج إلى الظروف، الضاغطة في المدرسة أو البيت التي يشتبه أنها تساهم في شدة الحالة.

الإساءة للأطفال Child Abuse

يشمل ذلك الإساءة الجسدية، والجنسية، وبمعنى أشمل الإساءة العاطفية، والإهمال المتعمد.

1- الإساءة الجسدية،

تعني تعمد إيذاء الطفل جسدياً عادة من قبل أحد الأبوين ففي المجتمعات الصناعية يقدر أن طفلاً من كل ألف يؤدي لدرجة تكسير العظام أو النزيف حول الدماغ. والإصابات الأخف من ذلك أكثر حدوثاً، وغالباً ما لا تصل للطبيب.

تكتشف هذه الحالات عندما يحضر الأهل طفلاً مدعين أنه تعرض لحادث أو يبلغ الأقارب أو الجيران أو الأصدقاء عن حاله للشرطة أو الجمعيات المهتمة. ويتم التشخيص بناء على :

- طبيعة الأذى وموقعه.
- سوابق لأذى مماثل آثار الشبهة.
- التأخر في طلب المساعدة وعدم الاكتراث عند الشكوى من الجروح أو الأذى.
- سلوك متخوف من قبل الطفل تجاه الوالدين.

اسباب الإساءة للأطفال:

- 1- أسباب اجتماعية : كثر في الأحياء التي ينتشر فيها العنف وتكثر البطالة وحيث يكون الإسكان والتعليم ذا مستوى غير مرضٍ، ولا يوجد شعور بالانتماء إلى المجتمع.
- 2- أسباب تتعلق بالأبوين: معظم الذين يقومون بالإساءة للأطفال إما أن يكونوا سفوري السن، مضطربي الشخصية، معزولين اجتماعياً ونفسياً أو يكون زواجهم معطلاً أو لهم سجل إجرامي، والقليل لهم سجل مرضي نفسي، والكنجيز من الآباء يكونون أنفسهم قد تعرضوا للإساءة وهم أطفال.
- 3- عوامل في الطفل نفسه: الأطفال الذين ولدوا خدج واحتاجوا للبقاء في المستشفى فترة طويلة، أي الانفصال عن الأبوين في الفترة التي يتكون فيها رابطة الأمومة والأبوة، الأطفال الذين بهم تشوهات ولادية أو أمراض مزمنة أو ذوي مزاج سيء، أو سلوك انتحاعي تخريبي.



5

الإعاقة البصرية

تقديم

إن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما يمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم، فاهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد، والتحول من اعتبارهم عالة اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

الإنسان يعتمد على حواسه الخمس: السمع، والبصر، واللمس، والشم، والذوق، في الحصول على المعلومات والتعرف على البيئة المحيطة به، فبما أن الجزء الأكبر من التعليم يتم عن طريق حاسة الإبصار، فإن تلك الحاسة هي التي تتولى عملية تنسيق وتنظيم الانطباعات التي يتم استقبالها عن طريق الحواس الأخرى.

وبذلك فالعاق بصريا يعيش عالماً ضيقاً محدوداً نتيجة لعجزه ويود لو استطاع التخلص منه والخروج إلى عالم المبصرين، فهو لديه حاجات نفسه لا يستطيع إشباعها، واتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين، ويواجه مواقف فيها أنواع من الصراع والقلق. كل هذا يؤدي بالعاق بصريا إلى أن يحيا حياة نفسه غير سليمة، قد تؤدي به إلى سوء التكيف مع البيئة المحيطة به.

تعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية بما يؤثر سلباً في أدائه وتطوره. ويعرف اشروفت و زامبون (Ashroft&Zambone) الإعاقة البصرية على أنها عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تتغير أنماط النمو عند الإنسان.

تعريف الإعاقة البصرية

تعريف الإعاقة البصرية لغوياً، تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية التعرف بالشخص الذي فقد بصره وهذه الألفاظ هي:

كلمة الأعشى: وهي مأخوذة من أسل مادتها وهي العماء، والعماء هو الضلالة، والعمى يقال في فقد البصر أصلاً، وفقد البصر مجازاً وكلمة الأكمة: فمأخوذة من الكمه، والكمه هو العمى قبل الميلاد.

وكلمة **العمه**: مأخوذة من العمه، والعمه كما هي لسان العرب **التصهر** و**التردد**، وقيل العمه **التردد** في الضلالة والتعير في منازعة أو طريق، ويقال **العمه** في **الفتشاد** البصر والبصيرة، وقيل أن العمه هي **البصيرة** ك**العمى** في البصر.

وكلمة **الضرب** فهي بمعنى **الاعمى**، لأن **الضرب** هي **العمى**، و **الرجل الضرب** هو **الرجل القاعد** ليصده.

وكلمة **العاجز** فتطلق على **المكفوف**.

وكلمة **الكفيف** أو **المكفوف**: فأسلمها من **الكف** ومعناها **المنع**. و**المكفوف** هو **الضرب** و**جسمها المكافيف**.

كما ويعرف **ديموت (demott)** **الإعاقبة البصرية** بأنها **ضخف** في أي من **الوظائف البصرية الخمسة** وهي:

أ. **البصر المركزي** ب. **البصر المحيطي** ت. **التكيف البصري** ث. **البصر الشاشي** ح. و**رؤية الألوان** وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين. ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شهوعا الإعاقات التي تشمل **البصر المركزي** و**التكيف البصري** و**الانكسار الضوئي**.

ومن أكثر التعاريف المستخدمة حاليا تعريف **بارجا (Barraga)** والذي ينص على:

أن **الأطفال المعوقين بصريا** هم **الأطفال** الذين يحتاجون إلى **تربية** خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية الأمر الذي يستدعي **إحداث** تعديلات خاصة على أساليب **التدريس** و**المنهج** ليستطيعوا **التجاح** تربويا. ومن ناحية عملية يصنف **الأطفال المعوقين بصريا** إلى **فئتين**:

أ. **الفئة الأولى**: هي فئة **المكفوفين** وهم أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق عليها اسم **قارئ برايل (Braille Readers)**.

ب. **الفئة الثانية**: هي فئة **المبصرين جزئيا (partially seeing)** وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضا **قارئ الكلمات الكبيرة (large-type readers)** أما **التعريف** التلوثي المليي للإعاقبة البصرية فهو يعتمد على **حدة البصر**.

والمقصود بحدية البصر هو القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة مثل قراءة أحرف أو أرقام أو رموز أخرى وعلى وجه التحديد فإن حدة البصر هي الأيسار العادية هي 20/20 أو 6/6 وذلك يعني أن الفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة متان على بعد 20 قدم أو 6 أمتار. فإذا كانت حدة البصر لدى الفرد 200/20 أو دون ذلك فهو مكفوف طيباً.

التعريف التربوي للمكفوف المكفوفين و الميصرين جزئياً (ضعاف البصر) حيث يعرف المكفوف تربوياً بأنه شخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط (يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإن عايه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق بريل. وعلى أية حال فالمكفوف لديه عادة شيء من القدرة البصرية أو مايسمى بالبصر الوظيفي (functional vision)

التعريف القانوني للإعاقة البصرية:

المكفوف هو شخص لديه حدة بصر تبلغ 20/200 أو أقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة أو لديه حقل إبصار محدود لايزيد عن 20 درجة ضعيف البصر (المبصر جزئياً) هو شخص لديه حدة بصر أحسن من 20/200 ولكن أقل من 20/70 في العين أقوى بعد لإجراء التصحيح اللازم.

التعريف التربوي للإعاقة البصرية:

المكفوف هو شخص يتعلم من خلال القنوات اللمسية أو السمعية. ضعيف البصر: هو شخص لديه ضعف بصرى شديد بعد التصحيح ولكن يكون تحسين الوظائف البصرية لديه. محدود البصر: هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية. تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية : الإعاقة البصرية الشديدة، حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود .

الإعاقة البصرية الشديدة جداً؛ حالة يجيد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.

شبه العمى: حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.

العمى: فقدان القدرات البصرية.

نسبة حدوث الإعاقة البصرية

معدل حدوث الضعف البصري للأفراد تحت سن 18 عاماً حوالي 12.2/1000 أما الإعاقة الحادة (الفقد للبصر كلية) يحدث بمعدل 0.6/100 شخص.

ملامح الإعاقة البصرية

يعتمد تأثير المشاكل البصرية على مدى حدة فقد البصر، نوع فقد الشخص له (كلياً أم جزئياً)، السن الذي فقد فيه، وظائق الأجهزة الأخرى عند الإلتحاق.

عندما يصاب الشخص بإعاقة بصرية منذ الصغر لايد من تقييمها في مرحلة مبكرة للتدخل في البدايات قبل تعقد الحالة ولا يصبح هناك حلاً ملاماً لها - وأولى هذه المشاكل هي العملية التعليمية بحدوث تأخر فيها . لذا فإذا كان الطفل الصغير يعاني من ضعف ، الرؤية وليست لديه التزعة الاستكشافية للأشياء من حوله في البيئة، فيتقد إلى فرص تعلم الأشياء، ولا تتاح له الفرصة إلى أن يتواضه له المداعم القوي أو أن يتدخل طرف خارجي من المحيطين به يدفعه إلى عمل ذلك، لأن الطفل في سن صغيرة يبني خبراته من خلال التعلم واكتساب الخبرات ممن حوله مع تقليدهم وإذا لم يستطع رؤية من حوله من الأصدقاء أو الأقارب فلن يستطيع التقليد أو أن يسهم الإيمادات غير الشفهية وبذلك تخلق أمامه نوعاً من عدم الاستقلالية.

لكن بالمعرفة يمكن إدخال الوسائل التكنولوجية الحديثة لاكتساب الخبرات التعليمية، وبالنسبة للشخص الفائق لبصره بشكل جزئياً هناك وسائل عديدة من أجهزة الكمبيوتر، شرائط الفيديو مخصصة له . أما لفاقدي البصر كلية أو من يعانون من ضعف حاد يمكنهم التعلم بواسطة مواد تعليمية مطبوعة بأحرف كبيرة، نسخ الكتب على شرائط تعليمية، أو التعلم بطريقة برايل.

تطور وعاية الإعاقة البصرية

قديمًا: لم تكن هناك أي رعاية تربوية تذكر أبان تلك العصور حيث عاش المعاق بصرياً عيشة يؤس وشقاء حيث يلجأ بعض الآباء إذا كف بصر بعض أبنائهم إلى استدراج عطف

الناس عند التمسول، ولقد ورد في الكتابات القديمة لأفلاطون وأرسطو ضرورة التخلص من المعاق بصرياً بالإعدام أو التنقي خراج البلاد، وجاء ذلك في قوانين ليكروجوس وسولون، وهي روما ظل الناس شثرة طويلة من الزمان يفرقون المعاق بصرياً في نهر التيرير حتى جاء رومولوس فعد من هذا التصرف بعض الشيء إذ طلب ضرورة تشكيل جمعيات أهليه لبث في مدى صلاحية المعاق بصرياً للمواطنة الصالحة من عدمه، ولعل مرد هذا النبه للمعاق بصرياً يرجع إلى بعض المعتقدات والخرافات الثقافية التي كانت سائدة عنه تلك الفترة كالخرافة الثقافية القائلة بأن لمس المعاق بصرياً قد ينقل العدوى إلى الملامس وإن يديه خطرتان على الصحة العامة حتى إن بعض الأمهات لا يسمحن للمعاق بصرياً يلمس أطفالهن، وتظهر طبيعة ذلك النبه الاجتماعي في رفض المجتمعات القديمة للمعاق بصرياً بممارسة أي عمل إلا في أضيق الحدود، فهي مصر القديمة مثلاً عين المعاق بصرياً في بعض الأعمال البسيطة.

كما إن بعض المجتمعات كانت تعتبر المعاق بصرياً تجسيد لعنة الآلهة ولذلك كان المعاق بصرياً يلقي ألواناً من الاضطهاد والإذلال قد تصل إلى حد القتل، وبعض الجماعات القديمة كانت تعتبر المعاق بصرياً عالة على المجتمع وأنه يضعف من قوتها وشأنها فلا تناص من الخلاص منه عملاً بالبدا الذي كانوا يؤمنون به وهو ضرورة الاستغناء عن كل عضو ضعيف في المجتمع.

حديثاً، صدر في إنجلترا عام 1601 قانون اليزابيث للفقراء ولقد استفاد المعاق بصرياً من هذا القانون بحسيناه من الفقراء إلى جانب المنح التي كانت تمنح له من وقت إلى آخر حيث كان الإحسان فقط هو وسيلة لتكيف المعاق بصرياً آنذاك، أما في فرنسا فقد أتيت له حرية البحث عن الطعام في الطرقات واستشارة الناس بتمن الوسائل حتى أمس لذلك لويس ملجأ لإيواء ثلاثمائة معاق بصرياً وكانت الخدمات التي تقدم له تستهف رفح معنوياته وتكفيه مع من حوله وما حوله.

وكانت أول محاولة للرعاية التربوية للمعاق بصرياً في تلك الفترة على يد (خالنتين هوى) في باريس إذ التقطت معاقاً بصرياً من الشارع كان يستجدي وأدخلته مدرسة أمسها هو بنفسه وأطلق عليها اسمه وسرعان ما أصبح عدد تلامذتها اثني عشر تلميذاً قامت بتمولها جمعية رعوية ضعاف البصر في باريس، ولقد استخدمت خالنتين مجموعة من الأحرف البارزة التي يتمكن المعاق بصرياً يلمسها بأصابعه أن يقرأ، ثم أنشأت بعد ذلك عدة مدارس للمعاقين بصرياً في: ليشيرول، أدنبره، بريستول، لندن، وفي أغلب العواصم الأوروبية.

وهكذا بدأت الرعاية التربوية للمعاق بصرياً تنمو باطراد نتيجة مقالات (فولتير) التي ابرز فيها أن المعاق بصرياً يستطيع الاعتماد على نفسه إذا ما أتيح له فرص التأهيل والتدريب المهني السليم.

وهي مطلع القرن التاسع عشر أصبح تعليم المعاق بصرياً إلزامياً، وظهرت طريقة (لويس برايل) وطريقة (مون) وهما طريقتان للكتابة البارزة، أما بالنسبة لتعليم المعاق بصرياً الراشد فقد أعد له نظام التعليم في المنازل، وابتدعت (الهزابيث جليبرت) هذا النظام ودعمته بوسائل تربوية متعددة.

في القرن العشرين والحالي: مع بداية هذا القرن بدأت سمخحات المربين تصل إلى كل مكان مندنية بضرورة اضطلاع الدولة بمسئوليتها نحو المعاق بصرياً حتى صدر في إنجلترا عام 1920 قانون للمعاق بصرياً يضمن له مستوى معيشي امنا ومن ثم أصبح عمل الجمعيات الخيرية وهيئات الإحسان الأهلية بمجرد تقديم المساعدات الثانوية للمعاق بصرياً.

وهي الوطن العربي كانت أول محاولة لتعليم المعاق بصرياً في مصر في صورة مدرسة خاصة أسسها معلم اللغة العربية يسمى (محمد أنس) في شيوخون بالقاهرة وسافر إلى أوروبا للإطلاع على نظم وطرق تعليم المعاق بصرياً واستيراد مطبعة لطبع الكتب بطريقة برايل. وكانت هذه المدرسة توقفت برحيل صاحبها، وأنشأت بعد ذلك الجمعية الإنجليزية لرعاية العميان التي اهتمت بتعليم المعاق بصرياً المهين المختلفة. وبعد الحرب العالمية الأولى بدأت وزارة المعارف في ذلك الوقت بالاهتمام بإنشاء معاهد خاصة للمعاق بصرياً كانت أولها مدرسة الجمعية الوطنية عام 1935، كما أنشأت في الوقت نفسه قسماً إضافياً لخريجات مدرسة المعلمات لتتخصص في تربية المعاق بصرياً ثم أخذت تتوسع بعد ذلك في إنشاء معاهد للمعاقين بصرياً في القاهرة والأقاليم واقتصر التعليم في تلك الفترة على المرحلة الابتدائية التي تنتهي بالتعليم المهني.

مظاهر الإعاقة البصرية

هناك العديد من الخصائص الإعاقة البصرية التي لها علاقة بعملية لدى الأفراد مثل العمر عند الإصابة، والأسباب، ونوع الإصابة بدرجة الرؤية، ومآل الإصابة.

إن الأطفال الذين يفقدون بصرهم قبل سن الخامسة يمكن اعتبارهم معوقين ولديهم وذلك لأهداف تربوية فهذه الفئة من المعوقين بصرياً لديها القليل من التخيل والتذكر

البصري كتذكر الألوان مثلا. (lowen field) بينما الأطفال الذين يفتقدون بصرهم بعد سن الخامسة يمرضون إلى صعوبات أسمية أكثر من التذكر البصري ويتعرضون لمشكلات عاطفية كثيرة بسبب فقدانهم للرؤية، ومثل هذه المشكلات تزداد احتمالات حدوثها كلما كان فقدان في مرحلة عمرية لاحقة.

إن المعرفة بطبيعة الإعاقة البصرية توفر المعلومات الضرورية التي تساعد المعلم في التعامل مع الحالات الفردية. فبعض حالات العمى قد تكون مصحوبة بالعم أو حساسية للضوء. ولذلك فإن من المهم معرفة الحالة وأثرها على السلوك العام للفرد وأثرها على التعلم.

تتعدد مظاهر الإعاقة البصرية ومنها:

1- حالة قصر النظر: Myopia

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية وذلك لأن كرة العين Ryo Ball أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة Concave Lens لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

2- حالة طول النظر Hyperopia

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة Convex Lens لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

3- حالة صعوبة تركيز النظر اللابؤرية Astigmatism

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز Notion Focus أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات الأسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية (فلاروق الروسيان، 1996، ص 118).

4- الجلوكوما Glaucoma

يُعرف مرض الجلوكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق. وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز المسائل المائي الموجود في القرنية الأمامية (الطبقة الملتصقة)، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك، مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل مقلة العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر. ويعد هذا المرض سبباً من أسباب الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصرياً، ونادراً ما يكون سبباً للإعاقة البصرية لدى صغار السن للمعاقين بصرياً

5- عتامة عدسة العين Cataract

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (المسك)، وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيةها. والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة. وتتلخص أعراض عتامة العدسة، بعدم وضوح الرؤية والإحساس بأن هناك غشاوة على العينين مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر.

6- التحول Strabismus

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي. ويكون التحول إما خلقياً أو وراثياً، وإما أن ينتج عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الانكسارية في مرحلة الطفولة (طول النظر، قصر النظر) أو ضعف الرؤية في إحدى العينين، وكثيراً ما يكون ضعف عضلات العين واحداً من الأسباب الرئيسية للتحول

7- الارتداد Nystagmus

هي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي.

أسباب الإعاقة البصرية

تتسم أسباب الإعاقة البصرية إلى مجموعتين رئيسيتين هي :

1- مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الميلاد -natal Causes -Pre

يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام ولا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل أفضل.

وتعتبر المعلومات العلمية قاصرة عن العوامل الوراثية والأمر يتطلب مزيداً من البحوث في هذا الميدان.

2- مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الميلاد: Post-natal Causes

ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر، وسوء التغذية، والحوادث والأمراض، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية وما يقرب من 16% من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة وتحدث فيما بعد الميلاد ومن هذه الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة البصرية المياه البيضاء، والمياه السوداء، مرض السكري، أمراض الشبكية، أمراض العنسة، التهابات العين، الحول، الحوادث، وأسباب أخرى.

أسباب الإعاقة البصرية تبعاً لنوع الإعاقة

هناك أسباب عديدة للإعاقة البصرية وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك الأسباب.

الجلوكوما (Glaucoma):

الجلوكوما أو ما يعرف أيضاً باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكراً. وتعالج الجلوكوما المتفوقية (In Fancile Glaucoma) جراحياً في العادة. أما لدى الكبار فهي غالباً ما تعالج بالعقاقير. وتنتشر الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدرج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر وذلك لأن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية مؤدياً إلى العمى. ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج

خفض الضغط وإيقاف أية تدهورات مزمنة، إن سبب هذه الحالة غير معروف جيداً والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجياً. وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري (العنبري وزملاؤه). هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

١. المياه السوداء الولادية، (Congenital Glaucoma):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة بقايل. وتحتاج الحالة هذه إلى جراحة مباشرة لمنع التلف. وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة للأمام. وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

٢. المياه السوداء لدى الراشدين (Adult Glaucoma):

يعاني الأفراد المتصابون بهذه الحالة من صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العين التي تعمل على خفض الضغط، وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية و الجلوكوما الراشدين) (أي ليس ناتجا عن مرض ما في العين) أو قد يكون ثانوياً ناتجة عن مرض ما في العين.

الماء الأبيض (Cataract):

هو إعتام في عدسة العين ويقصدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة. وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار ولكنه قد يحدث مبكراً أيضاً بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين، وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Contract) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة. ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية الجيدة في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءاً تدريجياً ويحدث صعوبة في الرؤية. وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم. وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفاً جداً ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 20/200 إلى 20/400 في العين التي اجري لها عملية جراحية. ولهذا فيعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة. ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90 %.

انفصال الشبكية (Retinal Detachment):

ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأفراد التي تتصل بها.

ويسمى العلاج إلى إغلاق الثقب وإعادة توصيل الشبكية بالجدار ويمكن معالجة أكثر من 90% من هذه الحالات بنجاح. ومن أهم أعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والالام الشديدة والضوء الومضي الخاطف. هذا وتعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر التنكسي والسكري.

عمى الألوان (Color Blindness):

حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط. وتتأثر حدة البصر عادة فتتضعف إلى درجة كبيرة وقد يحدث حساسية للضوء ورؤية. أما مجال الرؤية فهو في العادة يكون عاديا.

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري: (Diabetic Retinopathy)

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

تنكس الحفيرة (Macular Degeneration):

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (المنطقة المركزية ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة. وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور. وكما هو معروفه فإن النقطة المركزية مسئولة عن البصر المركزي ولهذا فالاضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية

ورم الخلايا الشبكية (Retinoblastoma):

ورم خبيث في الشبكية إذا لم يعالج ينتشر إلى العصب البصري فالدماع في بعض

الأحيان يكون علاج هذا الورم إزالة العين كاملاً. أما إذا كان الورم محدوداً فالتعلاج يكون بالأشعة.

ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atroph):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأضرار التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام وتقص الأكسجين وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعاً لدى الشباب. وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثياً، وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر جزئي.

التليف الخلف عدسي (Retrolental Fibroplasia):

مرض ظهر في عقد الأربعينات ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة. وقد تتأثر الأوعية الدموية أيضاً وتلف الشبكية. وأحياناً تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision) وبشكل عام، قد ينتهي هذا العرض بالعمى التام.

رأرة العين (Nystagmus):

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون وهذا يتجم عنه غثيان ودوخة. وقد تكون حالة الرأرة مؤشراً على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية (Hallahan & Kauffman).

الحول (strabisms):

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة ومن المهم أن تحرك العينان معاً لمنع الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا مايسمى بالبيصر الثنائي (Binocular Vision)، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معاً بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينا واحدة وأما العين الأخرى فيصمىها كسل وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم. ويعتبر الحول إلى الداخل (Esotropia) أكثر أنواع الحول شيوعاً بين الأطفال. وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (Exotropia).

ويحتاج معظم الأمهال المصابين بالحول إلى جراحة حيث إن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

توسيع الحدقة الولادي (Aniridia) :

هو تشوه ينقل على هيئة جين سائد تكون فيه الحدقة واسعة جداً نتيجة عدم تطور القرنية وكتلة العينين ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدودة وربما أيضاً رآة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار (Voss).

ويستخدم الأفراد المصابون أحياناً النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

البهق (albinism)

هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جداً أو معدومة ولهذا فإن الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه. وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقر وشعره أبيض وعينه زرقاوتين وتكون القرنية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد. من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء. وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحياناً بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عادياً وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الانكسار والاستجماتيزم والرآة وخاصة وعندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء ويوجه صافتهتسراوح حدة البصر لهؤلاء الأشخاص بين 20/70 إلى 20/200.

التهاب الشبكية الصباغي: (Retinitis Pigmentosa)

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

القصور في الأنسجة (coloboma):

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو ثقب في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورآة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

القرنية المخروطية (keratoconus):

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

العين الكسولة (Amblyopia):

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

فقد البصر بين الأطفال حديثي الولادة،

لقد حقق العلماء إنجازين في المحافظة على بصر الأطفال حديثي الولادة:

الإنجاز الأول: في بداية القرن العشرين وجد أن الكثيرين من الأطفال ينشئون بسرهم بسبب التهابات العين الطفيلية إلى أن تبين أن هذا النوع من العمى ينشئ عن مواد عضوية معدية، توجد في عنق رحم الأم، ويمكن إتقلا الطفل بتقطير نترات الفضة في عينيه بعد ولادته مباشرة.

الإنجاز الثاني: في عام 1950 كانت 50% من حالات فقد البصر التي تصيب صغار التلاميذ قبل إلحاقهم بالمدارس ناشئة تقريباً عن وجود أنسجة ليفية خلف عدسات العين، وكان هذا المرض شائعاً خلال العقد الخامس من القرن الحالي (1940-1950) بين الأطفال الذين يولدون قبل تسعة شهور من الحمل، وكان من المعتقد أنه راجع إلى عامل غير معروف يؤثر في اكتمال نمو العين خلال مدة الحمل. وإن هذا العامل قد يتسبب أيضاً في الولادة المبكرة.

الإنجاز الكبير: وكان ثمرة للبحوث الجماعية التي أبدتها ((المعهد القومي للأمراض العصبية والعمى)) التابع للحكومة الأمريكية، إذ اكتشف العلماء أخيراً أن السبب في فقد البصر في تلك الحالات يرجع إلى الأكسجين المركز لدرجة كبيرة والذي كان يعطى

للأطفال في حالات الولادة المبكرة، كعلاج رتيب أثناء فترة بقائهم في الحاضنات وقد اكتشف السبب المؤدي إلى هذا المرض عام 1952 مما أدى بعد ذلك إلى التحكم في كمية الأكمسجين التي يزود بها هؤلاء الأطفال إلى 40% أو أقل وترتب على ذلك أن قل عدد الأطفال الذين يصابون بإعاقة بصرية نتيجة لهذا السبب بشكل ملحوظ.

وقد ازداد الاهتمام مؤخراً في دول العالم المختلفة بالتوجه نحو تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في البيئة التربوية العادية إلى الحد الأقصى الممكن. وقد عرف هذا التوجه بمبدأ البيئة الأقل تقييداً.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية

تشير الإحصائيات إلى أن هناك ما يزيد على (35) مليون مكفوف وحوالي (120) مليون ضعيف بصر في العالم. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة انتشار العمى تختلف من دولة إلى أخرى وأن حوالي 80% من المعوقين بصرياً يوجدون في دول العالم الثالث. وتزداد نسبة انتشار الإعاقة البصرية مع تقدم العمر وتزداد في الدول التي تقتصر إلى الرعاية الصحية المناسبة.

التعرف المبكر للإعاقة البصرية

هناك عدد من مظاهر تساعدنا على التعرف على:

أولاً: أعراض سلوكية تتمثل في قيام الطفل بكل من :

- 1- فرك العينين و دحكها بصورة مستمرة.
- 2- إغلاق أو حجب إحدى العينين و فتح الأخرى بشكل متكرر.
- 3- تحريك رأسه و سدها إلى الأمام بطريقة ملتفة للانتباه كلما أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة.
- 4 مواجهة صعوبات في القراءة أو في القيام بأي عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب.
- 5- وضع المواد المطبوعة قريباً جداً من العينين لدى محاولة قراءتها.
- 6- فتح العينين و إغماضهما بسرعة و بشكل لا إرادي و بصورة مستمرة.
- 7- صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.

- 8- تتطلب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مقمضتين.
- 9- كثرة التمرض للسقوط و الاستبطام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي و البصري للطفل.
- 10- اليأس و الخوف الشديد عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية كاللشي أو التجري أو نزول الدرج و صعوده.

ثانياً: أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين و تتمثل في

- 1- وجود حول في العين.
- 2- احمرار الجفنين و انتفاخهما.
- 3- الالتهايات المتكررة للعين.
- 4- إفراز الدموع بكميات غير عادية.

ثالثاً: شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يلي:

- 1- حرقان شديد و مستمر في العينين يؤدي إلى فركهما.
- 2- صداع و دوار يعقب مباشرة أداء أي عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب.
- 3- عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح و لو من مسافة قريبة بحيث تبدو الأشياء كما لو كانت ملبدة بالغيوم أو الضباب.
- 4- عدم المقدرة على التمييز البصري بين الأشياء.
- 5 رؤية صور الأشياء مزدوجة.

تدريب الطفل المعاق بَصرياً على التنقل

- يجب عليه تذكر الأشياء الموجودة بالمنزل أو الطريق، فمساعدته على ذلك وأبداً بالأشياء المألوفة في المنزل مثلاً
- الطلب منه أن يمسك بذراع الشخص الآخر فوق المرفق مباشرة ثم يعشي وراءه بحيث يسيقه بنصف خطوة لكي يستطيع تتبع خطواته.
- إذا كنت تقود طفلاً فربما أحتاج إلى الإمساك بيديك.
- إذا كنت تقود شخصاً أكبر منا فربما أحتاج للاستناد إلى ذراعك للدعم والإرشاد معاً.

- يجب أولاً أن تتودد الشخص في أنحاء المنزل وأثناء ذلك قم بوصف الأشياء المحيطة بك مثل الأبواب وأطلب منه أن يلمسها عندئذ يتعلم رؤية الأشياء بلمسها وهذا يساعده على التنقل في المنزل.
- بعد ذلك قد الشخص للخارج وهم بوصف الأشياء الموجودة كالسور والأشجار.
- علمه أن يدير رأسه للإتصالات إلى الأصوات وذلك بأن تبتعد يضع خطوات عن الشخص ثم تحدث إليه أو صفق بيدك وأطلب منه أن يشير إلى اتجاهك ثم تحرك إلى مكان آخر وكرر التجربة، ثم أبتعد أكثر وأطلب منه أن يخمن مقدار المسافة بينكما، وبهذا سيتعلم مصدر الأصوات ومقدار بعدها عنه.
- تشجيع الشخص على التحدث مع الناس الذين يتابعهم في الطريق ومساعدته على معرفة الناس بأصواتهم.
- مساعدته على التعرف أصوات وروائح الأشياء مثل الحيوانات والقمامة التي يجب تجنبها أثناء المشي ولمعرفة طريقه.
- مساعدته على السير على أرض غير مستوية حتى يستطيع المشي من دون أن يقع.
- مساعدته على الإحساس بالاختلافات في الرياح ودرجات الحرارة بحيث يستطيع معرفة حالة الجو ومعرفة الوقت نهاراً مثلاً عن طريق الترقق في درجات الحرارة.

تدريب الشخص على التنقل بمفرده

- عندما يتذكر الشخص الأشياء في المنزل واقتناء علمه المشي في هذه المناطق دون أن يستند إليك وساعده على حماية نفسه.
- علمه المشي مع مد إحدى ذراعيه إلى أعلى بحيث تكون يده أمام وجهه وبعيدة عنه لتقي الوجه والرأس ويمكن له استخدام اليد الأخرى والقلمين لاكتشاف أماكن الأشياء.
- صف وأشرح ما حوله حتى يتذكر كل ما هو موجود إذا مشى بمفرده.
- قد يصطدم الشخص بالأبواب أو الجدران أو الأثاث عندما يبدأ المشي بدون مساعدة للمرة الأولى ويحميه من ذلك وضع إحدى يديه أمام وجهه.
- علم الشخص أن يضع إحدى يديه أمام وجهه عندما يتحتي إلى أسفل فهذا يقي الوجه من الاصطدام بالأشياء

- ويمكنك تعليمه الإستماعه يظهر إحدى يديه ليتبع حائطا أو مائدة.
- سوف يشعر الشخص في بادئ الأمر بالوحدة حين يسير بدون إرشاد منك، لذا كن قريب منه وتحدث إليه فهذا يشجعه.
- لاترك الشخص في مكان لا يعرف عنه شيئا دون أن تخبره أين هو ومتى ستعود.
- ساعد الشخص على معرفة الاتجاه الذي ينبغي له أن يتخذ للوصول إلى مكان معين ولكي نعمل ذلك أبداً من مكان معروف كأحد الأبواب مثلا.

تدريب الشخص على استخدام عصا طويلة كدليل

- أحضر عصا من الخيزران أو فروع الأشجار بشرط أن تكون خفيفة الوزن، ويجب أن يكون طول العصا مساويا للمسافة من الأرض حتى منتصف المسافة بين كتف الشخص وخصره، وإذا كان الشخص يعشى يتطلى سريعة أو طويلة فيمكن أن تكون العصا أطول قليلا.
- عندما يضع الشخص طرف العصا على الأرض يجب أن يلتقي هذا الطرف بالأرض عند نقطة تقع على بعد خطوة كاملة أمامه.
- يجب أن يكون مرفقه مثبتا قليلا واليد في مستوى مركز الجسم ويجب أن يمسك بالعصا من تحت طرفها العلوي مباشرة ويجعل طرفها السفلي يمس الأرض مسافيا.
- يمكن له أن يقرر في أي يد يجب أن يمسك بالعصا.
- درب الشخص على استخدام حركات المعصم لتحريك العصا من جانب إلى جانب أثناء المشي ويجب أن تبقى النراع واليد في مركز الجسم.
- يجب أن يلمس طرف العصا الأرض على كلا الجانبين أمام القدمين ويجب أن تكون المسافة بين مكاني لمس العصا للأرض أطول قليلا من عرض كفي الشخص.
- وبمجرد أن تلمس العصا الأرض على أحد الجانبين يجب على الشخص أن يتقدم بالرجل التي هي الجانب الآخر إلى الأمام.
- ثم عندما تلمس العصا الأرض على الجانب الآخر يجب أن يحرك الشخص الرجل الأخرى إلى الأمام.
- درب الشخص على إبقاء العصا بالقرب من الأرض بحيث لا تفوتها الأشياء الصغيرة التي في طريقه.

- أشرح له أن العصا سوف تساعده على معرفة أماكن الأشياء التي تعترض طريقه أثناء مشيه وبهذه الطريقة يمكن تنافها.
- عندما تلمس العصا الأشياء المختلفة فإنها تحدث أصواتا مختلفة فساعد الشخص للتعرف على الأشياء المختلفة بالأصوات التي تحدثها.
- عندما يستطيع تحريك العصا على النحو الصحيح ذريه على المشي باستخدام العصا وفي البداية سر أمام الشخص وتحدث إليه أثناء السير.
- ثم سر خلفه ودعه يجد طريقه باستخدام العصا وتحدث إليه ولا توفقه إلا إذا تعرض لخطر الوقوع أو الإصابة.
- قد يرغب الشخص في معرفة كيف يصعد السلم لمعرفة ارتفاع الدرجات يجب عليه أن يتحسس بالعصا والقدمين مع استخدام الحماز إن وجد.
- عند السير إلى جانب مرور مرتفع يمكن للشخص تتبع السور بظهر يده ويجب عليه الاستمرار في تحريك العصا باليد الأخرى احتراسا من وجود أشياء في الطريق.
- إذا كانت هناك أي علامات توضح أماكن عبور المشاة فدرج الشخص على عبور الطريق عند هذه الأماكن.

إرشادات عامة لمساعدة الطالب ضعيف البصر

1- تهيئة الظروف للاستفادة من القدرات المتبقية عن طريق.

- أ- توفير الإضاءة المناسبة.
- ب- أن يكون مصدر الإضاءة جانياً للطفل.
- ج- مراعاة عدم ظهور الظلال على التاحية التي ينظر إليها الطفل.
- د- جلوس الطفل في مكان قريب من السبورة.
- هـ- عدم الوقوف بين الطفل ومصدر الضوء.

2- تهيئة الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة للطفل داخل الصف بمراعاة ما يلي :

- أ- مساعد الطفل على تنمية اتجاهات سليمة نحو نفسه وعلى إدراك الصعوبات التي يعاني منها.

ب-راعي الفروق الفردية بين الأطفال.

ت-اسمح للطفل بالمشاركة في جميع النشاطات.

ث-عبر للطفل عن سعادتك لوجوده في الصف.

ج-اعمل للطفل أدواراً قيادية كالأطفال الآخرين.

ح-عامل الطفل كما تعامل الآخرين.

خ-اعط الأطفال المبصرين معلومات عن طبيعة الضعف البصري.

د-شجع التفاعلات الإيجابية بين الطلبة.

3- تهيئة الظروف التعليمية المناسبة للطفل داخل الصف مع مراعاة ما يلي

1- توفير الأدوات التعليمية المناسبة، كالمسجلات والأشرطة والمكبرات، والطباعة المتكبرة، والأفلام الغليظة.

2- التحدث أثناء الشرح بصوت عادي مسموع.

3- التحدث عما يكتب على اللوح.

4- إعطاء الطفل نسخاً خطية واضحة.

5- اسمح للطفل بأن يكون قريباً من منطقة التطبيق إذا كنت تقوم بتجريبه. وإذا تحدث عن صورة أعطها للطفل.

6- أو دعه يقترب أكثر من غيره لرؤيتها.

7- أعط الطفل وقتاً أطول من غيره لعمل واجباته أو امتحاناته، فإذا كان الأمر صعباً استخدم الطرق الشفوية أو التسجيل.

8- إذا أعطيت الطفل واجبات منزلية، حدد مدى حاجته لمعينات بصرية أو غيرها لإتمام الواجب، واعمل على توفيرها أو إعارتها له بالتنسيق مع الأهل.

4- تهيئة الخبرات المدرسية بطريقة مقبولة للطفل :

1- نادر الطفل باسمه كلما أردت التحدث معه أو توجيه سؤال له وأطلب من التلاميذ الآخرين عمل ذلك.

2- عزز السلوك الاجتماعي المقبول داخل المدرسة ووجه الطفل نحو السلوكيات الصحيحة.

- 3- لا تحرم الطفل من النشاطات الرياضية التي يمكن أن يتعلمها ويستمتع بها، مع مراعاة كيفية ما هو غير مناسب حسب حاجته .
- 4- عرف الطفل بالتنميط على كل مرافق المدرسة وتأكد من معرفته لها .
- 5- وضغ للطفل أي تغيير يحدث في الصف أو خارجه لثلا يقع في مأزق .
- 6- نسق مع المرشد النفسي في المدرسة لتتأكد من متابعة تقديم الخدمات النفسية بالشكل السليم .
- 7- أكد على استقلالية الطفل وعلمه متى يطلب المساعدة وكيف يطلبها إن اقتضى الأمر ذلك .

البرامج التربوية والنفسية المبكرة للأطفال المعاقين بصريا

يستطيع الطفل المعوق بصريا تلقي الخدمات التربوية المختلفة من خلال الحضانه والروضة العادية، وإن نعتد ذلك فيجب أن تتوفر في المجتمع 3 أشكال من البرامج، وهي:

- 1) برنامج الزيارات المنزلية: يقدم المختص من خلال هذا البرنامج جميع التدريبات المتعلقة ببرامج الإثارة الحسية والحركية والامراضية والقوية والاجتماعية والانفعالية . كما ينرب المختص الأم على بعض المهام الأساسية لتنفيذها مع الطفل .
- 2) برنامج التربية الخاصة المبكرة: ينفذ هذا البرنامج من خلال مركز متخصص في التربية الخاصة للأطفال المعوقين بصريا عن هم دون من المساعدة، وهنا يتلقى الطفل خدمات تخصصية بشكل يومي من قبل متخصصين في التربية الخاصة، وهذا البرنامج يشبه برامج رياض الأطفال المنتشرة في المجتمع .
- 3) برنامج التربية الخاصة القائم على مشاركة الوالدين: وهو برنامج للتربية الخاصة المبكرة للأطفال المعوقين بصريا، ويقوم على إلزام أحد الوالدين بالتدويم مع الطفل ملاحظة وتعلم الإجراءات التربوية المشعة مع الطفل لتنفيذها في المنزل .

وقد يتساءل الأهل عن إمكانية التحاق الطفل ببرامج التربية الخاصة، وروضة أو حضانه عادية في نفس الوقت، والجواب هو نعم، وبالإمكان تنفيذ ذلك وهذا هو الوضع الأمثل مع الطفل مع مراعاة التنسيق وعدم الازدواجية . ولهذا يلاحظ أن برامج التربية الخاصة تتمتع بمرورته كبيرة، لأن هدفها النهائي هو استقلالية الطفل في بيئته الطبيعية، ولكون الروضة أو الحضانه العادية تسعى لإناعة فرص التمايش مع الآخرين بالشكل الطبيعي فيمكن إبداء التواصل التالية:

- يجب أن يتعرف الطفل ويمرافقته وأدته إلى كل المرافق والطرق والمساحات المحيطة بالحضانة والروضة.
- يجب أن تعرفه المعلمات والشريكات طبيعة الإعاقة البصرية وعليهن أخذ الفرص الكافية للتعرف على المثلث وطبيعة شخصيته.
- يجب التركيز على حاجات الطفل المشابهة لحاجات الأطفال الآخرين، بالإضافة إلى الحاجات الفردية التي تتطلب إجراء تعديلات خاصة.
- يجب أن يشعر الطفل بالحنان والدفء والاحترام والترحيب.
- يجب تزويد الطفل بالمثيرات السمعية واللمسية ليكتسب المعرفة.
- لا حاجة لإظهار الشفقة أو الانزعاج أو الرثاء لحال الأهل.
- يجب مساعدة الطفل لتفادي الاصطدام بالأشياء وتدريبه على كيفية التقاط الأشياء التي تقع منه على الأرض دون أن يؤذي نفسه.
- إن الأطفال البصرين قد يستفسرون عن حالة الطفل، ويجب ألا يولد هذا حرجاً، وعلى المعلمة الإجابة عن كل الاستفسارات مع التأكيد على أن الطفل المعوق بصرياً يستطيع التعرف على الأشياء بيديه وسمعته عوضاً عن بصره.
- يجب مناداة الطفل باسمه، وتعويد الأطفال الآخرين على عمل ذلك إن أرادوا منه شيئاً.

6

الإعاقة السمعية

مقدمة

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

أهمية حاسة السمع

- 1- من خلال السمع يستطيع الفرد الهروب من عائله المعزول ويتصل بالعالم المحيط به.
- 2- لا يستطيع التظاهر بالصمم بصورة طوعية، بحيث يوقف سمعه عن العمل أو يتجنب الاستماع إلى ما يدور حوله.
- 3- يعتمد معظم الأطفال منذ وقت قريب جداً من عمرهم على حاسة السمع في اكتساب خبرات كثير عن العالم المحيط بهم ومن الطبيعي أن يكون السمع مسدداً هاما أساسيا لتحصيول الخبرة الاجتماعية السائدة

مكونات الأذن

- 1- الأذن الخارجية: وتمثل هي الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من صميوان الأذن وتنتهي بطيلة الأذن ، ومهمتها تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الأذن.
- 2- الأذن الوسطى: وتمثل الجزء الأوسط من الأذن وتتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية هي المطرقة والركاب والسندان ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية.
- 3- الأذن الداخلية، وتمثل الأذن الداخلية الجزء الداخلي من الأذن

مكونات الأذن الداخلية:

- أ- الدهليز: والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية ومهمته المحافظة على توازن الفرد.
- ب- القوقعة: ومهمتها تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل للدماغ بواسطة العصب السمعي.



مخطط للأذن

تعريف الإعاقة السمعية

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة. وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي، إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم.

الطفل الأصم: هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره ونتيجة لذلك فهو لم يستطع اكتساب اللغة ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبيكم (فقدان سمعي 70 ديسبل فماكثر) تحول دون اعتماد على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها.

الطفل ضعيف السمع: هو ذلك الطفل الذي فقد جزء من قدرته السمعية ولذلك فهو يسمع عند درجة معينة كما يطلق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية بمساعدة المعينات السمعية وهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي إلى درجة (35 - 69 ديسبل) تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام المعينات أو بدونها.

مدي خطورة الإعاقة السمعية

قد لا يستطيع الشخص الصاب بإعاقة سمعية فهم الأسئلة وألجمال وذلك نتيجة عدم سماعه لها بشكل واضح. وقد ينتج عن ذلك إهمال في تنفيذ أوامر ومطلبات من يتعامل

معهم مما يؤدي إلى انخفاض مستوى أدائه الوظيفي. وقد تقلد الاجتماعات والحفلات وعروض المسرح والسينما والاجتماعات الدينية الفاشدة التي كانت تعدها له من قبل. وقد يهر الأصدقاء والأقارب بالإحباط نتيجة عدم فهمه لكلامهم رغم تكرارهم المستمر. وفي النهاية قد يصاب المريض بالعديد من المشاكل النفسية. بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة، فإن المشاكل السمعية المتكررة حتى وإن كانت مؤقتة قد تعوق تطورهم الطبيعي في النطق واللغة. فالذين يعانون من المشاكل السمعية المتكررة قد يجدون عملية التعليم صعبة للغاية وبالتالي يضعف مستوى تحصيلهم الدراسي. وقد تؤدي الإعاقات السمعية إلى مشاكل طبية جسيمة. فعلى سبيل المثال، الورم في جذع الدماغ يؤدي ليس فقط إلى فقدان سمعي، بل قد يهدد أيضاً حياة المريض.

نسبة انتشار الإعاقة السمعية

تشير الدراسات في الدول العربية أن حوالي 5% من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي إلا أن هذا الضعف لا يصل لمستوى الإعاقة. أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اختياره إعاقته سمعية فتقدر بحوالي 5%، وتقدر نسبة انتشاره بحوالي 75%، ولذلك يطلق على الإعاقة السمعية عادةً بالإعاقة قليلة الحدوث.

تصنيف الإعاقة السمعية

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة معايير هي :

1- العمر عند الإصابة.

2- موقع الإصابة.

3- شدة الإصابة.

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى إعاقة سمعية قبل اللغة وهي الإعاقة التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل، وإعاقة سمعية بعد اللغة وهي الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة. كذلك تصنف الإعاقة السمعية حسب هذا المعيار إلى إعاقة سمعية وراثية وإعاقة مكتسبة.

كما تصنف الإعاقة السمعية من حيث المرحلة التي حدث خلالها فقدان السمع إلى:

1- ضعف السمع في مرحلة ما قبل اكتساب اللغة

وهو الضعف الحاصل في أثناء الولادة، أو قبل اكتساب الطفل للغة المحكية، وفي هذه الحالة تتأثر قدرة الطفل على النطق والكلام، لأن الطفل لم يسمع اللغة المحكية بالشكل المطلوب حتى يتعلمها.

2- ضعف السمع في مرحلة ما بعد اكتساب اللغة

وهو الضعف الحاصل بعد أن يكون الطفل قد اكتسب اللغة، وفي هذه الحالة لا يتأثر النطق أو الكلام عند الطفل من حيث من حيث موقع الإصابة في الجهاز السمعي

3- ضعف السمع التوصيلي

و ينتج عن خلل يصيب الأذن الخارجية، و الوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة. أي أن المشكلة ليس في تفسير الأصوات و في تحليلها و إنما في إيصالها إلى جهاز التحليل والتفسير و هو الأذن الداخلية و مناطق السمع العليا.

4- ضعف السمع الحسي العصبي

وينتج ذلك عن خلل يصيب الأذن الداخلية، أو المنطقة الواقعة ما بين الأذن الداخلية و منطقة عنق المخ / مع وجود أذن وسطى و خارجية سليمتين، وفي هذا النوع من ضعف السمع، نجد أن المشكلة ليست في توصيل الصوت، و إنما في عملية تحليله وتفسيره.

5- ضعف السمع المختلط

وهو عبارة عن ضعف سمع مشترك، يتضمن كلا من ضعف السمع التوصيلي و الحسي العصبي، و ذلك نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاثة: الخارجية و الوسطى والداخلية من حيث درجات ضعف السمع.

6- ضعف سمع خفيف

يعاني المصاب بهذا النوع من صعوبة في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة، وقد يعاني من بعض التضعف في اللغة.

7- ضعف سمع معتدل أو متوسط

يستطيع المصاب بهذا النوع سماع المحادثة العادية إذا نمت على مقربة منه، و إذا كانت المحادثة تتم وجها لوجه.

وقد يضح عليه ما يقرب من خمسين بالمئة مما يدور حوله من مناقشات، إذا كانت المناقشات تتم بأصوات منخفضة، أو كان لا يستطيع متابعة المتحدثين بسريرا. و تكون المفردات لدى المصاب بهذا النوع محدودة نسبيا، وقد يبدي بعض الشكوك في لفظ بعض الكلمات أو الأصوات.

8- ضعف سمع بين المتوسط و الشديد

المصاب بهذا النوع محادثة يشفي أن تكون بصوت مرتفع، حتى يتمكن المصاب من سماعها، ويعاني المصاب من صعوبات متزايدة، في متابعة النقاش الجماعي، كما أنه في العادة يعاني من عيوب في النطق، ومن ضعف استعماله اللغة، والقدرة على الفهم، و تكون مفرداته القوية محدودة إلى حد واضح.

9- ضعف سمع شديد

يستطيع المصاب بهذا النوع أن يسمع الأصوات العالية فقط، إذا حدثت بالقرب منه، وقد يكون قادرا على تمييز الأصوات البيئية: صوت محرك سيارة مرتفع / صوت إغلاق الباب بقوة و قد يكون قادرا على تمييز أحرف اللغة، ولكن ليس جميع الأحرف الساكنة.

10- ضعف سمع عميق أو شديد جدا

المصاب بهذا النوع يستطيع سماع الأصوات العالية، ولكنه يدرك وجودها كذبذبات، واهتزازات أكثر من إدراكها ككلمات نطقية لها معنى و المصاب بهذا النوع يعتمد الأساس على حاسة البصر، في التاطل المعلومات عن العالم من حوله بدلاً من اعتماد على حاسة السمع. ويعد هذا المصاب أصم كلياً.

11- فقدان تام للسمع

المصاب بهذا النوع غير قادر على سماع أعلى صوت، يصدره جهاز فحص السمع في طيف اللغة المحكية وبالتالي فإن هذا الشخص يعد أصم كلياً.

وظائف اللغة للأصم

لغة مجموعة من الوظائف تُخدم من خلالها الفرد كما تُخدم الجماعة ، نذكر منها:

- 1- التواصل بين الناس وتبادل المعرفة والمشاعر وإرساء دعائم التفاهم والحيالة المشتركة.
- 2- التعبير عن حاجات الفرد المختلفة
- 3- النمو الذهني المرتبط بالنمو اللغوي وتعلم اللغة الشفوية أو الإشارة يولد لدى الفرد الصور والمفاهيم الذهنية
- 4- ارتباط اللغة بأمر حضارية مرجعية ومفاهيم حضارية تضرب عمقا في التاريخ والمجتمع.
- 5- الوظيفة النفسية فاللغة تنفث عن الإنسان وتخلصه من حدة المضغوطات الداخلية التي تكبله ويبعد ذلك في مواقف الانفعال والتأثر. لذلك كله فإن تطوير وسائل التعبير لدى الأصم ولذئول الصعوبات ليصل إلى التعبير عن ذاته وحاجاته وميوله، يساعده على الخروج من عالم العزلة والخوف والعزلة والإحباط إلى عالم منفتح على الناس، وعلى المحيط مما يؤدي إلى التوازن والتكيف، وتتمية قدراته للمساهمة في الحياة الاجتماعية وعلى البذل والعطاء في المجالات المعرفية والمهنية والثقافية. لذلك يجب صراحة الاستعداد الطبيعي للأصم وتلقائيته وعدم فرض وسيلة للتواصل وإلغاء الوسائل الأخرى التي يجود فيها ارتباطا ومتنسفا لعزلة النفس والاجتماعية.

كما صنفت الإعاقة السمعية تبعا لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى إعاقات سمعية توصيائية، وإعاقات سمعية حسية - عصبية، وإعاقات سمعية مركزية أما تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة الصوت فهو كالتالي:

مستوى الإعاقة السمعية	مستوى الخسارة السمعية بالديسيبل
الإعاقة السمعية البسيطة جدا	25 - 40
الإعاقة السمعية البسيطة	41 - 55
الإعاقة السمعية المتوسطة	56 - 70
الإعاقة السمعية الشديدة	71 - 90
الإعاقة السمعية الشديدة جدا	أكثر من 90

أهمية لغة الإشارة وخصائصها

يشهد الاهتمام في السنوات الأخيرة بلغة الإشارة للصمم، بعد أن أصبحت لغة معترف بها في كثير من دول العالم في المدارس والمعاهد، ونظر إليها على أنها اللغة الطبيعية الأم للأصم، لاتصالها بأبعاد نفسية قوية لديه، بل لقد أصبح لدى المبدعين من الصم القدرة على إبداع قصائد شعرية ومخلوقات أدبية، وترجمة الشعر الشفوي إلى هذه اللغة التي تعتمد - أساساً - على الإيقاع الحركي للجسد ولا سيما اليدين، فاليد وسيلة رائعة للتعبير بالأصابع وتكويناتها، يمكن أن نضحك ونبكي، أن نضح ونغضب، ونبدي رغبة ما، ونطلق انفعالا، ونفرح عن أنفسنا، وقد أطلق احدهم شعار ((عينان للسمع)) وهناك تصور خاطئ بأن لغة الإشارة ليست لغة قد تكون مجموعة من الحركات أو الرموز أو الإيماءات لكنها ليست لغة لها بنيتها وقواعدها. وربما كان التصور الخاطئ الأكثر انتشارا هو أن لغات الإشارة جميعها متشابهة أو دولية وهذا ليس صحيحا، فالالاتحاد العالمي للصم أصدر بياناً يؤكد فيه: (أنه لا توجد لغة إشارة دولية) ولغات الإشارة متباينة كل منها عن الأخرى مثلها مثل لغات الكلام المختلفة. والتصور الخاطئ الآخر هو أنه من الواجب ابتكار لغة إشارة دولية، إن الصم مثلهم مثل أي مجتمع يرون أن التخلي عن لغتهم الأصلية أمر لا يمكن قبوله.

تترك لغة الإشارة وتنتج من خلال قنوات بصرية وحركية لا من خلال وسيلة سمعية وشفوية كاللغة العادية، لذلك كان لكل لغة خصائص عن الأخرى.

وتؤدي لغة الإشارة بيد واحدة أو يدين تؤديان تعبيراً في أماكن مختلفة من الجسم أو أمام المتحدث بالإشارة، وتشمل هذه التعبيرات الحركة، والتحديد المكاني، وشكل اليد وتحديد الاتجاه ومجموعه واسعة يطلق عليها الإشارات غير اليدوية وهذه المظاهر الخمسة للغة الإشارة تحدث في وقت واحد وليس في تتابع متسلسل مثل خروج الأصوات في اللغة المحكية، ف لغة الإشارة ليست مجرد حركة يدين بل يساهم في إنتاجها اتجاه نظرة العين وحركة الجسم والكفين والقدم والوجه. وكثيراً ما تكون هذه الإشارات غير اليدوية هي السمة الأكثر حسماً في تحديد المعنى وتركيب الجملة ووظيفة الكلمة وتشير أمثلة التركيب النحوي هذه إلى الأبعاد الزمنية للغة أي وقت حدوث الأفعال. وهناك نطاق مكاني أيضا للغة الإشارة، إذ تستخدم الحركة في اتجاهات مختلفة في نطاق الأبعاد للتعبير عن دلالات نحوية معينة.

التدخل المبكر والإعاقة السمعية

هناك مؤشرات للإصابة بالإعاقة السمعية منها:

- 1- إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
- 2- ظهور إفرزات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.
- 3- التثنت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.
- 4- الميل للحديث بصوت مرتفع.
- 5- استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.
- 6- الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
- 7- عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام.
- 8- الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو لحذف بعض الحروف.
- 9- الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.
- 10- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.
- 11- الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.
- 12- ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الاختبارات الشفهية.
- 13- عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية.

أسباب الإعاقة السمعية

إن أسباب الإعاقة السمعية لا تزال غير معرفة في عدد كبير من الحالات. ففي دراسة شملت ما يزيد على (41) ألف طفل عموق سمعياً في الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن الأسباب لم تكن معروفة في أكثر من 50% من الحالات. وترجع الإعاقات السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات أصل جيني، يمكن بوجه عام تصنيف العوامل التي تؤدي إلى إعاقات في السمع إلى ثلاثة أنواع رئيسية طبقاً للزمن الذي تحدث فيه الإصابة:

- 1- عوامل تحدث قبل الولادة.

ب- عوامل تقع أثناء الولادة.

ج- عوامل تؤثر فيما بعد الولادة.

وعلى أي حال، هناك خمسة أسباب رئيسية للإعاقة السمعية وهي:

1- العوامل الوراثية .

2- الحصبة الألمانية.

3- عدم توافق العامل الريزيسي.

4- التهاب السحايا.

5- الخداج.

6- مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي

قبل مرحلة الولادة وأثناءها وبعدها مثل:

7- سوء تغذية الأم الحامل، والتعرض للأشعة السينية، وتعالج الأدوية والعقاقير دون

مشورة الطبيب، وإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، والكزهرى، ونقص الأكسجين

أثناء عملية الولادة، والتهابات الأذن، والحوادث التي تصيب الأذن... الخ.

من الأشياء المهمة جدا الاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية، وهناك علامات تساعد

الأهل على معرفة ما إذا كان طفلهم يعاني من مشكلة في السمع أم لا، ومن أبرزها:

1- يجد صعوبة في فهم ما يقال له.

2- لا يستجيب لاممه عندما ينادى عليه عدة مرات.

3- يستخدم (ها) أو (ماذا) باستمرار.

4- يرفع صوت التلذاز أو المسجل بشكل عال جدا.

5- لا يستجيب لصوت رنين الهاتف.

6- يعاني من تلختر لقوي شديد وهذه نقطة مهمة جدا، ولذلك من الضروري للأم

معرفة النمو اللغوي أو التطور اللغوي للطفل الطبيعي.

النمو اللغوي للأطفال

1- بإمكان الطفل حديث الولادة أن يحدد أن هناك صوتاً.

2- عندما يصبح عمر الطفل خمسة أشهر بإمكانه أن يحدد مصدر الصوت.

- 3- عندما يصبح عمر الطفل ستة أشهر بإمكانه أن يحدد الأصوات المألوفة لديه .
 - 4- عند عمر تسعة أشهر بإمكان الطفل فهم كلمات بسيطة (مثل ماما ياي بابا).
 - 5- عند عمر عشرة أشهر بإمكان الطفل قول مقاطع مثل دا ما .
 - 6- عند عمر 18 شهرا بإمكان الطفل فهم عبارات بسيطة بدون استخدام الإشارة مثل: (الأم: أين عينك؟ الطفل: يشير إليها) وتكون حصائلته اللغوية التعبيرية من 20 إلى 50 جملة فيإمكان الطفل قول (ماما هوق).
 - 7- عند عمر (24) شهرا تكون حصائلته اللغوية من (200) إلى (300) كلمة .
- ما بين 3 5 سنوات يجب أن تكون لغته ومخارج الحروف مفهومة ومصححة.
- فيإذا لاحظت الأم أن ابنها يعاني من تأخر لغوي شديد يجب عليها الإسراع بعمل تخطيط سمعي له ومن ثم وضع المعين السمعي المناسب له باستمرار وإعطاؤه تدريبات لغوية لرفع مستوى العمر اللغوي لديه.
- كذلك يجب على الأهل فهم انه ليس هناك طريقة واحدة مع كل الأطفال شكل طفل له احتياجاته الخاصة حسب:

- 1- العمر الذي تم عنده اكتشاف الإعاقة السمعية.
- 2- وضع المعين السمعي.
- 3- العمر اللغوي الارسالي والاستقبالي.

قياس وتشخيص بالمعاقين سمعياً

إن قياس وتشخيص القدرة السمعية يتم وفق عدد من الطرق والأساليب حيث تقسم تلك الطرق والأساليب إلى مجموعتين، تمثل المجموعة الأولى الطرق التقاينية كمناداة الطفل باسمه، وطريقة سماع دقات الساعة، أما المجموعة الثانية فتتمثل الطرق العلمية الحديثة ومنها طريقة القياس السمعي الدقيق وفيها يحدد أخصائي السمع درجة القدرة السمعية بوحدات تسمى هيرتز والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، ويوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل، أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية في قياس وتشخيص القدرة السمعية فتعرف باسم طريقة استقبالي الكلام وفهمه وأما الطريقة الثالثة فتسمى باختبارات التمييز السمعي ومن أشهرها اختبار ويب مان للتمييز السمعي وأخبار لندامود .

ومن بعض الأمثلة على المجموعة الثانية:

- 1- طريقة فحص تخلطيف النغمة الصافية، حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد وتحديد عتبة تلك القدرة باستخدام جهاز الأوديوميتر حيث يقوم بوضع سماعات خاصة لكل أذن على حدة للمفحوس وبعدها يسمعه نغمات خاصة ذات تذبذبات تتراوح ما بين (125-8000) هيرتز شدة تتراوح ما نسبته (صفر - 110) ديسبل ومن خلال ذلك يتم تحدي مدى التقاط المفحوس للنغمات ذات التذبذبات وشدة التدرجة مقياس سمع يظهر إعاقاة سمعية بعد التعرض لصوت مرتفع.
- 2- طريقة استقبال الكلام وفهمه . حيث يقيس الفاحص القدرة السمعية للفرد وتحديد قدرة وعتبة مدى سماعه للكلام باستخدام جهاز الأوديوميتر الخاص بالكلام ويحس على المفحوس في هذه الطريقة أصواتاً بتذبذبات وشدة متدرجة باستخدام السماعات ومنسختات الصوت ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه الأصوات المعروضة عليه أو إعاقاتها وبهذه الطريقة يستطوع الأخصائي تحديد عتبة المفحوس لاستقبال الكلام.

الاختبارات التربوية للتمييز السمعي

- 1- مقياس: جولدمان فرستموذكوك للتمييز السمعي: يهدف هذا المقياس لقياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجموعات من المفردات المتشابهة من حيث اللفظ، ويتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة في سلاسل حيث تضم كل سلسلة أربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثال (, Bite , Write , NIGHT) إلخ. بالإضافة إلى ذلك يضم المقياس كتيب خاص مؤلف من مجموعة من الصور.

كيف تمنع حدوث هذا الصمم

- 1- العناية التامة بالأطفال إذا أصيبوا بالتهابات الأذن الوسطى والاهتمام بنظافة.
- 2- تعليم الأطفال في شهورهم الأولى حسب التعليمات الموجودة بشهادات التطعيم.
- 3- استشارة الطبيب في حالة الإصابة بأي مرض أو صمم.
- 4- علاج الأطفال الذين يعانون من التهابات الأنف والجيوب الأنفية أو اللوزتين.
- 5- في حالة الإصابة بالأمراض المذكورة يجب، أن نعتني بالطفل واستشارة الطبيب مبكراً قبل حدوث مضاعفات.

- 6- عدم تناول الأدوية سواء للسيدة الحامل أو للأطفال بدون استشارة الطبيب المختص.
- 7- في حالة الولادة المبكرة يجب نقل الأم إلى المستشفى والعناية بها وإسعافها وإسعاف الطفل في الوقت المناسب.
- 8- مراعاة السيدة الحامل لصحتها أثناء فترة الحمل وزيارة الطبيب في مواعيد منتظمة.
- 9- تطعيم البنات في سن العاشرة من العمر ضد الحصبة الألمانية .
- 10- يمكن تجنب الصمم الوراثي إذا امتنعت الأسر من الزواج بالأقارب) وعدم التزاوج بين الصم أنفسهم.

الإعاقة السمعية العصبية

هي التي تحدث أي خطأ أو تلف أو شذوذ في جهاز الإدراك أو الجسم الذي يشمل عضو السمع في الأذن الداخلية في التوقعة الحلزونية وعصب السمع ومركز السمع بالمخ.

أسبابها:

ينشأ الصمم العصبي عن أي مرض يصيب الأذن الداخلية أو عصب السمع أو العصب السمعي أو مركز السمع في المخ وهناك أسباب عديدة أهمها:

- 1- الصمم العصبي الخلقي: وهذا الصمم يحدث منذ الولادة نتيجة لعامل وراثي
- 2- الصمم العصبي نتيجة الحمى الشوكية
- 3- الصمم العصبي التسممي
- 4- الصمم العصبي نتيجة مرض الزهري
- 5- تدهور العصب بسبب كبار السن
- 6- مرض تصلب الركاب الأوتوسكليروسيس
- 7- اختلاف العامل الرايزيسي بين دم الأم ودم الأب
- 8- الصمم العمدي أثر إصابتها يحدث نتيجة ارتجاج المخ أو كسر بقاع الجمجمة أدى إلى تلف التوقعة الحلزونية أو العصب السمعي.
- 9- الصمم أثر التهاب التوقعة الحلزونية.

الإعاقة السمعية المختلفة

تحدث هذه الإعاقة في الأذن الداخلية والوسطى وهو عبارة عن ضعف سمع مشترك يعوي ضعف السمع التوصيلي وضعف السمع العصبي نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث.

الإعاقة السمعية المركزية

تحدث نتيجة لأي خلل بين علق المخ والقشرة الدماغية، والسبب في ذلك قد يرجع إلى سرطانات في الدماغ أو التهابات في غشاء المخ أو تصلب اللويحي يكون للمرض نفسه الأعراض وكل الشرايين المرتبطة في الدماغ تتصلب بالتدريج وبالتالي فإن الدم يتصلب في الدماغ وأغلب الأحيان من يصاب بهذين المرضين يموتون أو يصابون بإغماء، وإذا طالقت المدة ما بين الإغماء والاستيقاظ كان الخطر أكثر ويزاد التصلب للشرايين، والسرطان يعمل ضغط على الدماغ وكلما زاد الضغط يكون أكثر خطرا على الدماغ.

الإعاقة السمعية غير العضوية

تكون هنا الأعضاء سليمة وتحدث نتيجة لمشاكل بيئية عاطفية، مدرسية، وتكون في الأعمار التالية 9-11 سنة، 13-20 سنة.

الوقاية من الإعاقة السمعية

الإعاقة السمعية تمثل تحديا لنمو اللغة الطبيعي عند الأطفال ولذلك فإن التشخيص المبكر والتدخل المبكر يؤدي إلى أفضل النتائج ولكن ما هو أفضل من التدخل المبكر هو اتباع القاعدة الذهبية 'الوقاية خير من العلاج'.

والوقاية هي جملة من الإجراءات المنظمة تهدف إلى الحيلولة دون حدوث الضعف أو تطور الضعف إلى عجز أو تطور العجز إلى إعاقة دائمة، ولما كانت الوقاية تعتمد على معرفة الأسباب فإن الوقاية من الصمم تتطلب إجراء بعض مستعمرة لتحديد أسبابه، علاوة على ذلك فالمعرفة العلمية الجديدة لا تترجم فوراً إلى إجراءات وقائية فئمة عوائق متوقعة قد تحول دون تنفيذ هذه الإجراءات وهذه بعض الأمثلة التي يمكن أن تساعد في تجنب حدوث الإعاقة:

- 1- الإعاقة السمعية الناتجة من ضعف السمع الوراثي العائلي: يمكن الحد من هذه الإعاقة عن طريق الفحص قبل الزواج مع التصح بعدم زواج الأقارب عملاً بتبسيحة النبيين في ذلك حتى لا يتم تركيز الصفات الوراثية المسببة لضعف السمع.

2- الاتساح خلف طبلة الأذن: وهو مرض شائع جدا في الأطفال وإن كان معظم الحالات تتحسن بالعلاج الدوائي أو الجراحي فإن بعض الحالات المزمنة تؤدي إلى إعاقة سمعية وتأخر في نمو اللفظ ويمكن الوقاية من هذه الحالات بالتعليمات البسيطة للأم في طريقة إرضاع الطفل حيث أن رأس المولود يجب أن يكون مرتفعا عند الرضاعة حتى لا تؤدي إلى التهاب وتضيق قناة أستاكيوس التي تقوم بإدخال الهواء إلى الأذن الوسطى لمعادلة الضغط على جانبي غشاء الطبلة وتفريغ الإفرازات المخاطية الطبيعية منها. كما أن الارتساح خلف الطبلة يعتبر من الأمراض المناعية والتي تزداد مع الضعف العام والتعرض للأتربة والدخان والمواد المسببة للحساسية مثل الأطعمة التي تحتوي على مواد حافظة ولذلك يمكن الوقاية من الارتساح خلف طبلة الأذن أيضا بعدم تعرض الطفل للدخان والتمتع للآرب بعدم التدخين بالمنزل أو حمل الطفل ورائحة الدخان تنبعث من هبمه كما يفضل الإقلال من الخضروات المتلجة أو الماء المتلج في فترة العلاج أو للحالات المتكررة كما يفضل الارتقاء بالحالة المناعية للطفل باستنشاق الهواء النقي والإكثار من الخضروات والفواكه الطازجة والتي تحتوي على فيتامينات خاصة فيتامين (أ) مثل الجزر وفيتامين (ج) مثل اللفل الأخضر وهما أيضا لهما دور هام في حيوية وسلامة الأغشية المخاطية المبطنة للحم والأنف والأذن الوسطى.

3- التهاب الأذن الوسطى الصديدي المزمن: ينتج الالتهاب المزمن للأذن الوسطى من التهاب الحاد الذي لا يتم علاجه بطريقة جيدة وهنا دور كبير للأم حيث أن التهاب الحاد يمكن أن يتم شفاؤه بدون أي مضاعفات. إن شعور الأم ببن الطفل قد شفى من المرض بعد أيام قليلة من العلاج حيث تخففي الحرارة والألم ويتحسن السمع ويمارس الطفل حياته الطبيعية فإن هذه الشواهد غير كافية لوقف العلاج ويجب استمرار العلاج لمدة التي حددها له الطبيب المختص حتى لو أدى ذلك إلى شواء جرعة أخرى من دواء غالي الثمن إن التحسن الظاهري قد ينتهي بعد فترة قصيرة وينتفك الطفل بالمرض مرة أخرى ويحتاج الطفل إلى تكرار العلاج كاملا. مع تكرار مثل هذا الالتهاب يتطور المرض الحاد الشايل للششاء تماما إلى مرض مزمن يحتاج إلى تدخل جراحي أو معينة سمعية مع نسبة عجز في السمع تضر الأطفال في سنوات عمرهم الأولى.

4- التعرض للضوضاء: الإعاقة السمعية النتيجة من التعرض للضوضاء هي من الإعاقات التي يمكن تجنبها. فإذا كانت الضوضاء تليجة من أصوات مكائنات

المصانع فإن إنتاج إرشادات الأمان الصناعي لتقليل الضوضاء الصادرة من الماكينات وتقليل انتقال الضوضاء من الماكينات إلى العمال وتحديد مدة التعرض للضوضاء والتي تتناسب عكسياً مع مستوى الضوضاء كل ذلك يقال من احتمالات الإعاقة السمعية. كما أن استخدام واقيات الأذن الشخصية أو حتى قطعة صغيرة من القطن في الأذن قد تكون كافية لخفض مستوى الصوت الذي يصل للأذن من المستوى الضار إلى المستوى الآمن المسموح به.

أما عن التلوث السمعي والضوضاء الناتجة عن السيارات والأفراج والاستخدام الخاطئ للمسجلات الصوتية فإن الوقاية من الإعاقة السمعية الناتجة عنها يحتاج إلى أسلوب حضاري في التربية للأطفال منذ الصغر وتوعية الذين يؤذون الآخرين بدون وعي أو فهم للأضرار الناتجة من الضوضاء. وهنا يجب الإشارة إلى أن الآثار السلبية للضوضاء تتعدى الإضرار بالسمع والأذن بكثير، فهي أيضاً تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وعدم القدرة على النوم واضطراب بالتنفس ومنها ما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية خطيرة بالأسرة.

5- الأدوية الضارة بعصب السمع: بعض الأدوية مثل المضادات الحيوية من مجموعة الأمينوجليكوسيدات تؤدي إلى ضعف سمع شديد خاصة بالترددات العالية وحيث أن هذه الأدوية شائعة الاستخدام خاصة في الأطفال في حالات النزلات الشعبية والالتهاب الرئوي فإنه باستخدام البدائل المتاحة والتي يمكنها أن تعطي نفس النتائج تكون قد تجنبنا إعاقة سمعية شديدة تحتاج إلى تأهيل ومعينات سمعية. ومن الأدوية الأخرى الضارة بعصب السمع مجموعة الساليسيلات والتي تستخدم بدون استشارة الطبيب في حالات الصداع ونزلات البرد وإن كانت أعراض هذه المجموعة مثل الطنين وعدم الاتزان وضعف السمع هي أعراض مؤهنة يمكن الشفاء منها بعد توقف الدواء إلا أنه ينصح بعدم 6- الأمراض العالمة مثل ارتفاع ضغط الدم والبول السكري: هذه الأمراض تؤثر تأثيراً مباشراً على وظيفة الأعصاب والنور العصبية واستغلال الأكسجين في الأنسجة المختلفة وبالتالي تؤدي إلى ضعف السمع وصعوبة في تفسير الكلمات. إن الانتظام في علاج مثل هذه الأمراض يقلل من التعرض للمضاعفات المختلفة ومنها الإعاقة السمعية الأسراف فيه.

6- الإصابات الفيروسية والبكتيرية: من أسباب الإعاقة السمعية الشديدة الإصابات الفيروسية مثل الإصابة بمجموعة فيروسات الأنتاوشزا والقعدة التنكسية وكذلك الإصابات البكتيرية مثل الحمى الشوكية وحمى التيفوئيد، وعلى هذه الالتهابات تنتج

من العدوى عن طريق الرذاذ والتواجد في الأماكن المزدحمة أو الأطقمة المكشوفة (بالتسمية لحمى التيفوئيد) ويمكن تجنب الإعاقة من هذه الأسباب بتجنب الأماكن المزدحمة والعادات السيئة

وهناك طرق أخرى للوقاية من الإعاقة السمعية منها:

- 1- الوقاية من الصمم الوراثي بعدم تشجيع زواج الأقارب في العوامل المعروف فيها توارد الصمم وتوعيتهم لمنع الحمل وإنجاب الأطفال.
- 2- الصمم الولادي، تشريعات الزواج الحكيمة تمنع الزواج من المرضى الذين يؤدي زواجهم إلى إنجاب الأطفال المشوهين خلقياً، ومعالجة الأمهات والآباء بعد الحمل.
- 3- العناية بصحة الأم الحامل ووقايتها من الأمراض والعوارض وامتناعها عن تناول العقاقير الضارة بالجنين والمخدرات، والمسكرات وتوفير التغذية الضرورية الوافية لها واتخاذ الإجراءات الحديثة لمعالجة تظهر فمائل الدم هي الوالدين.
- 4- العناية في الولادة العسرة وإتباع الطرق الصحيحة لتجنب كل ما يعرض الوليد للشدّة والاختناق عند المحاولة لإنقاذ الأم.
- 5- الوقاية من أمراض الطفولة بالتحصين ضد الأمراض واللقاح اللازم.
- 6- معالجة أمراض الأذن والأمراض التي لها أثر مبيّن على الأذن والسمع بوقت مبكر.
- 7- منع الشدة على الأذنين ووقاية السمع من التعرض لصوت الانفجاريات والضجيج المتواصل أثناء العمل اليومي.
- 8- عدم الإفراط في التدخين والكحوليات والامتناع عن تناولها.
- 9- التشخيص المبكر لأمراض الأذن واكتشاف الحالات التي تؤدي إلى فقدان السمع وحالات الصمم يلتمس لسمع الطلاب والأطفال بصورة عامة.
- 10- توعية الآباء وتوجيه المعلمين لاكتشاف حالات ضعف السمع أو الصمم بين الأطفال توفير العلاج اللازم في الأدوار المبكرة في الإصابة بأمراض الأذن.

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين سمعياً

إن أصحاب الإعاقات السمعية لا يمثلون فئة متجانسة حيث أن لكل فرد خصائصه الفردية. وترجع مصادر الاختلافات إلى نوع الإعاقة وعمر الفرد عند حدوثها وشدّة الإعاقة وسرعة حدوثه أو ومقدار العجز السمعي وكيف يمكن الاستفادة منه ووضع

والوالدين السمعى وسبب الاعاقه والفئة الاجتماعية والاقتصادية التي تتحصف بها الأسرة وغير ذلك ولهذه الاعاقه تأثير ملحوظ على الخصائص النمائية المختلفة لدى الفرد لأن مراحل النمو مترابطة ومتداخلة .

أولاً: الخصائص اللغوية: تأثير الإعاقة السمعية على لغة الأطفال.

مراحل النمو اللغوي عند الأطفال بصفة عامة

أ-مرحلة ما قبل اللغة، وتتضمن أربع مراحل:

1- مرحلة الصراخ أو البكاء *crying stage*. وهي هذه المرحلة يعبر الطفل عن حاجاته وانفعالاته بالصراخ وتتمد هذه المرحلة من الميلاد وحتى الشهر التاسع، وهي نتاج لنشاط الجهاز التنفسي والحبال الصوتية والعضلات.

2- مرحلة التناغاة: *Babbling stage*. وفي هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو المقاطع ويكررها، وتتمد هذه المرحلة من الشهرين الرابع والخامس تقريباً وحتى الشهرين الثامن أو التاسع.

3- مرحلة التقليد: *Imitation stage*. في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات التي سمعها تقليداً خاطئاً، فقد يغير أو يبدل أو يحدف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، وقد يرجع ذلك لعوامل كثيرة أهمها مدى نضج جهاز التعلق، وضعف الإدراك السمعي، وقلة التدريب، ولكن مع استمرار عوامل النضج والتعلم والتدريب تصبح قدرة الطفل على التقليد أكثر دقة وتتمد هذه المرحلة منذ نهاية السنة الأولى من العمر حتى عمر الرابعة أو الخامسة تقريباً.

4- مرحلة المعنى *Semantic stage*. وفي هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللفظية ومعناها وتتمد هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عصر الخامسة تقريباً، وفي هذه المرحلة تزداد ذخيره اللغوية وتتطور لغته الاستقبالية ويذمج الكلمات في جمل قصيرة ثم يبدأ بالتحدث بجمول من (3-4) كلمات، ويستطيع طرح الأسئلة، ويميز الألوان، ويستطيع أن يروي قصة قصيرة عن خبرته.

ب-مرحلة اللغة الحقيقية: وتنقسم إلى المراحل الفرعية الثلاث التالية :

1- مرحلة فهم اللغة قبل استخدامها :

من المتفق عليه بين علماء لغة الطفل أن الطفل يفهم لغة الآخرين ويتوصل لفهم الكلمات

التي ينطقونها أمامه قبل أن يتمكن هو نفسه من استخدام اللغة بفترة طويلة، فاللغة الاستقبالية أي ما يفهمه الطفل

تسبق بكثير اللغة الإنتاجية أي التي ينتجها الطفل (قدرته علي أن يقول ويستخدم الكلمات بنفسه)

2- مرحلة الكلمة الأولى:

يشق علماء لغة العائل علي تعريف الكلمة الأولى للطفل علي أنها " أول صوت يستخدمه الطفل استخداما له معني " وتنتهي مرحلة المناغاة حينما ينطق الأطفال أولى كلماتهم، وعامة فإن الكلمة الأولى تبدأ بعد (10-12) شهراً تقريبا من العمر مع مراعاة الفروق الفردية، ويشير العلماء إلى أن أكثر أجزاء الكلام انتشارا لدي الأطفال في هذه المرحلة هي الأسماء، وهذه الأسماء تؤدي وظيفة الجملة الكاملة.

ولهذا فإن الكلمة الواحدة قد تعني عدة معاني مختلفة باختلاف المواقف، كذلك نجد أن الحديث المبكر للطفل وكلماته الأولى تتسم بالاتعمال أي تعبير عن حاجات الطفل ورغباته ومشاعره، كذلك غالبا ما تكون الكلمات الأولى للطفل زائدة التعميم فيقول كرة علي كل الأشياء المستديرة.

ج-مرحلة تطور المهارات اللغوية:

ويعد أن يتكلم الطفل الكلمات الأولى التي يستخدمها بثبات واستمرار هي للمواقف المختلفة، يحدث نوع من التطور في مختلف المهارات اللغوية، فحينما يصل الطفل إلى سن ثمانية عشر شهرا من العمر يصبح كلامه أكثر انتظاما واتساقا وأقرب إلى كلام الكبار، بحيث يصبح كلاما واضحا ومفهوما بالنسبة للمقربين منه والغريب عنه علي حد سواء.

النمو اللغوي للمعاقين سمعيا

تؤثر الإعاقة السمعية سلبا علي جميع جوانب النمو اللغوي لدى الأطفال فالمشخص المعوق سمعيا سيصبح أيكما إذا لم تتوازر له فرص التشريب الفاعلة و يرجع ذلك بسبب عدم توفر التغذية الراجعة السمعية وعدم الحصول على تعزيز تقوي كاف من الآخرين.

في الشهور المبكرة الأولى يكون هناك تشابه في نمط السلوك بحيث يخفي هذا التشابه علي الوالدين ظهور أي درجة متوسطة أو كبيرة من سمم أطفالهم وتشير معظم الأبحاث والدراسات أن الأطفال التسم من أبناء صمم يمزون بتفهم مراحل النمو اللغوي التي يمر بها الأطفال السامعون من بكاء و صراخ و مناغاة وغيرها.

والطفل المعلق سمعياً حينما يصرخ يشعر بحركاته العضلية ولكنه لا يستطيع أن يسمع الصوت الذي يحدثه، وهو لذلك يفتقد المتعة التي تتأتى لمعظم الأطفال من مقدرتهم علي سماع صوتهم، ولأن الطفل المعلق سمعياً يفتقد نوعاً قديماً من اللشبرات التي تشجع لغة الكلام الطفولية، وكذلك يفتقد مثل هذا الشعور بالأمان والتعرف علي شخصيه أمه ، إلا أنه يتعلم أن يألفها من خلال إحساناته اللمسية والبهيمية والسمعية.

والطفل المعلق سمعياً في الشهر الرابع يناغي بحرية ولكن دون أن يحصل علي متعة كبيرة مثل التي يحصل عليها الطفل العادي من الأصوات التي يسمعها، ومن الشهر الرابع يظهر في أصوات بعض الأطفال المعلقين سمعياً أنماطاً عامه تكون إيقاعية ومتمعه في النغمة والملاحظ غالباً أن يستخدمها الطفل لغرض ما أو يستخدمها في اللعب وهذه الأنماط تكون طبيعية ولكنها ليست نتيجة لتقليد أصوات الناس الآخرين ويوصول الطفل المعلق سمعياً إلى سن 6 شهور تتحول مناغته إلى صراخ ذي أنماط تكرارية وربما يحوي أو لا يحوي بعضاً من الحروف الساكنة مثل (ماما) أو (بابا) فمناغته ليست كما نغمة الطفل العادي فهي لا تتحول إلى لغة الأطفال الكلامية.

إن الطفل المعلق سمعياً الذي يبلغ 6 شهور غالباً ما يتسم استجابة لا يتسامه الآخرين، وحينما يصل الطفل الأسم إلى سن الثالثة وعندما يبدأ في استخدام الوسيلة المعينة علي السمع مبكراً، وقد أعطى لأبويه التمرين الخاص في الاستماع وتحليل الكلام فإنه ينمو في عقل الطفل لا شعورياً تتبدل رغبته في الكلام، يجعل مدي تشكبه يصل قريباً جداً من مستوي الطفل العادي.

وحتى يتمكن الطفل المعلق سمعياً أن يتلقى اللغة بشكل صحيح عليه أن يتعلم ما يلي :

- 1- فهم وإدراك الكلمات التي ينطقها المحيطون به، ويمكن التوصل إلى ذلك باستعمال السماعات أو طريقة قراءة الشفاه وشرح المقصود من الحديث بتمثيل حالته عملياً إن أمكن
- 2- ماذا يقول ؟ يجب تزويد الطفل بمجموعة من الكلمات التي عليه أن يستعملها، ويجب أن يسمع في استعمال هذه الكلمات في جمل بسيطة.
- 3- كيف يقول: الكلمات والجمل حتى يمكن فهمها من قبل الآخرين، وهذا يتضمن إصدار الأصوات أو النطق، استعمال الإيقاع والتأكيد علي الجمل و التمازج للمحنة الصحيحة وقول الأصوات بشكل مقبول وبطريقة يفهمها السامعون.

ثانياً: الخصائص المعرفية

إن ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً كقسط لا يتأثر بهذه الإعاقة ، كما لا تتأثر قابليتهم للتعلم و التفكير التجريدي ما لم يكن لديهم مشاكل في الدماغ مرافقة لهذه الإعاقة .

خصائص التلميذ المعوق سمعياً :

- 1- بطء النمو اللغوي نتيجة قلة المشيرات الحسية، وعدم مناسبة الأساليب التدريسية والأنشطة التعليمية لظروف الإعاقة السمعية
- 2- العجز عن تحمل المسؤولية، وعدم الاتزان الانفعالي، والسلوك العدواني تجاه الآخرين والسرققة.
- 3- سرعة التمييم، وعدم القدرة على ربط الموضوعات الدراسية مع بعضها البعض.
- 4- يتأخر تحصيلهم الأكاديمي بصفة خاصة في القراءة والعلوم والحساب.
- 5- الوحدة (يشكلون جماعات خاصة بهم).
- 6- تشير الدراسات بأنه لا توجد فروق كبيرة بينهم وبين التلاميذ العاديين في نفس المرحلة السنوية في الذكاء.

الخصائص الجسمية والحركية

تأثير الإعاقة السمعية على حركة الأطفال، يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال و تحول دون اكتشافهم للبيئة و التفاعل معها لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تقوض جهوداً على النمو الحركي لديهم. اثر الإعاقة السمعية على التحصيل الأكاديمي للأطفال، إن التحصيل الأكاديمي لأفراد هذه الفئة غالباً ما يكون متدنٍ بالرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم.

التحصيل الأكاديمي

تحصيلهم القرائي هو الأكثر تأثراً بهذه الإعاقة لذلك يأتي تحصيلهم الأكاديمي ضعيفاً و يتناسب ضعف التحصيل الأكاديمي لدى أطفال هذه الفئة طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية و مستوى تعقيدها و يزداد الطين بلة بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس.

الخصائص الاجتماعية والنفسية

اثر الإعاقة السمعية على الخصائص الاجتماعية و الانتمائية لدى الأطفال. إن أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة و المتمثلة بتقديم الحماية الزائدة للمعوق سمعياً تلعب دوراً في مستوى نموه الاجتماعي بحيث يصبح اعتمادياً على الآخرين.

التكيف المهني

اثر الاعاقة السمعية على التكيف المهني لدى الأطفال إن لغة و طلائف كثيرة فهي تعبر عن ذات الفرد و قدرته على التواصل و فهم الآخرين و تعتبر من أهم وسائل النمو المعرفي و العقلي و الانفعالي و النمو المهني يعتمد على تطور اللغة و نموها لدى الفرد لذلك فالعاقرون سمعياً يعانون من ضعف في قدراتهم القوية.

طرق التواصل مع الأطفال ذوي الإعاقات السمعية

من أصعب المهام على العاملين مع الطلاب المعوقين سمعياً، تنمية قدرات هؤلاء الطلاب على التواصل مع غيرهم، لذلك تم ابتكار الكثير من الاستراتيجيات من قبل المختصين والعاملين في هذا المجال للتواصل بكفاءة مع الأشخاص الصم.

ومن أهم الطرق المستخدمة :

الطريقة الشفهية المنطوقة (أو طريقة الاتصال اللفظي) :

إن أول من طبق هذه الطريقة سمونيل هاتيك في ألمانيا (1723-179م). كما كانت هناك محاولات في هذا المنحى لعلمي الصم النين سيبشوم وهم: بونيه (1579-1620م) وهودلر وأمان (1669-1724م).

هذه الطريقة إحدى الوسائل الأساسية المتبعة في أسلوب التعليم الشفهي التي كانت سائدة في القرن الماضي، واستمرت حتى النصف الثاني من هذا القرن، حيث بدأت الشكوك تتسرب إلى أذهان الباحثين اللغويين والسمعيين.

وقد أكدت الدراسات صحة هذه الشكوك وأشارت إلى أن ما نسبته (30%-40) فقط من مجمل الحديث، يمكن للشخص الأصم الذكي للتشرب جيداً على أسلوب قراءة الشفاه أن يستوعب، وتعتمد قراءة الشفاه على فلسفة العين بدل الأذن.

وتعتمد هذه الطريقة على التناغم عن طريق الكلمة المنطوقة من الصم، وتشمل القدرة على نمط وفهم الكلام المنطوق، وذلك لأنه يعتمد على السمع، أما الطفل ذو الصمم الشديد، فيجب تدريبه على أصوات الكلام ميكانيكياً بطريقة آلية، وتعويض القصور السمعي بالنظر واللمس، ولكي يستطيع التحكم في سرعة وإيقاع ونبرة الصوت، وعلوه وانخفاضه، فلا بد من أن يسمع صوته وأصوات الآخرين، وعليه أن يستفيد من القدر المثيل المتبقي من السمع، ذلك بالاستعانة بأحدث الأجهزة السمعية المناسبة.

العوامل التي تساعد المعاق سمعياً على قراءة الشفاه

أجريت دراسات عديدة حول هذا الموضوع، من بينها دراسة فريزينو وكويكسلي (1971م) :

1- سرعة الكلام: إن هذه الدراسة بينت أن القراءة في حالة الكلام البطيء أفضل من حالة الكلام العادي، على أن يكون الكلام غير بطيء جداً. فقد ظهر من خلال شريط مرئي تم تسجيل عشرين جملة عليه بسرعات مختلفة، وفق ما يلي: (80%، 67%، 58%) من السرعة العادية، إن السرعة النصف للكلام من أجل قراءته على الشفاه كانت السرعة المتوسطة (67%).

2- الوسط الذي يعيش فيه الطفل الأصم: تبين أن الأطفال الصم الذين يواظبون على الدوام في القسم الخارجي في مؤسساتهم - أي الذين ينهبون إلى بيوتهم بعد انتهاء الدوام النهاري - كانوا أفضل حالاً في قراءة الشفاه من أولئك الموجودين في القسم الداخلي.

3- القدرات الفهمية: تبين أن الأطفال الذين لديهم القدرة على الانتباه لمدة أطول، يمكنهم قراءة الشفاه أفضل من الأطفال الذين ليست لديهم مثل هذه القدرة.

ويستفاد من قوانين التعلم عند تدريب الطفل الأصم على قراءة الشفاه، وذلك عبر موجّهات عامة، منها :

1- يجب التركيز على الكلمات المسهلة في البداية، وأن تكون هذه الكلمات مرتبطة بالواقع وبداثة تجارب الطفل وخبراته.

ويلاحظ - أحياناً - إن قراءة الكلمات ذات المقاطع الطويلة أسهل شفاهياً على الأصم من قراءة الكلمات ذات المقطع الواحد، فمثلاً، كلمة (بطاطا، أو مستنقى) أسهل للمعوق سمعياً قراءتها من قراءة كلمة (فقل).

- 2- يفترض أن يكون قارئ الشفاء مدركاً للغة الشفهية.
 - 3- مساعدة الطفل الأصم بالتدريب على ملاحظة الوجه والشفاه بدقة، ثم الربط بين ما يراه من تعبيرات وحركات وبين المواقف، ثم تمويده على الفهم المجرد، دون أن يرى مواقف معاكسة أمامه أثناء التحدث.
 - 4 - الاستفادة من قدرة الطفل على التقليد في تدريبه على قراءة الشفاء، وتعليمه الأنشطة أو الخبرات المختلفة.
 - 5- ربط المهارات اليدوية والتدريب الحسي بالكلمات، واستغلال كل الأوقات المناسبة للتدريب على قراءة الشفاء.
 - 6- ربط الكلمات بواقع الطفل، حتى يكون لها دلالة بالنسبة له، مما يزيد من تعلمه وفهمه بصورة سريعة.
 - 7- الاستمرار في التدريب الموزع على مدة زمنية معقولة، مما يساعد على تثبيت العادات.
 - 8- أن تتم عملية قراءة الشفاء من خلال الأنشطة والعمل، وأثناء اكتساب الخبرات والتجارب.
- وفيما يلي الشروط التي يجب أن يأخذها المعلم في الحسبان عند استخدامه طريقة قراءة الشفاء مع تلاميذه :
- 1- درجة وضوح حركات الكلمات وسلامة الفم والأسنان والشفاه من العيوب المختلفة.
 - 2- التحدث بصوت مسموع - وليس بصوت مرتفع - ولتكن سرعة الكلام متوسطة، إذ أنه تزداد صعوبة قراءة الشفاء وفهم الكلام المثالي، كلما زادت سرعة المعلم أثناء التحدث.
 - 3- أن يتأكد المعلم من سلامة بصر التلاميذ، وأن يضع الذين يشكون من ضعف بصرهم في المقاعد الأولى في غرفة الصف.
 - 4- التأكد من اتجاه العمود سمعياً، إذ لا يتم التكلم إلا وهو ينظر إلى من يتحدث، والتأكد من عمل السماع.
 - 5- ألا تزيد المسافة بين المتلقي والمرسل - في حالة قراءة الشفاء - عن خمسة أقدام، ولا تقل عن قدمين، لأنه في حالة الاقتراب منه يتمرن عليه تركيز انتباهه على عضلات الوجه.

6- عدم المبالغة بإداء نطق الحروف أو الكلمات، لأن أية حركة غريبة توهم الطفل بمعنى آخرى للكلام. كما ينبغي نطق الكلام للطفل مرات عديدة، حتى يتم التأكد من أن الطفل قد فهمها، وإذا تعذر ذلك يمكن استعمال الكلام المكتوب على السبورة لمساعدة الطفل على الفهم.

7- يجب تعويد الطفل على عدة أشياء، كالبدء في تعليمه قراءة الشفاها، مثل :

أ- تدريبه على النظر إلى وجه المتحدث قبل كل شيء.

ب- تدريبه على الاستعانة بتعبير وجه محدثه.

ج- أن يطلب منه إعادة الكلمة في حال عدم فهمها.

المشكلات والتعقيدات المرتبطة باستخدام طريقة التواصل الشفهي

1- تشابه بعض الحركات الكلامية في المخارج، مثل حروف (الباء، والميم)، (التاء، والذال) أو تشابه بعض الكلمات مثل (يدى، مدى) (تاب، داب)، ومثل: (غالي، خالي) (ظهر، زهر) (زر، زور)، (تين، طين) (جيل، جعل).

2- اختلاف نطق بعض الحروف بين الأشخاص، سواء في البيئة الواحدة أو في البيئات المختلفة.

3- إن بعض الأطفال لا يمتلكون المهارات اللازمة لتعلم الطريقة الشفهية، والبعض الآخر لا يستطيع التمييز سمعياً وبصرياً بما فيه الكفاية.

4- لم تساعد طريقة قراءة الشفاها التلاميذ الصم على سرعة استيعاب الكلام وتتيحه، وذلك لصعوبة تمييز بعض الحروف على الشفتين لتشابه مخارجها كما أن بعضها الآخر ينطق من داخل الفم ولا يظهر على الشفتين.

5- لم تساعد هذه الطريقة على تعلم الكلام وتنمية اللغة بشكل جيد، لأن قارئ الشفاها لا يستطيع في أحسن الأحوال استيعاب أكثر من 40% من الكلام المنطوق.

الطريقة التحليلية

وتشمل تعليم المعوق سمعياً، وتعرفه بالشكل الذي يأخذه كل صوت على الشفتين، وتدريبه على تحديد كل صوت، وبهذه الطريقة يتم تعليمه أصوات الحروف منفردة، وبعد أن يتقن نطق كل صوت على حدة، تشكل منها كلمات ويتعرب على نطق تلك الكلمات، ثم يكوّن منها جملاً. ومن عيوب هذه الطريقة أن الطفل الأصم قد يعتمد إلى نطق كل حرف في الكلمة كما هو لو كان منفرداً، فيكون تلفظه متكلفاً ويتعذر على الفهم.

الطريقة التركيبية

وبها يتم تدريب الفرد على التعرف على أكبر عدد ممكن من الكلمات المتطوقة، ومن ثم تعريفه بالكلمات التي لم يفهمها بالاعتماد على كفاءته اللغوية، وتعتمد - أيضاً - على تدريب الطفل الأصم على نطق الكلمة ككل منذ البداية، يلي ذلك تدريبه على بناء الجملة، حتى إذا ما بلغ مرحلة الاستعداد لتصحيح النطق، تُرب على الكلمات غير المتطوقة بشكل سليم.

كما تستخدم طرق أخرى للتدريب على قراءة الشفاه، منها :

أ الطريقة الأولى : ويكون فيها التركيز على أجزاء الكلمة، ويطلق عليها الصوتيات، بهذه الطريقة يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة والحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة.. وهكذا .

ب الطريقة الثانية : لا تهتم بالتركيز على الكلمة أو على الجملة، وإنما تهتم بالوحدة الكلية أو المعنى. فقد تكون هذه الوحدة قصة قصيرة، حتى وإن كان الطفل لا يفهم منها سوى جزء صغير جداً .

ج- الطريقة الثالثة : تعتمد على إبراز الأصوات المرئية أولاً، ثم بعد ذلك الأصوات المدغمة.

الطرق اليدوية (التواصل اليدوي)

التواصل اليدوي نظام يعتمد استخدام رموز يدوية لايمثل المعلومات للأخرين، والتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات، ويشمل هذا النظام - في التواصل - استخدام لغة الإشارة والتهجئة بالأصابع.

لغة الإشارة

نظام لغة الإشارة مقنن، يراعي ويحافظ على قواعد النحو التي ابتدعها أول مدير لمدرسة سمات ميلكلز جيمثل في هولندا (1817م)، هذه المدرسة تتبع الآن منهج التعليم الشفهي البحت.

وتعد لغة الإشارة أسلوباً بصرياً - يدوياً لاستقبال المعلومات والتعبير عنها، والإشارات هي خليط من الأوضاع والأشكال والحركات في اليد، تمثل كلمات أو أفكاراً محددة..

ويستطيع الأطفال الصم (صغار السن) التقاط الإشارات بسهولة، كما أنهم يستخدمونها استخداماً جيداً في التعبير عن أنفسهم. ولغة الإشارة محوراً حركة اليد وأصابعها لتصوير الألفاظ، وحاسة البصر تعد أساس لغة الإشارة من حيث التقاط هذه الإشارات وترجمة معانيها.

آلية التواصل بلغة الإشارة

لغة الإشارة ليست مجرد حركة لليدين، بل يفهم في إنتاجها اتجاه نظرة العين، وحركة الجسم، والكتفين، والضم، والوجه.. وهذه الإشارات غير اليدوية هي السمة الأكثر حسماً في تحديد المعنى وتركيب الجملة ووظيفة الكلمة، وتشير للأبعاد الزمنية للغة الإشارة، أي وقت حدوث الأفعال.

كما أن هناك نطقاً مكانياً للغة الإشارة، إذ تستخدم الحركة في اتجاهات مختلفة في نطق الأبعاد، للتعبير عن دلالات نحوية معينة. وهذه الإشارات غالباً ما تكون تقابلاً لما هو موجود في الطبيعية، أو لما يميز الأشياء والأسماء من ميزات بارزة، فإشارة سبابة اليد اليمنى باتجاه الرأس على الجبين ومد اليد اليسرى لتلامس الكوع الأيمن للدلالة على الهدوء. والإشارة التي تدل على اسم العروس ستكون باتجاه الرأس للدلالة على الإنكاح.

الإشارات تعتمد إذاً على إعطاء صور موجزة مبسطة عن الأشياء، مثل الاستدلال على الرجل بالإشارة إلى الشاربين، والاستدلال على فعل الشرب بوضع اليد بشكل كأس وجربها نحو الفم.

الحاجة إلى ترجمة لغة الإشارة من قبل معلمين مختصين:

- 1- من الضروري أن يتعلم المعلمون لغة الإشارة ليهتمكوا من الاتصال مع الأطفال الصم بلغتهم من أجل تفسير الأمور التعليمية لهم.
- 2- حاجة الأطفال الصم لترجمي الإشارة عند تواصلهم مع الآخرين.
- 3- حاجة الأطفال الصم المدمجون في المحيط المدرسي العادي والذين يندمجون في المحيط المهني في مستقبلهم إلى مترجمي لغة الإشارة.

أنواع الإشارات التي يستعملها الطفل الأصم:

- 1- إشارات وصفية يدوية تلقائية: وهي التي تصف شيئاً أو فكرة معينة وتساعد على توضيح صفات الشيء مثل فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة أو تضيق المسافة بين الإبهام والسبابة للدلالة على الصغر أو الشيء القابل.

2- إشارة غير وصفية: ولا يستعملها (إلا المصمم فقط، وهي عبارة عن إشارات لها دلالة خاصة كلفة متداولة بين المصمم، كأن يشير بإصبعه إلى أعلى للدلالة على شيء حسن أو مفضل أو العكس يعني أن الشيء رديء.

تمرقة الإشارة ثمر بعدة مراحل:

1. لغة الإشارة البينية.
2. لغة الإشارة المدرسية.
3. لغة الإشارة الجامعية.

التواصل عبر أبجدية الأصابع

تشمل تهجئة الأصابع استخدام اليد لتمثيل الحروف الأبجدية، وفي العادة تستخدم التهجئة بالأصابع كطريقة مساندة لغة الإشارة، إذا كان الشخص الأسم لا يعرف الإشارة المستخدمة لكلمة ما.

ووظيفة هذه الطريقة تصوير حروف الكلمة كما هي في الهواء، فاسم العلم (نابليون) يصور بالحروف: (نون، ألف، باء، لام، ياء، واو، ونون)

ويبدأ الأسم إلى الأبجدية اليدوية (أبجدية الأصابع) ليدل على الكلمات التي ليس لها إشارات وصفية، مثل أسماء العائم والمصطلحات اللغوية وغير اللغوية مثل كلمات: (فاعل، مبتدأ، أكسجين، حامض، وسودا كايوة...)

وتتميز لغة الأصابع بوجود نظامين:

الأول: نظام اليد الواحدة المستعمل في أمريكا، وهو أن لكل حرف شكله المعين باليد الواحدة.

الثاني: هو النظام المستخدم فيه اليدين بطريقة معينة لتدل على ذلك الحرف.

وندرأ ما تستخدم تهجئة بمفردها لتتواصل مع الشخص الأسم.

ما يؤخذ على الطرائق اليدوية:

1- فيما يتعلق بالإشارات، ليس هناك علاقات بين لغة الإشارة وكل من اللغة المتعلمة أو المكتوبة.

- 2- إنها تبعد الطفل عن قراءة الكلام وتتبعه.
- 3- إنها لا تمكن الطفل من تعلم النطق والكلام.
- 4- لم يتحسن المستوى التعليمي للتلميذ الأصم المستخدم لها.
- 5- لا يتمكن التلميذ الأصم من استعمالها إلا مع زملائه الصم، ولا يستطيع أن يتعامل بها مع أفراد المجتمع، لعدم فهمهم واستعمالهم لها.
- 6- معظم المدرسين يمزفون عن استخدامها لعدم قدرتهم على استخدامها، حيث يعتقد البعض أنها تتطلب مراناً كبيراً، ويجدون صعوبة في تعلمها.
- 7- إن لغة الإشارة تعتمد على حركات اليد الثابتة، فلا يمكن ممارستها في الظلام لعدم القدرة على الرؤية.
- 8- هناك تفاوت في نسبة فقدان السمع لدى الصم، وبالتالي، فإن الأصم من خلال اعتماده على لغة الإشارة فإنه يعمل بشكل ما البقايا السمعية التي يمكن أن تستغل ويستفاد منها.

طريقة التخاطب الشاملة (أسس التواصل الكلي)

وهي التي تعطي عناية بالكلام، واستغلال البقايا السمعية باستخدام الأجهزة السمعية في أن واحد مع استخدام لغة الإشارة والأبجدية اليدوية وقراءة الشفاه. مما يراعى باستخدامها رغبات كل طفل وحاجاته وظروفه الخاصة، وتستخدم هذه الطريقة مع جميع الأطفال المعوقين سمعياً بما فيهم ضفاف السمع، حيث ثبت صحة عدم إعاقه هذه الطريقة للمهارات الشفهية المختلفة واستغلال البقايا السمعية عندهم، بل على العكس، فقد تهرّب تحسن ملحوظ عندهم. كما يستخدم هذه الطريقة أيضاً التلاميذ متعددي الإعاقة.

نصائح للتعامل مع المعاقين سمعياً منها:

- 1- عدم معاملة المعاق سمعياً من طريق إعاقته بل على أساس ما يملكه من قدرات وخصائص.
- 2- عدم تجاهل ما يتركبه الأصم من أخطاء بل محاسبته كما يحاسب السامعين وعدم البحث عن أعذار لما يديه من تصرفات لا تليق.
- 3- تعاليمه كيف يعامل الآخرين وخاصة أسرته.

- 4- تذكر أن اللغة المقروءة والمكتوبة تعالج حاجزا مهما يصعب على شالبيه المعاقين سمعياً تجاوزه.
- 5- هي المجتمع المحيط بالمعاق سمعياً هناك فئة من الأفراد تفهمه وتحاوره فهل كنت أمينا معه فأصحا له
- 6- إذا كان عند الأصم سوهبة أو إبداع فإنه سيجد راحة كبيرة عندما تساعد وتظهرها للآخرين
- 7- أخباره بما استجد من أخبار وأخذ رأيه فيما يقع من أحداث.
- 8- تعريفه بالمتحدثين وتعريف المتحدثين به فكثير من الناس يجد شمة وهو يحاور المعاق سمعياً .
- 9- أخباره بأن لا يفصص عندما لا يبالي الآخرون به أو تبدو منهم تصرفات لا تليق بالمعاقين سمعياً فقد يكون لهم العذر لعدم معرفة لغة التفاهم معهم.
- 10- أخبره عن مزايا اللغة المنطوقة وطريقة الحديث العادية وخصائصها ليدرك كيف يتفاهم الناس مع بعضهم بعضا .
- 11- تناسي إعاقته عندما محاورته في موضوع مهم لإشعاره إن إعاقته لا تستلزم بذل الجهد لإفهامه موضوعا ما .

الخدمات التربوية المقدمة لذوي الإعاقات السمعية

طرق التدريس:

- 1- الطرق الشفهية.
- 2- الطرق اليدوية.
- 3- الطرق الكاتبة.
- 4- طريقة ثاني اللغة - ثاني الثقافة.

البرامج والأساليب الخاصة بتعليم المعاقين سمعياً

إن فلسفة تعليم الطفل المعاق سمعياً تقوم على جانبين: جانب تأهيلي يهدف إلى إكساب التلميذ لغة التواصل مع الآخرين والتدريب على السمع والكلام، وجانب تعليمي يهدف إلى إكساب التلميذ قدر مناسب من المعرفة والثقافة.

طرق تعليم التلميذ المعاق سمعياً :

لقد أشارت البحوث والدراسات وأدبيات التربية في مجال تعليم المعاقين سمعياً إلى وجود قصور في النظرة إلى استخدام الأساليب، وطرق التدريس المناسبة لخصائصهم وحاجاتهم. فمن المعروف أن التلميذ المعاق سمعياً يعاني من النسيان وعدم القدرة على الربط بين موضوعات المنهج، وعدم القدرة على استدعاء ما تم دراسته من معلومات مطلوبة لتعلم موضوعات جديدة، مما يشكل صعوبة في التعليم للتلميذ المعاق سمعياً ويستدعي بذل الجهد والفجوة إلى التكرار المستمر مع تنوع الطرق المستخدمة، وإعطاء جرعات علمية متزايدة وهو ما يسمى التعلم بعد تعلم.

طرق التواصل

التواصل هو عملية تبادل الأفكار والمعلومات، وهو عملية نشطة تشمل على استقبال الرسائل وتفسيرها ونقلها للآخرين. ويعتبر الكلام واللغة وسائل رئيسية للتواصل، وهناك طرق أخرى يتم فيها التواصل غير اللفظي مثل إيماءات، ووضع الجسم، والتواصل العيني، والتعبيرات الوجهية، وحركات الرأس والجسم، وهناك أبعاد لغوية موازية لها (وتشمل التعبيرات في نبرة الصوت، وسرعة تقديم الرسالة والتوقف أو التردد).

أهم أساليب التواصل مع التلاميذ الصم:

أولاً: التواصل اللفظي (التدريب السمعي - قراءة الشفاه)

التدريب السمعي: يعتبر من الاتجاهات الحديثة في تعليم الأطفال المعوقين سمعياً والذي يركز على الاستفادة من السمع المتبقي لدى الأطفال. ولذلك فهو يعتبر نقطة مثالية للتدخل المبكر نتيجة الدور الذي يلعبه في تطوير قدرة الطفل المعوق سمعياً على التحدث بالإضافة إلى دمجهم في المدارس مع الأطفال العاديين.

ويتضمن التدريب السمعي تنمية مهارة الاستماع لدى الأطفال المعوقين سمعياً بالإضافة إلى قدرتهم على التمييز بين الأصوات وذلك عن طريق:

- 1- تنمية الوعي بالأصوات.
- 2- تنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات العامة غير الدقيقة.
- 3- تنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات المشابهة الدقيقة.

مناهج المعوقين سمعياً

إن تنظيم مناهج الأفراد المعوقين سمعياً ليس بالعمالية السهلة وخاصة حين تقسم محتويات تلك للتناسب وأطفال الروضة أو ما قبل المدرسة أو ما بعدها، وقد تبين الخطة التربوية الفردية (IFP) وما تشكله من مناهج فردية أمراً مقبولاً في ميدان تربية الطفل المعوق سمعياً، تحتوي مناهج المعوقين سمعياً على ما يلي :

1- مناهج التخريب السمعي واللغوي: يتضمن مناهج التخريب السمعي عدداً من الأهداف التي تعمل على تنمية قدرة الأطفال ضعاف السمع على الانتباه والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الجمل والتعبير عنها وفيما يلي بعض الأهداف التي توضح ذلك:

أ. برامج القراءة:

إذا كان تعلم القراءة عملية صعبة بالنسبة لبعض الأطفال العاديين، فإنها أصعب بالنسبة للطفل المعوق سمعياً إذ تشير إلى ذلك امتحانات التحصيل والدرجات المتدنية التي يحصل عليها الأطفال المعوقون سمعياً بالإضافة إلى شواهد الحياة اليومية، إن ذلك يعني أن معظم الأطفال المعوقين سمعياً أقل اهتماماً بالقراءة، والسؤال الذي يمكن أن يطرح هنا هو ولماذا تعتبر ظاهرة الضل في تعلم القراءة ظاهرة عادية للطفل المعوق سمعياً ؟ ويكلمات أخرى ما الذي يجعل القراءة موضوعاً محبطاً للأطفال المعوقين سمعياً؟

إن الاستماع هو الطريقة الطبيعية لإدراك اللغة أكثر من القراءة نفسها، إن ذلك يعني أن سماع اللغة وإدراكها هو الخطوة الرئيسية في تعلم القراءة وحتى يتمكن الطفل العادي من تعلم القراءة فلا بد وأن يستخدم خبراته السابقة اللغوية في تعلم القراءة، كما يحتاج إلى استقلال قدرته السمعية، ويحتاج أيضاً إلى تعلم اللغة لتحويل الرموز المسموعة إلى رموز مقروءة. أما بالنسبة للطفل المعوق سمعياً فإنه لم يمر بمرحلة سماع اللغة واكتساب معانيها وفواعلها لذا فإن عملية القراءة عملية صعبة ثدية، والمشيرات البصرية وحدها لا تكفي لتعلم اللغة وفواعلها.

1- الاستدانة نحو مصدر الصوت.

2- إصدار أصوات غير صوت البكاء.

3- تقليد كلمات بسيطة.

- 4- التعبير عن السرور.
- 5- الاستجابة لتعبيرات الآخرين.
- 6- التعبير عن حاجاته الشخصية.
- 7- استخدام كلمات في جملتين.
- 8- استخدام الجمل.
- 9- استخدام الأسماء.

2. 'منهاج القراءة :

تشكل القراءة واحداً من جوانب التحصيل الأكاديمي وقد يكون من المناسب الإشارة إلى أن قدرة الطفل المعوق سمعياً على التحصيل الأكاديمي تعتمد على عدد العوامل وهي :

1. درجة ذكاء المعوق سمعياً

2. درجة الإعاقة السمعية

3. العمر الزمني

وإذا كان صحيحاً أن التربية هي المفتاح الرئيسي لعدد من الفرضيات أمام الطفل العادي فإنها أكثر صحة لدى الطفل المعوق سمعياً إذا تربية المعوق سمعياً تعني نقله من عالم عدم وجود اللغة إلى عالم اللغة حيث المعرفة والمعنى

مكونات منهاج القراءة :

إن تبنى منهاج الأبطال العاديين في القراءة والمواد المستخدمة في ذلك أمر ممكن كمنهاج للمعوقين سمعياً ولكن مع كثير من التعديل بحيث تتناسب النشاطات الخاصة بالقراءة وحاجات الطفل المعوق سمعياً. ولكن يشار إلى أن عملية بناء منهاج للقراءة للأطفال الصم يتضمن ما يلي من المهارات :

1. مهارات التمييز.

2. مهارات الفهم العلم.

3. مهارات التصغير.

4. مهارات التطبيق.

3- المناهج المتعلقة بتنمية وسائل الاتصال :

ويقصد بهذا النوع من المناهج، تنمية قدرة المعوقين سمعياً على استخدام مهارات قراءة الشفاه أو قراءة الكلام أو مهارة لغة الإشارة أو مهارة التعبير عن الحروف الهجائية بحركات الأصابع. يعتبر تدريب المعوقين سمعياً على هذه المهارات جزءاً من مناهج الأطفال المعوقين سمعياً بل قد يعتبر استخدام هذه الطرق وتنمية القدرة على إتقانها من أولويات مناهج المعوقين سمعياً إذ قد تعتبر هذه الطرق الوسائل الرئيسية في الاتصال مع الآخرين أو التعبير عن الذات.

4- المناهج المتعلقة بتنمية قدرة المعوقين سمعياً على النطق :

تتضمن هذه المناهج عدداً من التدريبات التي تهدف إلى تنمية قدرة الطفل المعلق سمعياً على النطق، خاصة عند قدمت هذه التدريبات من قبل أخصائي في الكلام والنطق وتذكر عدداً من أساليب التدريب والخاصة بتنمية قدرات المعوق سمعياً على الكلام والنطق منها :

1. أسلوب الذبذبات الصوتية والسمعية.
2. أسلوب المعينات البصرية.
3. أسلوب المعينات الحركية.
4. أسلوب الإشارة السمعية.

5- المناهج المتعلقة بالفرد والعلاقات الاجتماعية والبيئية :

وتشمل هذه المناهج الأهداف التي تشمل تنمية معرفة الفرد المعوق سمعياً نفسه والعلاقات الاجتماعية، والبيئة المحيطة بالفرد، يمكن أن نذكر الأهداف المتعلقة بالمفاهيم الآتية لكل جانب من الجوانب السابقة كما تذكرها مناهج للمعوقين سمعياً وهي :

1. المفاهيم المتعلقة بالذات، وتشمل: أجزاء الجسم، وأنواع الطعام والملابس والشاعر.
2. المفاهيم المتعلقة بالأسرة، وتشمل: عدد أعضاء الأسرة، وأسمائهم وأدوارهم.
3. المفاهيم المتعلقة بالبيئة الطبيعية وتشمل: البيت الذي يعيش فيه المعوق سمعياً والألعاب، والحيوانات، ونظام المدرسة، والأعياد والمناسبات الدينية والوطنية.

6- المناهج الخاصة بالكتابة :

تتضمن هذه المناهج تنمية قدرة المعوقين سمعياً على الكتابة والتعبير عن أنفسهم، وقد تبدو عملية الكتابة بالتنسبة للأطفال للماق سمعياً أسهل من عملية القراءة، وتبدو قيمة هذا النوع من المناهج في أنها تعطي فرصاً للمعوقين سمعياً للتعبير عن ذواتهم من جهة، وفهم الآخرين من جهة أخرى.

7- المناهج الخاصة بالنشاطات المهنية :

تتضمن هذه المناهج تنمية قدرة المعوقين سمعياً على الإعداد المهني، وخاصة في مرحلة ما بعد المدرسة. ومن جوانب المنهاج الخاص بالنشاطات المهنية تدريب الأفراد للمعوقين على أعمال الخياطة، النسيج، الطباعة، والعمل في المسانع.

8- المناهج الخاصة بالرياضيات:

تتضمن على التفكير الرياضي السليم المنطقي فمن خلال مناهج الرياضيات يتعلم المهارات التالية :

1. القدرة على إحصاء الأرقام والكميات.
2. القدرة على التفكير المنطقي.
3. القدرة على التقويم.
4. كما أن مناهج الرياضيات قد تضم الموضوعات الآتية: التعرف على الأرقام بصرياً والعمليات الأربعة والمقاييس المترية أي مقاييس الطول والوزن، وطرق التسديف، ومقاييس الحرارة.



7

الإعاقة الجسمية والحركية

Physical impairment

تقديم

تتميز فئة الإعاقات الجسمية والصحية بعدم التجانس، فهي تشمل حالات شديدة التباين لدرجة يشعر معها الفرد بأن الروابط بينها غير وثيقة. ومن الصعب الاتفاق على مصطلح واحد للإشارة إلى جميع الإعاقات الجسمية والصحية لأنها متنوعة من حيث طبيعتها وأسبابها ولأنها تترك تأثيرات جسدية ونفسية وتربوية واجتماعية ومهنية تتفاوت بشكل واسع. وتتحدد تأثيرات الإعاقة الجسمية والصحية على الفرد في ضوء عدة متغيرات من أهمها: شدة الإعاقة ومدى وضوحها، والعمر الزمني للفرد عند حدوثها. ويهدف هذا البحث إلى التعريف بالإعاقة الجسمية والصحية ومعرفة تصنيفاتها.

والاعاقات الجسمية والصحية أنواع شتى ومستويات متباينة من الضعف أو العجز البدني. ونادراً ما تقتصر تأثيرات هذه الإعاقات على الجوانب الجسمية. فمظاهر النمو مترابطة ومتداخلة. ولذلك فالخدمات التي ينبغي تقديمها للأفراد الذين يعانون من إعاقات جسدية وصحية يجب أن تكون متكاملة العناصر وتشمل الخدمات الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية. والإعاقة الجسمية والصحية حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي.

وتصنف الإعاقات الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية ولايما يلي وصف موجز لأكثر أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة.

تعريف الإعاقة الحركية

الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية: هم الذين يكون لديهم قصور جسدياً أو مشاكل صحية تمنعهم من الحضور إلى المدرسة أو التعلم وهم بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة والتدريب والمواد وتسهيلات ولديهم خصائص متنوعة للغاية وقد يكون لديهم نوع من التوجه.

وفي تعريف آخر أورده الروسمان (1989) هم الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي بما يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.

الإعاقة الجسمية والصحية Physical and Health Impairments

وتشمل حالات عديدة ومتباينة لدرجة أنها قد تبدو غير مترابطة مع بعضها البعض إلا أنها جميعها تفرض قيوداً وصعوبات على المستوى الحركي واستخدام الجسد لتأدية أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل.

من خلال التعريفات السابقة نجد بأنها تجمع على ما يلي:

- 1- وجود خلل في جميع الأعضاء المسؤولة عن حدوث هذه الإعاقة سواء كانت عظمية أو عصبية أو عضلية أو غيرها.
- 2- أن هذه الإعاقة تقعد الفرد المصاب بها القدرة على القيام بالوظائف التي يجب أن يقوم بها الجسم والمتعلقة بنشاطاته الحياتية الجسمية.
- 3- أن هذه الحالة بحاجة إلى تدخل طبي ونفسي واجتماعي ومهني.
- 4- أن سببها قد يكون خلقي أو مكتسب.

نسبة حدوث الإعاقات الجسمية والصحية

إن الإعاقة الجسمية والحركية أنماطاً فرعية متنوعة (عصبية وعضلية وصحية) وكل نمط فرعي هو الآخر يشمل أنماطاً شتى في حالات الاعتلال أو العجز أو الإعاقة وترتبط صعوبة تقدير نسبة شيوع الإعاقات الجسمية بتنوع تعريفات هذه الإعاقة من الصعوبة تقديم معلومات دقيقة عن نسبة حدوث الإعاقة فهذه الفئة نأخذ. وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة الجسمية والصحية التي تعتمدها معظم الدول الغربية حوالي (1%) من مجموع الأفراد في المجتمع.

في الولايات المتحدة بلغ الإحصائيات حوالي ثلاثمائة ألف طالب في المدارس العادية يتلقون خدمات التربية الخاصة في إطار فئتين من فئات التربية الخاصة التي ترتبط بالإعاقات الجسمية تتمثل فئة الإعاقات العضوية التي ترتبط، بعضو معين من أعضاء الجسم وتقدر نسبة (75) ألف طالب، أما الفئة الثانية تتمثل في فئة ذوي مشاكل صحية وتضم (225) ألف طالب.

اشكال الإعاقة الجسمية والحركية

أ. الاضطرابات العصبية

- 1- الشلل الدماغى: إعاقه عصبية حركية تتجم عن تلف مراكز التحكم الحركى فى الدماغ غالباً ما تقود إلى اضطراب مستوى التوتر العضلى أو عدم التوازن أو فقدان التحكم بالحركات الإرادية.
 - 2- الصاب المفتوح (العمود الفقري المشقوق): اضطراب ولى يظهر فيه كيمس بارز فى أسفل الظهر ويحتوى هذا الكيس فى الحالات الشديدة على جزء من الحبل الشوكى والسائل المخى - الشوكى.
 - 3- الاستسقاء الدماغى: تجمع السائل المخى - الشوكى غير طبيعى فى حجيرات الدماغ مما يؤدي إلى توسع الجمجمة وتلف الأنسجة الدماغية وبالتالي التخلف العقبى.
 - 4- شلل الأطفال: عنوى فيروسية تؤدي إلى تلف الخلايا الحركية فى النخاع الشوكى.
 - 5- الصرع: اضطراب مفاجئ فى النشاط الكهربائى للدماغ يؤدي إلى فقدان الوعي وتشنج أطراف الجسم والذوات التشنجية.
- ب. الاضطرابات العضلية - العظمية
- 1- بتر الأطراف: عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم. وقد يكون الاسبب ولى (الخصبة الألتانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية) أو مكتسباً (سبب إصابة خطيرة أو كإجراء جراحى وقائى).
 - 2- هشاشة العظام (العجينة السويسرية): عدم اكتمال نمو العظام وقابليتها للكسر بسبب الإصابات البهيملة.
 - 3- التهاب العظام: اضطراب عمليات النمو العظمى بسبب الالتهابات والإصابات.
 - 4- الحثل العضلى (التضمخ العضلى الكاذب): اضطراب يتسبب بالتدهور المضطرب فى عضلات الجسم الإرادية حيث أنها تستبدل تدريجياً بمواد دهنية.
 - 5- اضطراب لج - كالف - بيرترز: تلف مركز النمو فى الجزء العلوى من عظمة الفخذ ينتج عنه موت الأنشطة بسبب عدم وصول الدم.
 - 6- التهاب المفاصل الروماتيزمى: مرض حاد ومؤلم فى المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحصى وتيبس خاصة فى الصباح.
 - 7- التقرص المفصلى: إعاقه ولى تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة.

8- انحناءات العمود الفقري: وتشمل البرخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والحنف (انحناء العمود الفقري وميلانه) والحنب (انحناء العمود الفقري إلى الخلف).

ج. الاضطرابات الصحية المزمنة

- 1- الربو القصبي: رد فعل تحسسي ينجم عنه صعوبات جملة في التنفس بسبب تضيق القصيبات الهوائية.
- 2- الهيموفيليا: اضطراب وراثي يحصل على الكروموسوم الجنسي يحدث فيه قابلية للتذيف وتول لأسباب بسيطة بسبب نقص عوامل تخثر الدم.
- 3- السكري: اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يعجز فيه البنكرياس عن إفراز كميات كافية من الأنسولين مما يحد من قدرة الجسم على الاستفادة من السكر والمواد الكربوهيدراتية.
- 4- فقر الدم المنجلي: اضطراب وراثي في كريات الدم الحمراء تصبح بسببه هذه الكريات منجلية الشكل مما يتود إلى صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموية ونقص الأكسجين.
- 5- التليف الحويصلي: اضطراب وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس فيتم إفراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يتود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة.
- 6 الاضطرابات القلبية: اضطرابات ولدية أو مكتسبة من أكثرها شيوعاً تضيق الشريان الترقوي، وعيوب القلب الرباعية، وتضيق الأبهر، والشفاة الشريانية المفتوحة، وتشوه الحاجز الأذيني والحاجز البطيني.

أسباب الإعاقة الحركية

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة الحركية استناداً إلى تعريفاتها لعاملين رئيسين يتمثلان في العيوب الخلقية الوراثية أو إلى عوامل مكتسبة مستمدة من البيئة. ومن أهم أسباب حدوث هذه الإعاقة ما يلي:

1. نقص الأوكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها الأمر الذي يسبب تلفاً في دماغ الطفل بحيث يؤثر هذا التلف على المراكز العصبية الخاصة بالحركة.
2. عوامل وراثية لها علاقة بخلل كروموسومي ينتقل من الآباء إلى الأبناء إما بشكل متحي أو سائد بحيث يحدث هذا الخلل إعاقه جسدية لدى الطفل المولود حديثاً.

3. اختلاف دم أم الطفل عن دم الطفل أي اختلاف في العامل الريزيسي (Rii).
4. تعرض الأم الحامل للإصابة بالأمراض المعدية كالحصية الألمانية وغيرها من الأمراض التي تؤثر على صحة الأم الحامل.
5. تعرض الأطفال أنفسهم لأمراض التهاب السحايا والالتهابات المخية التي تحدث تلقا في خلايا الدماغ أو القشرة الدماغية.
6. تناول الأم الحامل للأدوية الممنوعة أثناء الحمل والتي تسبب تشوهات خلقية جسمية.
7. إصابة الأم بأمراض تسمم الحمل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة البروتين أو الزلال في جسمها، وإصابتها بأمراض القلب.
8. تعرض الأم الحامل لعوامل سوء التغذية وتعاطي الكحول والتدخين وتعرضها للأشعة السينية.
9. ولادة أطفال الخداج التي تعني عدم اكتمال نمو الطفل وولادته قبل الأوان.
10. ضعف الحيوان المنوي في الذكر وهرم البويضة الملقحة الأمر الذي ينتج عنه تشوهات جسمية لدى الجنين.
11. صعوبات الولادة وما ينتج عنها من مشكلات كمشكلات الخلع الوركي أو إصابة الطفل بمرضوض في الدماغ نتيجة استخدام وسائل سحب الطفل من الأم بواسطة الملاقط.
12. الإصابات المختلفة الناتجة عن السقوط، وعن الحوادث البيئية المختلفة.

طرق الوقاية من الإعاقة الحركية

تتطلب الوقاية من الوقوع في الإعاقة الحركية تصميم البرامج الوقائية الفعالة ويشتمل البرنامج على ثلاث مستويات موازية لتطور حالة الاضطراب إن الانحراف الحركي هو انحراف عن النمو الطبيعي يأخذ شكل الضعف أولاً ثم التحول إلى عجز والعجز يتطور إلى إعاقة في نهاية الأمر وتتمسب الجهود لمنع حدوث الضعف أصلاً وهذا ما يسمى بالوقاية الأولية التي تحاول أن تمنع تطور الضعف إلى عجز وهذا ما يسمى بالوقاية الثانية وتسمى أخيراً إلى عدم وصول هذا العجز إلى إعاقة وهذا ما يسمى بالوقاية الثالثة وسأتناول هذه المراحل بشيء من التوضيح والتفسير.

أ. الوقاية الأولية

وتشتمل طرق الوقاية الأولية لمنع حدوث الإعاقة على ما يلي:

- 1- اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد إجراء فحوصات عديدة تتعلق بأمراض الدم والعامل اليراثي مما يحمي حدوث تشوهات خلقية في نسلهما لها علاقة بالإعاقة الحركية.
- 2- تقديم الإرشاد المستمر للأم الحامل من دور الحضانه والرعاية الأسرية لأخذ المطاعيم الخاصة بأمراض الدفتيريا والحصبة والجدي والسيل وغيرها.
- 3- مراجعة الأم الحامل للطبيب أثناء فترة الحمل و الاهتمام بصحة الأم الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء التغذية وللأشعة وعدم تعاطيها للكحول والتدخين.
- 4- وجوب حدوث الولادة في مستشفى ونحت إشراف طبيب مختص.
- 5 تجنب حدوث ولادة عسرة كأن تكون الولادة في المنزل.
- 6- تجنب الأم لتسعم الولادي أثناء الحمل.

ب. الوقاية الثانوية

تهدف الوقاية الثانوية إلى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحية بهدف خفض حالات العجز بين الأطفال وتشمل طرق الوقاية الثانوية ما يلي:

- 1- الكشف المبكر عن حالات الإصاية بالعجز الجسمي.
- 2- التدخل العلاجي والجراحي المبكر.
- 3- إزلاء بيئة الطفل لمنع من التخلف.
- 4- توفير الرعاية الطبية المتواصلة للطفل للحفاظ على صحته.
- 5- استعمال الأساليب والأنوات التعويضية والتصحيحية والترميمية للأطفال للتخفيف من شدة الإعاقة الجسمية لديهم.

ج. الوقاية الثلاثية

إن دور هذه الوقاية يأتي بعد حدوث العجز وتهدف إلى الحد من تدهور حالة الطفل والحد من التأثيرات للمرافقة والمصاحبة والناجمة عن حالة العجز الحركي والسيطرة على المضاعفات ما أمكن ذلك. وتتضمن الوقاية الثلاثية ما يلي:

- 1- توفير خدمات الإرشاد الجيني للأسرة.
- 2- توفير خدمات الإرشاد الأسري.
- 3- استعمال الأطراف الصناعية.
- 4- مساعدة الطفل على الاستفادة من خدمات التأهيل التي تقدمها مراكز التربية الخاصة
- 5- تقديم العلاج النفسي للمصاب ولأسرته.
- 6- تعديل اتجاهات المجتمع وتحسين نظرتة نحو هذه الإعاقة.
- 7- مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته.
- 8- إشراك المصاب في برامج ترويحية ونشاطية لا تتعلق بإعاقة كالأستماع للموسيقى مثلا :

الكشف المبكر عن الإعاقات الجسمية والصحية.

من الصعب إجراءات كشفية موحدة للإعاقات الجسمية والصحية ويوجه عام، فإن هذه الإعاقات تصنف إلى ومن أبرز المؤشرات على الإعاقات الجسمية والصحية:

- 1- المشكوى من التعب المفرط بعد القيام بالنشاطات البدنية.
- 2- المشكوى من الدوران أو التقيحان أو الصداع أو المشكوى من مستويات شديدة من الجوع أو العطش أو التعرق
- 3- المشكوى من السعال أو العطاس أو ضيق التنفس أو الدماغ عند تأدية نشاطات جسمية معينة .
- 4- إظهار استجابات حركية نمطية أو نوبات غضب شديدة أو أحلام بقطعة أو حالات من تشوش الوعي أو فقدانه ويتوقع من المعلمين ملاحظة استجابات الأطفال في الصف والمدرسة وإحالة الأطفال الذين يظهرون مشكلات صحية معينة إلى طبيب المدرسة أو الجهات الطبية الأخرى بالتعاون والتنسيق مع أولياء الأمور.

تصنيفات الإعاقة الجسمية والحركية

أولاً: الإعاقات الحركية العصبية. تعد نتيجة لإصابة يتعرض لها المخ أو الحبل الشوكي وتؤدي إلى حدوث تلف عصبي ينال تأثير شدة الفرد على أن يقوم بتحرك أجزاء معينة من جسمه وتؤدي إلى إعاقة حركية. وقد ترتبط الإعاقة بعمامل ما قبل الولادة أو أثناءها أو ما بعد الولادة. ومن هذه الإعاقات الشلل الدماغي وإضطراب التشنج (الصرع) وانسحاق التخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي :

1- الشلل الدماغي (cerebral palsy) هو من أكثر الإصابات شيوعاً بالنسبة للإعاقات الجسمية والصحية وهو اضطراب غير متطور يصيب الجهاز العصبي المركزي مما يؤثر على الأداء الحركي.

وقد تم تصنيف الشلل الدماغي وفق السمات الحركية وأعضاء الجسم المصابة إلى :

أ- التشنج وارتجاج الأطراف (athetosis). هو من أكثر أنواع الشلل شيوعاً في العالم. يؤدي إلى تيبس بعض أجزاء جسم المصاب.

ب- عدم انتظام الحركة وعدم التوازن (ataxia).. الشخص المصاب بهذا الشلل يمشي بطريقة غير متوازنة وينتج هذا الشلل بسبب إصابة المخيخ وهو الجزء المسؤول عن التوازن الحركي وتقدر نسبة إصابته حوالي 20-30 ٪ من حالات الشلل الدماغي.

ج- الشلل الدماغي التيبسي (rigidity).. تظهر على الشخص المصاب بهذا الشلل تشنجات شديدة تكون ناتجة عن توتر وتيبس العضلات بشكل مستمر ويصاحبها قه قه.

د- ارتخاء العضلات (hypotonic)..

هـ- الشلل الدماغي المختلط. حيث تظهر على الشخص أعراض لأكثر من نوع لأنواع الشلل

تصنيفات الشلل الدماغي حسب الطرف أو الأطراف المصابة:

1- الشلل الكلي: فهو إصابة الأطراف الأربعة

2- الشلل النصف الجانبي: شلل لأحد جانبي الجسم

3- الشلل السفلي: إصابة الأطراف السفلى

4- الشلل الكلي السفلي: الأطراف الأربع لكن السفلى أكثر تأثر

5- الشلل الثلاثي: الشلل في ثلاثة أطراف

6- الشلل الأحادي: في طرف واحد

أسباب الشلل الدماغي

1- أسبابه ما قبل الولادة، كإصابة الأم الحامل بالعدوى، والأمراض المزمنة، والسننات الالتهبية وتعرض الأم الحامل للمواد السامة، أو الأشعة السينية ويمكن تول جميعها تؤدي إلى تلف المخ بالنسبة للجنين.

أ. الوراثة.

ب. تعرض الأم للالتهابات.

ج. تعرض الأم للإشعاعات.

د. نقص الأكسجين قبل الولادة.

هـ. العامل الرايزيدي.

و. الخناق.

ز. نزيف الأم خلال الحمل.

ح. النزيف في دماغ الجنين.

2- أسباب أثناء الولادة. فقد يتعرض المخ للإصابة وخاصة إذا ما كانت الولادة صعبة. هناك بعض العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك أثناء الولادة من أهمها الولادات المبسرة، والاختناق أو نقص الأكسجين، ارتفاع درجة الحرارة، التسمم والإصابة بالحصى. ومن هذه العوامل:

1- تأخر الولادة.

2- الإصابات أثناء الولادة.

3- اختناق الجنين.

4- نقص الأكسجين.

5 تعرض الرأس للضغط أثناء الولادة.

3- أسباب ما بعد الولادة. منع وصول الأكسجين إلى العنق، أو التسمم، أو نزيف المخ، أو حدوث صدمة مباشرة للمخ يمكن أن يكون سبباً محتملاً يؤدي بالتالي إلى حدوث الشلل الدماغي. ومن هذه العوامل:

1- الإصابات التي يتعرض لها الرأس.

2- التهابات الدماغ.

3- التسمم.

4- نقص الأكسجين بعد الولادة.

تصنيف الشلل الدماغي حسب المظهر الخارجي

يصنف الشلل الدماغي حسب المظهر الخارجي إلى أنواع منها :

- 1- الشلل النصفي العلوي (Hemiplegia) وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.
- 2- الشلل النصفي العرضي (Diplegia) وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.
- 3- شلل الأطراف (Quadriplegia) وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة من الجسم.
- 4- الشلل النصفي السفلي (Paraplegia) مثل شلل الرجلين من الجسم.
- 5- شلل طرف واحد (Monoplegia) تمثل شلل طرف من أطراف الجسم.
- 6- شلل ثلاث أطراف (Triplegia) تمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم .
- 7- الشلل الكلي (Double Hemiplegia) تمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً .

الإعاقات المصاحبة لشلل الدماغ والتطبيقات التربوية

عندما يتعرض المخ لبعض التلف فإن ذلك يؤثر سلباً على الضمائر الحسية للضرد والوظائف المعرفية التي يمكنه أن يقوم بها أو يؤديها. وقد أشارت الدراسات إلى أن هناك نسبة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من الإعاقة السمعية أو البصرية أو اضطراب الإدراك أو مشكلات سلوكية وتختلف عملياً، ويلاحظ بعض المعاقين بالشلل يتميزون بقرات العقلية العادية أو فوق المتوسط إلى الموهبة.

التطبيقات التربوية

إن الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي قد يتعرضون لمشاكل تربوية نتيجة الإعاقة وبالتالي لا بد من توفير أجهزة معينة لهم للتعامل معهم. وأن يكون هناك تقييم مستمر لقدرات الفرد والتعرف على كل ما يتعرض له من تغيرات سواء كانت سلبية أو إيجابية وتعليم أولئك الأطفال يتطلب الكفاية المعرفية في مجالات التربية الخاصة.

2- الصرع (Epilepsy)

هو إصابة تصنف بحالات متكررة من الإفراز المفرط والمتزامن للخلايا العصبية هي منحلقة أو أكثر من الدماغ. وتظهر على شكل اضطرابات هي الوعي أو الإحساس أو الوظيفة الحركية.

أسباب الصرع:

أهم الأسباب الشائعة والباشرة للصرع مايلي :

- 1- نقص الأكسجين أثناء وبعد الولادة.
- 2- نقص كمية السكر في الدم.
- 3- العدوى.
- 4- الصدمات الجسمية.

أعراض الصرع

تقسم أعراض الصرع إلى نوعين:

- 1- حالات الصرع الكبرى (Grand Mal Seizure): قد تستمر حالات الصرع الكبرى لمدة تتراوح ما بين دقيقتين إلى خمس دقائق.
- 2- حالات الصرع الصغرى (Petit Mal Sizure): تستمر حالات الصرع الصغرى لمدة أقل من ثوانٍ الصرع الكبرى.

تظهر حالات الصرع لدى الفرد عندما تزيد الطاقة الكهربائية في الدماغ وذلك بسبب إصابة الدماغ أو تلفه (Brain Damage) وقد تحدث الإصابة في الدماغ لأكثر من سبب مثل نقص الأوكسجين أو التسمم أو صدمات الولادة أو الانتهاكات.

التطبيقات التربوية لحالات الصرع

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التشنج أو النوبات التشنجية يتمتعون بمستوى ذكاء متوسط أو حتى مرتفع ومن ثم يصبح مثلهم هي ذلك مثل أقرانهم العاديين. وعلى المعلمين أن يفهموا بمايلي :

- 1- الهدوء عند حدوث النوبة وعدم الانزعاج لأنها لا تدلر أن نوبة تلك الحالة.

- 2- مساعدة الطفل الاستلقاء على الأرض وأن يفك أزرار ملبسه.
- 3- منع الطفل من القيام بضرب رأسه أو جسمه .
- 4- أن يقوم بتحريك وجه الطفل ليصبح على جانبه لخروج اللعاب بسهولة.
- 5- إبعاد الطفل عن كل شيء صلب من حوله.

3- انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي

هو قصور وراثي في الوسط ينشأ عن عدم تمكن عظام العمود الفقري من الإقفال أو الالتصام بإحكام خلال مرحلة نمو الجنين ويمكن أن يحدث ذلك القصور في أي مكان وذلك في المنطقة التي تمتد من الرأس إلى الطرف السفلي للعمود الفقري. ونشأراً لأن العمود الفقري لا يكون قد تم إقفاله بعد فإن الحبل الشوكي قد يشكل بروزاً أو فتوراً مما يؤدي إلى تلف الأعصاب والشلل وعدم القدرة على القيام بأي أداء وظيفي.

أسباب انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي

إن أسباب انشقاق النخاع لا زالت غامضة غير معروفة لكن السبب الأساسي ينبع عن الحوادث والفرق بين انشقاق النخاع والإصابات الحبل الشوكي يتمثل أن يصاب الفرد بأي وقت بعد ولادة الطفل.

وقد تنتج إصابات الحبل الشوكي عن تشوهات خلقية وأمراض متوعدة منها: شلل الأطفال، والعمود الفقري المفتوح، التصلب المتعدد، الضمور العضلي الشوكي، التقرص المفصلي.

التطبيقات التربوية لحالات انشقاق الدماغ

إن قصور الإحساس ونقص القدرة على التحكم في الوظائف الجسمية يتوقف على مدى حدة وتباين درجة الإصابة وبالتالي بعضهم بحاجة إلى توفير الكراسي المتحركة وبعضهم قد يحتاج إلى المستشقي وإجراء الجراحة اللازمة لهم وبذلك فإنهم بحاجة إلى تكهيف البيئة التربوية لتناسب قدراتهم.

4- شلل الأطفال.

هو الإصابة التي ينتج عنها ضعف شديد بالعضلات وتشنجات قوية وشلل تام وإن شلل الأطفال مرض معد يسبب الطفيل عن طريق الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي.

أعراض شلل الأطفال وتشخيصه

- أ. مرحلة الحضانة.
- ب. مرحلة الهجوم .
- ج. مرحلة ما قبل ظهور الشلل .
- د. مرحلة الشلل .

علاج شلل الأطفال

القيام بإجراءات راحة المريض وتقديته بصورة جيدة والمحافظة على وضع جسمي سليم أثناء النوم والعلاج الطبيعي.

5- استسقاء الدماغ

يحدث عندما ينحصر السائل المخي داخل تجويف الدماغ وتسبب حالة استسقاء الدماغ مشكلات وصعوبات على التلف الدماغية وانخفاض في القدرة العقلية وإعاقات سمعية وبصرية .

علاج استسقاء الدماغ: يعالج بسحب السائل الزائد من مؤخرة الرأس.

ثانياً، الإعاقات العضلية

يعتبر بعض الأطفال الذين يعانون من قصور أو أمراض في عضلاتهم أو عظامهم من المعوقين جسمياً. ومن الملاحظ أنه رغم عدم وجود إعاقات نيورولوجية لدى هؤلاء الأطفال فإن قدرتهم على الحركة تتأثر سلباً حيث تجددهم يعانون معظم الوقت من مشكلات عضلية وهيكلية تتضمن الرجلين، والذراعين، والمفاصل، أو العمود الفقري تجعل من الصعب أو من المستحيل بالنسبة لهم أن يقوموا بالمشي، أو القيام، أو الجلوس، أو استخدام اليدين. وقد تكون مثل هذه المشكلات وراثية أو مكتسبة تحدث بعد ولادتهم. وقد تتضمن تلك الأسباب التي تؤدي إليها أوجه قصور جينية أو وراثية، أو الأمراض المعدية، أو الحوادث، أو الاضطرابات التنمائية.

ومن أكثر الحالات العضلية الهيكلية شيوعاً التي تؤثر على كل من الأطفال والمراهقين أو حتى الراشدين هما:

1- البتر (Amputation)

هو فقدان طرف أو جزء من طرف. وهو إما يكون خلقياً ويعتقد أن حوالي 75% من حالات البتر من هذا النوع، وإما أن يكون مكتسباً.

ويصنف البتر إلى عدة أنواع ،

- البتر التام.
- البتر الكلي.
- البتر الجزئي.

ويأخذ البتر الخلقى أشكالاً متنوعة منها ،

- نقص أصابع اليدين أو القدمين.
- غياب معظم الذراع أو الرجل.

وقد تنتج الحالات الخلقية عن الإشعاعات أو الفيروسات أو عن تناول الأم الحامل بعض العقاقير المثلية.

أما حالات البتر المكتسبة فتحدث في الأغلب لدى كبار السن. وقد تكون هذه الحالات ذات أهداف وقائية علاجية كما هي بإمراض الأوعية الدموية التي تنتج عن السكري وأمراض جهاز الدوران والدم والسرطان والإصابات المباشرة بسبب الحروب أو بسبب حوادث السير وغير ذلك.

وقد يشمل علاج البتر العمليات الجراحية أو العلاج الطبيعي أو الأطراف الاصطناعية أو التأهيل وذلك اعتماداً على عمر الشخص ونوع البتر وموقعه. وينصب اهتمام المعلمين على إجراء التعديلات المناسبة على البيئة الصفية والمدرسية وإرشاد الأسرة والزملاء في المدرسة وتشجيعهم على قبول الطالب الذي يعاني من البتر وحثه على الاعتماد على النفس والثقة بالذات لكي لا يواجه صعوبات نفسية .

2- وهن أو ضمور العضلات (Dystrophy Muscular)

يقصد بوهن أو ضمور العضلات ذلك الضعف العام الذي يسبب 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، وتعتبر حالات وهن العضلات من الحالات الوراثية التي يصعب علاجها.

3- انحناءات العمود الفقري (Vertebral Curvatures)

وهي نوعان :

أ . انحناءات وظيفية: وهذه لا تحدث بها تشوهات مزمنة فهي قابلة للتصحيح بتغيير وضع الجسم وبالتمارين.

ب . انحناءات نمائية: وهذه مزمنة وتتطلب عمليات جراحية.

وتتخذ انحناءات العمود الفقري أربعة أشكال رئيسية :

1 الجنف (Scoliosis) : هو انحناء جانبي في العمود الفقري غالباً ما يأخذ شكل حرف (C)، وقد يكون خلقياً بسبب عدم اكتمال نمو العمود الفقري للجنين، وقد يكون ثانوياً بسبب أمراض وتشوهات أخرى.

2 . البرخ (Lordosis) : هو انحناء العمود الفقري إلى الأمام، ويحدث البرخ عادة في المنطقة القطنية من العمود الفقري، وغالباً ما ترافقه حالات اضطرابات أخرى مثل القزامة، والحنك العضلي، والشلل الدماغي.

3-الحذب (Kyphosis) : هو انحناء العمود الفقري في المنطقة الصدرية إلى الوراء، وللحذب مضاعفات جسمية، فهو قد يضغط على العظام والعضلات وأعضاء الجسم الداخلية.

4 التواء العنق (Torticollis) : هو اضطراب غالباً ما يكون مؤقتاً وينجم عن التهاب الحلق لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. وقد يقتصر العلاج على طوق العنق وقد يعالج بالحرارة وبالعقاقير المؤدية لاسترخاء العضلات.

ثالثاً: الحالات التي تؤثر على صحة الصدر:

1-مرض الحاد: قد تكون خطيرة جداً أو شديدة إلا أنها تخف في حدتها وتعالج مع تقديم العلاج الطبي.

المرض المزمن: هي التي تدوم لدى الفرد أي تظهر دائمة غير قابلة للشفاء حتى مع تقديم الوسائل العلاجية.

2- المرض العرضي: هي التي تحدث على شكل نوبات التي تتكرر بين فترة وأخرى.

3- المرض التطوري: أكثر خطورة وشدة وتزداد خطورتها وشدتها بشكل كبير مع مرور الوقت.

خصائص الأفراد ذوي الحاجات الجسمية والحركية

1. الخصائص الجسمية

1. اضطراب في نمو العضلات والأعصاب والعظام.
2. عدم التوازن في الجلوس والوقوف والحركة.
3. هشاشة العظام والتواءها و التقرامة أحياناً.
4. انخفاض أو زيادة في الوزن ومشاكل في الحجم وشكل العظام والعضلات.
5. ارتخاء في العضلات وبالتالي لا يستطيع التحكم الجيد في الأشياء.
6. عدم التأزر الحركي.
7. من الممكن أن تتبع الإعاقة البدنية مشكلات سمعية أو بصرية.

حاجات المعاقين جسدياً في ضوء الخصائص الجسمية

1. الحاجة إلى وسائل وأجهزة تعويضية كي يتمكنوا بالقيام بالأنشطة الحياتية.
2. الحاجة إلى أطراف صناعية.
3. الحاجة إلى أخصائيين في مجالات العظام والعضلات والأعصاب والنطق والكلام والإبصار بهدف تشخيص الحالات ووضع الخطط العلاجية.
4. الحاجة إلى أساليب تدريبية خاصة ولتدريب على استعمال العضلات.
- 5- الحاجة إلى أخصائي علاج طبيعي وخبراء في مجال التأهيل المهني.

ب. الخصائص النفسية

1. الخجل و الانطواء، والاكتئاب، وعدم التقدير الذات، والإحساس بالدونية، العنوان، والخوف المعجز. والإحساس بالاختلاف عن الآخرين.

2. التشتت، والخوف من الآخرين والتلق.

3. عدم تركيز الذات وضبطها ومشاكل في الاتصال مع الآخرين.

حاجاتهم في ضوء الخصائص النفسية

1. الحاجة إلى الإرشاد النفسي.

2. الحاجة إلى توفير أجواء نفسية مريحة للمعاقين بدنياً.

3. الاعتماد عن أساليب العقاب البدني واستخدام تعديل السلوك.

4. تقديم التشجيع والدعم النفسي المناسب.

5. إشراكهم في خبرات سارة وإبعادهم عن الخبرات غير السارة.

6. على الأسرة أن تقوم بعرض المشاكل النفسية لهذه الفئة على الأخصائي النفسي.

ج. الخصائص الاجتماعية

1. لديهم مشكلات في عادات الطعام والملبس وقضاء الحاجة (عدم التحكم في البول ومشاكل في المثانة).

2. الانطواء الاجتماعي والعزلة وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب.

3. نظرة المجتمع بالدونية لهذه الفئة.

4. تصاحب الإعاقة لآزمات قد تكون محل استهجان واستهزاء الآخرين.

5. حدوث مشاكل مع الأخوة والآخرين.

6. الانسحاب والاعتماد على الآخرين.

حاجاتهم في ضوء الخصائص الاجتماعية

1. الحاجة إلى الشرب على عادات الأكل والملبس والنظافة الشخصية.

2. العلاج الاجتماعي.

3. الحاجة إلى برامج تربية وتأهيلية لحل مشكلاتهم الأسرية والاجتماعية.

د. الخصائص العصبية

1. لديهم مشكلات تتعلق بتلف في المخ أو خلل وظيفي في مركز الحركة بالمخ.

2. لديهم مشكلات خاصة بالتحليل الحسي ومشكلات خاصة بمجال الرؤية والسمع.

3. الاضطرابات العقلية والصرع.

4. مشكلات في القراءة والكتابة.

حاجات المعاقين جسدياً في ضوء الخصائص العصبية

1. معالجة الأمراض المساحبة للإعاقة.

2. التغذية السليمة.

3. الاهتمام بتطعيم الأطفال ضد الأمراض (الطعم الثلاثي).

4. التأهيل والتدريب للحد من مشكلة الإعاقة.

هـ. الخصائص التربوية والتعليمية

1. لديهم مشكلات في الانتباه والتركيز والحفظ والتذكر (السيان) والتشتت.

2. نقص في التأزر الحركي والجسمي ولديهم صعوبات في مجال التعلم ولديهم

مشكلات في السمع والبصر.

حاجاتهم في ضوء الخصائص التربوية والتعليمية

1. بحاجة إلى مناهج دراسية وأساليب تعليمية مناسبة.

2. الحاجة إلى التعزيز الإيجابي والبعد عن أساليب العقاب المختلفة.

3. تجزئة المعرفة والمهارات المضمعة إليهم.

و. الخصائص المهنية

1. لا يستطيعون الالتحاق بالأعمال التي تحتاج إلى مهارات عالية.

2. لا يستطيعون القيام بالأعمال الشاقة.

3. تؤثر الإعاقة البدنية على ميول المعاقين المهنية.

الحاجات التعليمية في ضوء الخصائص المهنية: التأهيل المهني.



8

اضطرابات النطق واللغة

Speech and Language Disorders

التمو اللغوي عند الأطفال

أولاً: مفهوم اللغة وأهميتها

تعد اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وخاصة في التعبير عن الذات وطم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي.

تعريف اللغة

هي نظام من الرموز المتفق عليها والتي تمثل المعاني المختلفة والتي تسيّر وفق قواعد معينة.

- أقسام اللغة من حيث طبيعتها:

- 1- اللغة الاستقبالية: Receptive Language، وهي تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على سماع اللغة وفهمها وتنفيذها دون نطقها.
- 2 اللغة التعبيرية: Expressive Language، هي تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على نطق اللغة وكتابة اللغة ولغة الإشارة.

ثانياً: أشكال اللغة

عادةً يقسم علماء اللغة لدى الإنسان إلى الشكلين التاليين:

أ - اللغة الغير مقطعية:

وهي تتكون من أصوات بسيطة غير مقطعية أو من حركات أو إيماءات كإيماء الوجه أو تعبيرات الوجه أثناء الحديث أو حركات الجسد أو غير ذلك من اللغات قبل لغة العيون ولغة الأذان ولغة الحركة ولغة الشم ولغة الانفعالات وهذا الشكل مشترك بين الإنسان والحيوان.

ب - اللغة المقطعية

هي عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدلول ومعنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة أو أفراد النوع وهي ثابتة نسبياً مثل الكلام البشري.

ثالثاً: مراحل اكتساب اللغة

- أ - مرحلة البكاء (Crying stage): هي هذه المرحلة يعبر الطفل عن حاجاته أفعالاته بالصراخ وتمتد منذ الميلاد وحتى السنة الأولى من العمر.
- ب - مرحلة المناغاة (Crying stage): هي هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو الفطاع ويكررها وتمتد من الشهر الرابع والخامس حتى الشهر الثامن والتاسع.
- ج - مرحلة التقليد (Imitation stage): هي هذه المرحلة يقاد الطفل الأصوات أو الكلمات وتمتد من السنة الأولى من العمر وحتى عمر الرابعة والخامسة.
- د - مرحلة المعاني (semantic stage): هي هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللفظية ومعناها وتمتد هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عمر الخامسة وما بعدها.

وابعاً: العوامل المؤثرة في النمو اللغوي

يتأثر النمو اللغوي بعدد من العوامل هي:

- 1- الجنس (gender) يلاحظ أن الإناث أسرع في نموهن اللغوي من الذكور.
- 2- العوامل الأسرية (Family Factors). يقصد بذلك تربيته، لطفل في الأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة فالطفل الوحيد أكثر ثراء في محصله اللغوي مقارنة مع الأطفال العديدين.
- 3- الوضع الصحي والحمي للفرد (physical-sensorg position) يقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمية والحمية والسسمية للفرد وصلاتها بالنمو اللغوي، إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية السمية والبصرية والتلفية للفرد.
- 4- عملية التعلم (Learning process): يقصد بذلك أن عملية التعلم وما تتضمنه من قوانين التعزيز والاستعمال والإهمال تلعب دوراً مهماً في تعلم اللغة.
- 5- وسائل الإعلام (Communication media): يقصد بذلك أهمية دور وسائل الإعلام كالإذاعة والصحافة والتلفزيون في زيادة المحصول اللغوي للطفل.
- 6- القدرة العقلية (Intellectual Ability): يقصد بذلك أهمية الذكاء في النمو اللغوي للطفل، فالطفل الذي يتميز بذكاء عالي يفوق الأطفال العاديين والمعتادين

عقلياً في محصوله اللغوي، كما يتميز باكتسابه لغة في عمر زمني مبكر مقارنة في العاديين والموقنين عقلياً.

خامساً: الفروق الفردية بين الأطفال في تطور اللغة

يمكن حصر الفروق التي تؤثر في اكتساب اللغة في مجموعتين:

- 1- مجموعة مصادر شخصية تتبع من ذات الطفل.
- 2- مجموعة اجتماعية تتبع من إثارة الأفراد الآخرين المحيطين بالطفل لتحدث المصادر الشخصية.

أ- المصادر الشخصية

1- النضج البيولوجي: تعتمد مهارات اللغة إلى حد كبير على النضج البيولوجي حيث تتطلب التطور اللازم لمناطق الدماغ الخاصة بالكلام والتي تتحكم بالبيات ربط الأصوات والأفكار وإنتاج الكلام، والطفل الذي تتطور لديه مناطق الدماغ المهمة للكلام واللغة قبل غيره من الأطفال الآخرين فإنه يتفوق عليهم في نمو اللغوي.

2- الذكاء: الأطفال ذوي ذكاء عالية يتفوقون في نموهم اللغوي على الأطفال المماثلين لهم في العمر ولكن الأقل ذكاء.

3- الصحة: الأطفال الذين يتمتعون بصحة جيدة يتفوقون في نموهم اللغوي على الأطفال المماثلين لهم في العمر والضعاف صحياً.

4- الرغبة في التواصل: الطفل الذي تكون رغبته في التواصل مع الآخرين قوية يزداد لديه الدافع لتعلم اللغة بقدر أكبر مما يحدث لدى الطفل الذي لا تتوفر لديه رغبة في التواصل.

5- الشخصية: الطفل الذي يتمتع بشخصية متكيفة يميل للتحدث بشكل أفضل نوعاً وكما من الطفل الذي لا يتمتع بتكيفه نفسي سليم.

ب- المصادر الاجتماعية

1- إثارة الطفل للكلام: كلما ازدادت إثارة الطفل للكلام ازداد تحسن نمو اللغوي إلى حد كبير بالنسبة لنمو اللغوي للطفل المماثل له في العمر ولا يجد مثل هذه الإثارة.

2- أساليب المعاملة الاجتماعية: أن معاملة الأطفال بالأسلوب الاستيعادي الذي يفرض عليهم قضاء معظم وقتهم صامتين يحرمهم من الإثارة للكلام وبذلك يعيقهم

من اكتساب اللغة على عكس الأطفال الذين يعملون بالأساليب التي تتيح لهم التعبير عن كل ما يريدون عنه.

نظريات اكتساب اللغة

لقد صاغ علماء النفس مجموعة من الفروض أو النظريات تشع في اعتبارها عناصر خاصة لنمو اللغوي تتراوح من الأسباب البيولوجية إلى النظريات التي تؤكد على خبرات الأطفال في البيئة، وعلى الرغم من أن كل نظرية تؤكد على بعد معين في نمو الطفل واكتسابه اللغة إلا أن غالبية المتظرين يعتقدون أن الأطفال لديهم استعداد وتجهؤ بيولوجي لاكتساب اللغة، ولكن طبيعة الخبرات يتعرضون لها مع اللغة إلى جانب نمو قدراتهم المعرفية تلعب دوراً في تشكيل كفاءة الأطفال اللغوية. وفيما يلي عرض لإبراز النظريات:

أولاً: النظرية السلوكية Behavioristic theories

تتعرض النظرية السلوكية عامة أنه ينبغي أن تولي الاهتمام بالسلوكيات القابلة للملاحظة والقياس ولا يركزون اهتمامهم على الأبنية العقلية أو العمليات الداخلية التي تور الأبنية اللغوية والمشكلة الأساسية في هذا المنظور هي أنه نظراً لأن الأنشطة العقلية لا يمكن أن نرى شأنها لا يمكن أن نعرف أو نقيس.

بالسلوكيون لا ينكرون وجود هذه العمليات العقلية، ولكنهم يرون أن السلوكيات القابلة للملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية، يرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن أن تلاحظه ومن ثم فسلوكيون يبحثون عن السلوكيات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي. فهذا "وأطون وسكتر" و"بوهانسون" يعتقدون أن اللغة متعلمة، فهم لا يرون أن اللغة شيء فريد معيز بين السلوكيات الإنسانية، ويرى "وأطون" أن اللغة في مراحلها المبكرة هوي نموذج بسيط، من السلوك إنها عادة. ويرى السلوكيون أن اللغة هي شيء يتعلمه الطفل وليس شيء يملكه الطفل. ويرون أن اللغة متعلمة وفقاً لنفس المبادئ المستخدمة في تدريب الحيوانات ومثل سلوكيات الحيوانات المتعلمة هذه، فإن السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز.

ومن أبرز أوجه الاختلاف مع السلوكية أن الطفل يكون سلبياً خلال عملية تعلم اللغة، فالطفل يبدأ الحياة بمخزون لغوي خاوي ثم يصبح الطفل مستخدماً للغة حينما تمتلئ الجعبة بالخبرات التي توفرها التمازج اللغوية في بيئته.

مفاهيم النظرية السلوكية

لا شك أن التعزيز والتقليد يلعبان دوراً في النمو اللغوي إلا أنه بالرغم من ذلك فإنه من الصعوبة أن ينظر إليهم باعتبارها التفسير الوحيد لنمو الطفل اللغوي، ومن أبرز جوانب التصور في هذه النظرية هو الافتراض من أن الطفل يلعب دوراً سلبياً في اكتساب اللغة.

ثانياً: النظرية الإدراكية أو المعرفية (Cognitive)

إن العائل يتعلم التراكيب اللغوية عن طريق تدبير فرضيات معينة مبنية على نماذج اللغوية التي يسمعهها، ثم وضع هذه الفرضيات موضع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطأها تعديلاً يؤدي إلى تقريبها تدريجياً من تراكيب الكبار إلى أن تصبح تراكيبه مطابقة لتراكيبهم، أي أن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعهها ثم يطبق هذه القاعدة وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار فعلاً؛ الطفل العربي يستخلص قاعدة الثابت في العربية من نماذج مثل: كبر كبيرة، طويل - طويلة.. الخ فيطبقها على أحمر فيقول أحمره، ثم يكتشف خطأ هذا التطبيق في المثال في فترة لاحقة فيعدل القاعدة بحيث تنطبق على مجموعة من الأسماء والصفات وينشئ أخرى.

وما قيل عن قواعد تركيب الكلمة ينطبق على قواعد تركيب الجملة، ورغم أن الطفل لا يعرف للمصطلحات "صفة" فعل" أداة نفي" أو الجماعة... الخ. فإنه يستطيع تمييز الاسم من الفعل ومن الصفة، والفرق من الجمع. ويستطيع تجريد السوابق واللاحق في الكلمة، واستخلاص القواعد الصرفية والقواعد النحوية ولذلك فهو يستعمل أداء التعريف مع الأسماء والصفات ولكنه لا يستعملها مع الأفعال ويستعمل "توْن الوقاية" مع الأفعال فيقول: ضربي، أعطاني ولكنه لا يستعملها مع الأسماء.

ثالثاً: آراء في اكتساب اللغة

هناك بعض الآراء ووجهات النظر المختلفة في اكتساب اللغة في هذا المجال:

- 1- واطسون WATSON واكتساب اللغة: يلخص واطسون المراحل التي يمر بها الطفل حتى ينطق الكلمة فيما يلي:
- أ- المرحلة الأولى: عندما يصدر الطفل صوتاً وليكن (وا) فإنه يحفز نفسه على لتسوى السمعي وعلى مستوى الإحساسات الحركية الداخلية ولكن هذه الحوافز تقتضي جواباً وهذا الجواب هو النطق من جديد بالمقطع (وا)

ب- المرحلة الثانية: إذا مضى بعض الوقت فإن إصدار الوقت (وا) يمكن أن يستأثر بالحدائق السمعي الحركي الداخلي وهو ضرورياً وهذا ما يتيح للمحيطين بالطفل أن يتدخلوا لحمله على تكرار الصوت (دا). والطفل الذي يكرر إصدار هذا القطع لا يقلد وهنا تكون العلاقة بين الطفل والمحيطين به محدودة جداً.

ج- المرحلة الثالثة: عندما يضم الطفل مصاصة حليب، وينطق المقطع (دا) مع كل مرة تقدم فيها المصاصة، عندها يعمل الطفل إلى تكرار هذا المقطع لدى رؤية المصاصة.

د- المرحلة الرابعة: يرى واطسن أن رؤية الشيء فيما بعد لن تكن ضرورة لإثارة لفظ الكلمة، إذ يرى أن الكلمة حركة أو إشارة تتم في حضور الشيء أولاً ثم هي غيابه.

2- جون ديوي (Dewey, John) واكتساب اللغة: يرى ديوي أن الكلام لدى الطفل يبدأ بالطبع مجرد أصوات وأنغام خالية من أي معنى أو تعبير أي أنها لا تحمل فكرة ماء، وهذه الأصوات ما هي إلا نوع من المنبهات، فلفظ 'قبعه' يبقى خالياً من المعنى كأي صوت إلا إذا لفظ مقروناً بعمل قد اشترك فيه نفر من الناس. فلما تصطبغ الأم الطفل إلى خارج تدارها تضع شيئاً فوق رأسه وهي تقول له قبعه، فخرج الطفل مع أمه لئلا يلهو، بل أن كليهما يهتم في ذلك لأنها يمتعان به معاً، مكتسب كلمة 'القبعه' لدى الطفل المعنى نفسه الذي تفهمه منه أمه باقتنائها بمختلف العوامل التي تدخل في نشاطهما، ولا ذلك تتحول الكلمة إلى رموز تنوع المعمل الذي اقترنت به.

على أن الحقيقة المجردة هي أن اللغة تتألف من جملة أصوات يفهمها عدد من الناس كافية للدلالة على أن معنى اللغة يعتمد على اقتنائها بخبرات مشتركة بين الناس.

ويشير (ديوي) أن الوسط الاجتماعي يعمل على تكوين العادات اللغوية إذ أن أماليب الكلمة الأساسية والجانب الأكبر من المفردات اللغوية تتكون من سياق الحياة المعتادة بسبب كونها ضرورة اجتماعية، والطفل كما يقول الناس يتعلم لغة أمه.

3- سكينر skinner واكتساب اللغة: يرى سكينر أن اكتساب اللغة يتم في الوسط الاجتماعي بطريق المثبر والاستجابة، وهو الذي أدخل مفهوم السلوك الأدائي فإشار إلى أن السلوك اللفظي يمثل للمستوى الأدائي، وعرفه بأنه السلوك التلقائي الذي يمكن أن يدعم أو دعم فعلاً متمايز بالاشتراط، أو سبلي فالسلوك اللفظي التلقائي عند الطفل يمكن أن يخضع في نظر سكينر لعملية تدعيم اجتماعي، فالطفل يتعلم هنا أن أحداث بعض الأصوات التي تشبه ظاهرياً على الأقل بعض الأصوات المقبولة اجتماعياً لبعض الكلمات

مثل (لين) أو (ماء) يؤدي إلى استجابة بالتشجيع ومن ثم تقوي هذه الأصوات أو الكلمات أما الأصوات أو الكلمات الأخرى التي لا تكافئ بهذه الصورة فإنها تطفئ ويمكن أن يمتد هذا التفسير الذي ذهب إليه (سكتر) ليشمل الطواهر اللغوية كلها، فالطفل يميل إلى تعلم الاستجابة التي تدعم سواء أكان التدميم بطريق الثواب المباشر الذي يؤدي إلى خفض حدة التوتر أم كان بطريق بعض الأدلة الثانوية غير المباشرة للثواب النهائي. أما الاستجابات التي لا تدعم فتتميل إلى الانطفاء والاختفاء من حصيلة استجابات الطفل، والاستجابات المتضمنة في هذه الأحداث قد تكون استجابات مباشرة لمثيرات خارجية، أو قد تكون استجابات أولية كالمناقلة فتتار داخلياً إلى حد ما. ويقول سكتر عن الذخيرة اللفظية لدى الطفل أو المتكلم (نلاحظ أن المتكلم يمتلك ذخيرة لفظية، بمعنى أن أتواصلاً مختلفة من الاستجابات تظهر من وقت لآخر في سلوكه على ارتباطاً بظروف يمكن تحديدها ويشير تعبير "الذخيرة اللفظية" على أنها مجموعة من الاستجابات الإجرائية اللفظية إلى السلوك المحتمل للمتكلم.

4- جون كارول (Carrol John) واكتساب اللغة: يتعلق جون كارول من أن الطفل في أثناء نموه اللغوي يتعلم أي الاستجابات اللفظية أو الحركية سوف توفيه إلى ما يريد، أو تبعده عما يكره، وأي استجابات الآخرين يمكن أن تتخذ أدلة لما يريد ولما لا يريد. وتكون الاستجابات المتضمنة في البدء عامة جداً وشاملة ولكنها تتميزز بالتبريج وتشكل، والطفل يتعلم أن يقلد استجابات الآخرين ولكنه يتعلم محاولة القيام باستجابات جديدة وارتباطات بين الاستجابات، كعنا يعاول التعميم أيضاً.

والأخطاء البارزة التي قد يقع فيها الطفل أحياناً إنما هي نتيجة إخفاقه في تعرف الفروق الحساسية في الصورة والشكل والمعنى، أو هي نتيجة المشابهة الخادعة الخاطئة التي يقع فيها نتيجة عدم الانتظام والثبات في اللغة.

اضطرابات النطق والكلام

أولاً: تصنيف اضطرابات النطق والكلام

إن هناك تصنيفات متعددة لاضطرابات النطق والكلام تختلف حسب الأسس التي يعتمد عليها في التصنيف فمن الباحثين من يصنف الاضطرابات الكلامية إلى اضطرابات يرجع أسبابها إلى عوامل عضوية وانبئة (organic) مثل الأذانيا أو احتباس الكلام، أو إلى اضطرابات ترجع إلى عوامل وظيفية (functional) مثل فقد الكلام الهستيري

Aphonia، والأسباب العضوية غالباً ما تكون إصابة من أجزاء جهاز الكلام بما في ذلك جهاز السمع.

والأسباب الوظيفية غالباً ما ترجع إلى عوامل تربوية ونفسية أو اجتماعية، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود عوامل عضوية ووظيفية معاً في الاضطراب. وهناك أيضاً تصنيفات أخرى مثل تصنيف هاريسون Harrison الطبي الذي يصنف اضطرابات الكلام إلى أربعة أشكال من الاضطرابات اللغوية هي:

- 1- الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها نقص في إنتاج الكلام والمفرد المكتوبة أو الكلامية (الحبسة الكلامية)
- 2- الاضطرابات اللغوية اللفظية مع سلامة الوظائف العقلية وسلامة فهم وتذكر الكلمات (التأتأة).
- 3- حمالات فقدان الصوت الناجم عن مرض في الحنجرة، أو في أعصابها، مما يسبب صبره الصوت.
- 4- اضطرابات كلامية تحدث في الأمراض التي تسبب تكامل الوظائف الدماغية العليا.

أ - اضطرابات الكلام (speech Disorders)

وهي تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنقسي والاجتماعي للفرد المتكلم. (جوهانسون- 1998م). واضطرابات الكلام متعددة ويمكن أن توجز بما يلي:

- 1- ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (2-5 سنة ويمتلك على هذه الحالات اسم Delayed speech or inhibited).
- 2- التردد في النطق أو في الكلام (stuttering).
- 3- الأهازيا (Aphasia)، أو احتباس الكلام.
- 4- اعتقال اللسان (كما تسمى بالبلعجة أو التهته Stuttering).
- 5- الكلام الانفجاري الحاد (Explosive speech)
- 6- بعثرة الحديث (slurring).

ب- اضطرابات النطق (Articulation disorders)

وهي مشكلات تتعلق بإنتاج أصوات الكلام أو طريقة نطق الحروف

- 1- اضطرابات إبدالية (Substitution)
- 2- اضطرابات تحريفية (Distortion)
- 3- اضطرابات حذف أو إضافة (omission or Addition)
- 4- اضطرابات ضغط، (pressure)
- 5- عيوب نطق أخرى.

ثانياً: الأسباب العامة لاضطرابات النطق والكلام

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب الاضطرابات الكلامية تختلف حسب الأعمار، البيئات، ومعظم هذه الأسباب ترجع بشكل عام إما إلى أسباب عضوية مثل إصابة أحد أجزاء الكلام والتنفس والجهاز العصبي وهذه بدورها ترجع إلى عوامل ولادية أو قبل ولادية أو بعد ولادته وإما تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي ترجع إلى الأسرة والتربية وعوامل التنشئة الاجتماعية أو ترجع إلى عوامل نفسية ووجدانية عميقة مثل التفاعلات الحادة والصدمات النفسية مثلاً وجميع هذه الأسباب متداخلة ومتفاعلة مع بعض البعض وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل من العوامل المذكورة. ويمكن أن تلخص هذه العوامل والأسباب بوجه عام بما يلي:

- الأسباب العضوية

وتتلخص هذه العوامل في إصابة أحد الأعضاء المساهمة في عملية النطق والكلام فمثلاً يجب أن تتوافق عملية النطق وذلك ضروري لتطور الكلام بشكل جيد وقد أكدت الدراسات إلى أن خلل أعضاء النطق في وظائفها وعدم التوافق بينما قد يرجع إلى اضطراب في التكوين البيوي أو إلى إصابة الأعصاب الدماغية أو القشرة الدماغية أو إصابة الحلق أو الحنجرة أو الفم أو الأنف أو الأذن أو الرتتين أو التهابات حادة أو بعض الأمراض المزمنة.

- الأسباب الاجتماعية والتربوية

ومن أهم هذه الأسباب عوامل التنشئة الاجتماعية وفقر البيئة الثقافية الفقيرة بالحديث الرضيع وبالكلام الموجه وبالتدريب المناسب للطفل كما هو الحال لدى أطفال

للملازم ودور الأيتام الذين لا تتوفر لديهم عوامل التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية والتربوية الجيدة بما في ذلك تقليد الأطقم للكلام المضطرب أو المضحك وإيجاد الأهل والأقرباء بأن الطفل لديه عاهة واضطراب في كلامه، وسوء التوافق المدرسي أو الاجتماعي أو الأسري في جميع النواحي.

- الأسباب النفسية والوجدانية

أن معظم حالات الاضطراب في النطق والكلام لا ترجع إلى أسباب عضوية كلية أو نفسية كلية فقد يكون سبب الاضطراب عضوي ونفسي معاً. فضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على تأكيد الذات وتصدع الأسرة ومشكلاتها الحادة والحرمان العاطفي للطفل من الوالدين أو الخوف الشديد من الوالدين على منطلقهم والرعاية الزائدة والدلال المفرط واضطراب النطق في حالة الحديث مع كبيرة أو مع جنس آخر أو أمام جماعة، من أهم الأسباب النفسية الوجدانية.

إن معظم الباحثين يؤكدون في اضطرابات الكلام على دور الأسرة عموماً والأم خاصة لأنها هي المخاطب الأول للطفل والتي تسيطر على جميع أنواع العلاقات الأسرية.

اضطرابات الكلام "النطق" الناجمة عن ضعف في القدرة العقلية لدى الطفل

أولاً: الخصائص اللغوية للمتخلفين عقلياً

أخذ أجريت العديد من الدراسات حول مظاهر وخصائص النمو اللغوي عند المعوقين عقلياً ومقارنتها بمظاهر نمو اللغوي عند الأطفال العاديين، وأشارت هذه الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله.

لقد بينت دراسة سبراندل أن أكثر المشكلات اللغوية شيوعاً لدى المعوقين عقلياً هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوي، وضعف بناء القواعد اللغوي، وتبقى شيوع مشكلات اللفظ عند المعوقين عقلياً أكثر منها عند العاديين.

وقد أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين درجة الإعاقة العقلية ومظاهر الاضطرابات اللغوية فالأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يتأخرون في الكلام لكنهم نادراً ما يعانون من البكم، بينما نادراً ما تظول لغة ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والبسيطة من اضطرابات لغوية ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللفظ لدى

هذه الفئة بدائياً فهم يصدرن أصواتاً وألفاظاً غير مفهومة وكلامهم بحاجة للوضوح والمعنى والترابط.

لقد بينت الدراسات أن النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً يتم وفقاً لأسس ومراحل متشابهة، إلا أن الاختلاف هو في معدل النمو، حيث أن المعوقين عقلياً أبطأ من العاديين في اكتسابهم اللغة.

كما تبين الدراسات أن الاضطرابات اللغوية متوقعة عند الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، إلا أن نسبة شيع تلك الاضطرابات أعلى لدى المعوقين عقلياً منها لدى الأقران العاديين.

ويعتبر الكشف عن العجز في النمو اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريب أو علاجي مناسب، ويتم ذلك عادة من خلال إتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معاً).

ثانياً: الضعف العقلي وعلاقته بتأخر الكلام

تؤكد الدراسات الطبية والتربوية إلى أن أي شكل من أشكال الضعف العقلي يؤثر في تطور الكلام وهي القدرة على التمثل والتعبير، وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صوراً وأشكالاً متعددة، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقلياً كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم، الأبكم، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وسُجّر مرحلة استعمال اللغة جيداً، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم، وهناك شكل ثالث لتأخر الكلام لدى ضعاف العقل يتجلى بشكل تعذر الكلام باللغة المألوفة التي تمودنا عليها، بل نجد يستخدم لغة خاصة ليست لمفرداتها دلالة أو معنى، وقد تثير هذه المفردات الضحك والسخرية، وتتفاوت درجة التخلف اللغوي والكلامي حسب درجات الضعف العقلي، مثلاً هناك طفل متخلف عقلياً لا يستطيع التمييز بين يده اليسرى ويده اليمنى، أو بين قطع القنود، أو أي شيء آخر، وقد يتعذر عليه فهم تعليمات اختبار ما، كما يلاحظ. بوضوح ظاهرة الحذف والقلب والإبدال في الكلام، وتداخل المقاطع واستخدام ألفاظ لا علاقة لها بالوقف، مع تدخل عملية التمس في عملية الكلام. ويلاحظ لدى بعض الحالات من التخلف العقلي كما هو الحال لدى الأطفال القزم- الكيم- والمتفرجين عدم نضح لغوي مع قبح الطريقة في إخراج

الحروف، مع تراخ في الأداء وبطء شديد، ولا يد من معالجة الناحية العقلية والجسمية قبل معالجة الناحية الكلامية في مثل هذه الحالات.

إن الفرد المعاق عقلياً لا يد وأنه يلاقي صعوبات في استخدام اللغة بوضعها عنصر الاتصال بين الفرد وبين أفراد المجتمع، وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك تطور نسبي يطرأ على لغة الضعيف عقلياً بحيث تصبح هذه اللغة أقرب إلى الواقع الذي يعومها الفرد الضعيف عقلياً، ولوحظ إلى أن مفردات الفرد الضعيف عقلياً تتمحور حول الأشياء الحسية والملموسة، ولوحظ بأن بعض ضعاف العقول ينزعون في لغتهم إلى التلاعب بالألفاظ دون القدرة على إيلاخ الرسالة، وتؤكد بعض الدراسات إلى أن مستوى التفكير المنطقي هو الذي لا يتطور بسهولة لدى الفرد المعاق عقلياً، وهذا ما يجعلنا نترك السبب في عجز الضعيف عقلياً في تلك الرموز الغوية وهشها، وصياغتها بشكل صحيح حتى يتمكن إيلاؤها للآخرين، وكذلك بجزء عن التعبير عن المفاهيم والمعاني التي تتجاوز المحسوسات وتصبح اللغة بالنسبة للضعيف عقلياً عائقاً لا يمكنه من التعبير عن حاجاته وميوله ومشاعره.

ومن المعروف عن الضعيف عقلياً أنه يعيل إلى استخدام القوالب الكلامية الجاهزة، وقد أكدت على هذه الصفات اللغوية لدى المعاق عقلياً مجموعة من الدراسات ومن بين هذه الدراسة دراسة تم فيها مقارنة ثلاث معاقين عقلياً (6,12,14) سنة ومتوسط ذكاهم ما بين (50-70) بثلاثة أطفال عاقلين أعمازهم (6,12,14) سنة الذكاء عندهم حوالي (100)، وانتهت هذه الدراسة إلى وجود هذه القوالب اللغوية الجاهزة لدى المعاق عقلياً، وقد أجريت في الفترة الأخيرة دراسات تركزت على دراسة التركيبات اللغوية لدى حالات الضعيف العقلي العميق وقد أجريت للدراسة على عينة من المنقولين حيث تبين له بأن اللغة هي أعمق النواحي إصابة بالنسبة لتختلف العمليات العقلية، وتسم اللغة- بالعسر، والصعوبة، والأرتباك، ورصيد ضعيف في المفردات يقتصر على تسمية الأشياء المحسوسة، أما التركيبية الكلامية فهي أشد مظاهر الكلام اضطراباً.

إن مثل هذه الدراسات أعطت الأمل للمعاقين عقلياً الذين يعتبرون أفراداً لا يرجى منهم فائدة إلى تحمين مسؤلهم اللغوي، وقد قامت دراسات تتعلق بكتابة المعاقين عقلياً من الدرجة المتوسطة ودور الخط في تحمين مستوى اللغة.

ثالثاً: بعض مظاهر الإعاقفة العقلية وعلاقتها في اللغة - اللجلجة

مفهوم اللجلجة Stuttering

تعرف اللجلجة بأنها اضطراب في تدفق الكلام بسلاسة بسببه أزمات توصفية وتكرارية مرتبطة بوظائف التنفس والتطق والتشكيل (المياغة).

مظاهر اللجلجة

1- التكرار Repetitions:

إن التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة، حيث أنها أحد أعراض اللجلجة الأكثر شيوعاً خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع.

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجلجة إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعاً بين الأطفال الصغار جداً، وقد يكون مؤشراً.

2- الإطالات Prolongat ions:

هناك شكل شخصي آخر وهام للجلجة هو الإطالات الصوتية، حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول خاصة في الحروف المتحركة. ويعد إطالة الصوت شكلاً هاماً لهذا النوع من الاضطراب الكلامي، حيث إنه من النادر وجوده في كلام غير المتجلجين.

كما أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائي الكلام أن اللجلجة إذا تركت فسوف تتطور من سيء إلى أسوأ أي من تكرارات صوتية ومقطعية إلى إطالات صوتية، ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية، حيث تبدو المشكلة في مراحلها المبكرة والعلاج في هذه الحالة يكون أسرع وأضمن.

3- التوقفات الكلامية (الإعاقات الكلامية) Blockages:

تحدث الإعاقات الكلامية بسبب انغلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقفة الحركة الآلية للكلام، بالإضافة إلى ضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاقفة، وقد يصاحب هذه الإعاقات توتراً وارتعاشاً في العضلات عند نقطة الإعاقفة. وقد تطول مدة الإعاقفة أو تقصر تبعاً لشدة الاضطرابات وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتّر العضلي.

ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة في بداية نطق العبارة أو الكلمة.

علاج اللججة

هناك أساليب علاجية عديدة في عملية اللججة نذكر منها:

1- الكلام الإيقاعي Rhythmic speech

تقوم هذه الطريقة بناء على ملاحظة أن درجة اللججة تتخفض حين يتكلم المتلجج بطريقة إيقاعية.

2- تقليد الكلام speech shadowing

استخدمت هذه الطريقة كوسيلة علاجية لحالات اللججة وأثناء الجلسة العلاجية يقرأ المتلجج بصورة مرتفع الارتفاع نفسها التي يقرأها المعالج معه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالباً ما يتحسن المتلجج بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية.

3- تأخر التغذية الراجعة السمعية (D.A.F) Delayed Auditory Feed

4- الضوضاء المقتعة Masking Noise

إن استخدام هذه الوسيلة كعلاج، مبني على أساس أن اللججة تتخفض بشكل كبير عندما لا يستطيع المتلجج سماع صوته أثناء الكلام.

رابعاً: بعض مظاهر الإعاقة العقلية وعلاقتها في اللغة - متلازمة دوان

مفهوم متلازمة دوان: هي حالة جينية ناتجة عن كروموسوم زائد في الخلية، هذا يعني أن صاحبها لديه 47 بدلاً من 46 كروموسوم.

وتحدث نتيجة خلل جيني يحدث في نفس وقت حدوث الحمل أو خلاله. وهي ليست حالة مرضية ولا يمكن معالجتها، إن الشخص الدوان لا توجد لديه معاناة أو ألم كنتيجة لحالته هذه.

وتحدث حالة دوان تقريباً بنسبة (1 من بين 800) من المواليد الأحياء، وقابلية الحمل في طفل داون تزيد كلما زاد سن الأم وقت حدوث الحمل، وإذا كان سن الأم الحامل 25 عاماً تكون فرصتها في الحمل في طفل داون هي (1 من بين 1500) مثل. وعند سن 35 عاماً تزيد الفرصة لتكون (1 من بين 300) طفل، بينما عند بلوغ سن الـ 45 عاماً تكون النسبة (1 من بين 30) مثل.

خصائص وصفات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون

يميل الأفراد المصابون بمتلازمة داون إلى قصر القامة، وعيونهم لها شكل مميز ذات تنيات منتفخة، الثلث الأوسط من الوجه المحموي على الأنف يمكن أن يكون ضعيف، وأحياناً يظهر اللسان بحجم كبير غير متناسب مع تجويف الفم، ولذلك فإن مظهرهم مميز، ولكن درجة الاختلاف تختلف نسبياً من شخص لآخر.

حالة الداون ليست حالة مهبية وليست لها في حد ذاتها تدخلات طبية، ومع ذلك نجد كثير من الأشخاص المصابون بمتلازمة داون متروعي التأثير بعدوى الصدر للجهاز التنفسي ونزلات البرد، والتي يمكن أن تعالج بواسطة طبيب ممارس عام، وإن حوالي (40%) من المواليد الداون لديهم عيب خلقي في القلب منذ الولادة، الأغلبية يصابون بقلب في القلب أو بصمام ثاقب، في حالات كثيرة يمكن علاج ذلك عن طريق الجراحة.

الكشف عن حالات الداون:

من الممكن الكشف عن وجود حالة داون بالتسمية لطفل لم يولد بعد. لا يتم إجراء الفحص الروتيني لاكتشاف حالات الداون إلا إذا كان عمر الأم الحامل لا يقل عن 35 عاماً، وهي معظم المناطق لا يتم قبل سن 37 عاماً.

هناك أسباب كثيرة لذلك يرتبط جزء منها بالتكلفة، والجزء الأهم هو أن الإختبارين المعتمد عليهم في اكتشاف حالات الداون هما تحليل عينة من السائل الأمنيوسي وعينة من المشيمة والتي قد تشكل نسبة من الخطورة في حدوث إجهاض للأم الحامل وهي خطورة أكبر من وجود حمل في طفل داون، وبخاصة إذا كانت الأم أهل من 37 عاماً، إن إختبارات الدم التي تطورت حديثاً لا تحمل هذه المخاطرة ولكنها قد تشير فقط إلى احتمالات وجود حالة مثل داون.

الطفل واللغة

الطفل ليس الوحيد الذي يعاني من مشاكل في اللغة بل كثير من الأطفال لديهم مشاكل في اللغة ونيسو من الأطفال. وإن مراحل التطور الطبيعي بالنسبة للأطفال الداون تبدو معاناة لمراحل التطور الطبيعي للأطفال العاديين، ولكن لديهم بعض المناطق التي تتميز بالصعوبة، والتي تتلخص فيما يلي:

1- اللسان: من المعروف أن حجم اللسان قد يكون كبير بالنسبة للفراغ الذي يجب أن يشغله ويعمل لأن يكون له طرف دائري وليس منديباً. تمارين اللسان ممتدة بما تعنيه كأصوات مباشرة لتمازج الكلام.

2- الشفاه: نفتح الشفاهات بواسطة إصبعهم مع جعل شكل الوجه في وضع التقبيل- وينمو هذا عادة بشكل طبيعي. توسع في هذا الموضوع عن طريق نفخ شفاعات الصابون في الحمام فشق قطع من الورق على المائدة في صورة سباق بين وبين الطفل الخ وذلك لزيادة حركة الشفاه

3- الأصوات: أغلب الألعاب تحتوي على أصوات بدلاً من الأصوات العادية يمكن عمل صوت طلبة أو مسمس أو هجمات، عربيات كل الحيوانات لها أصوات ويمكن تقليد هذه الأصوات لإعطاء الطفل إذن مستمع لأصوات الكلام.

4- اللغة : عند تحدثك مع طفلك، تذكر أن ثروة أهل البيت العادية الغير منظمة سوف تزخر ولن تساعد، والتحدث مع الطفل يعني الكلام مع الطفل نفسه كلاماً مباشراً وليس الكلام الغير مباشر. الطفل الدالون يجد صعوبة كبيرة في التفرقة بين المباشر والغير مباشر في الكلام وسوف يصبح مشوشاً بسهولة.

علاج النطق والكلام عند ذوي الإعاقة العقلية

يتميز الطفل المختلف عقلياً بتصوير النواحي اللفظية لديه، ولما كانت اللغة تحتل مكاناً كبيراً في عملية التكيف فإن الطفل المختلف يجسد صعوبة في تكيفه الاجتماعي ولذلك فإن علاج عيوب النطق والكلام وعلاج اللغة لدى المختلف عقلياً يؤدي بالضرورة إلى زيادة تكيفه التسمي والاجتماعي ولا تختلف عيوب النطق والكلام عند المختلفين عقلياً عنها لدى الأسوياء في الذكاء، إلا أن نسبة انتشارها بين المختلفين أكثر منها عند الأسوياء وكلما زادت درجة التخلف العقلي زادت شدتها.

ولاشك أن البرامج العلاجية لعلاج عيوب النطق والكلام مع المختلفين عقلياً لها ولادتها وبالرغم من أن معظم هذه البرامج يغير حالات التخلف العقلي الخفيف والمتوسط، إلا أنه غير متأكد بعد ما إذا كان التحسن في النطق والكلام يحدث نتيجة لهذه البرامج وحدها أم نتيجة للتضخ الذي يجده خلال فترة العلاج.

وقد أوضح كثير من الباحثين أن هذه البرامج العلاجية يكون لها فائدة محققة، ولكن الأمر لا يتوقف عند علاج العيوب فقط بل أنه اتضح أن العوامل البيئية المختلفة وهي التي تؤثر بالإيجابية أو السلبية في قيمة العلاج، حيث يصرف علاج النطق إلى التوصل إلى التكيف الاجتماعي للفرد فالمعالج يسهح الكلام ويعطي الطفل فرصة للتفاعل مع التغيير والتعبير عن أفكاره ومشاعره وتعمية مفرداته وتوضيح له المفاهيم والكلمات وبذلك، يصل الطفل في النهاية إلى تحسين علاقته الاجتماعية مع الآخرين وأهم ما يميز علاج عيوب النطق والكلام ونمو اللغة هو إمكان إدماج النشاط اللغوي في المواقف المختلفة التي يتعرض لها الأطفال في الفصول الخاصة أثناء تعليمهم أو تدريبهم.

وهناك ما يعرف بالبروفيل النفسي اللغوي والذي يعطي صورة كاملة عن النطق والكلام والنمو اللغوي عند الطفل، ومن دراسة البروفيل النفسي اللغوي يمكن رسم خطة علاجية لتضوية مواطن الضعف اللغوي عن الطفل. هذا وقد استحدثت برنامجاً لغوياً يتكون من (180) درساً للعناية بكل النواحي اللغوية وتميزتها بطريقة متقطعية وتسلسلية، هذه الدروس تضمن صوراً للملاحظة وأحداث وأسئلة مسجلة وقصص. ويسمى الجهاز باسم جلجر يؤدي إلى تنمية النواحي اللغوية.

الشروط الواجب مراعاتها عن تعليم النطق للطفل

- 1- أن تكون الكلمات أو الجمل مقرونة بالوسائل التعليمية التي تدل على مدلولها ومعناها بصورة واضحة.
- 2- أن يراعي تكرار استعمال الكلمات مقرونة بوسائل الإيضاح اللازمة حتى تتم عملية الربط، بين الكلمة ومدلولها.
- 3- إنلحة الفرصة للطفل لتعلم كلمات مختلفة حول موضوع معين مثل الطيور.. الحيوانات.. الملابس.. إيدرك الطفل معاني الكلمات.
- 4- يمكن استغلال هذه التدريبات في إعداد الطفل للمقابلة بحيث تكون وسيلة الإيضاح مقرونة ببطاقة مكتوب عليها اسم الشيء نفسه.
- 5- توفير وسائل ثقافية في المدرسة لزيادة خبرات الطفل وأفكاره ومساعدته على التعبير عن هذه الأفكار بالنطق.

الإجراءات التربوية للأطفال والذين يعانون من اضطرابات في النطق

- 1- الضبط والمراقبة الذاتية من قبل الطفل نفسه.
- 2- التمييز بين لفظ الطفل لأصوات الحروف أو الكلمات وبين لفظ الآخرين لتعصم الأصوات لكي يدرك الفرق ثم يحاول تصحيح نطقه.
- 3- يجب أن يكون المعالج أو مدرب النطق نموذجاً مناسباً من الناحية اللغوية.
- 4- استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي للتعلق الصحيح.

دور المعلم

- 1- على المعلم أن يكون واعياً بالفاظ وتطق تلاميذه الصحيحة والخاطئة.
- 2- مراعاة الفروق الفردية اللغوية.
- 3- الاستفادة من وسائل النطق بالوسائل التعليمية.
- 4- مراعاة مهارات تعليم الأمثال فيما يتعلق باستخدام الإيماءات أو الإشارات أو التماذج الكلامية.

دور الأسرة

- 1- يجب رعاية النمو اللغوي عند الطفل ورعايته وإتاحة الفرصة لمخاطبته، ويجب إحاطة الطفل بالرعاية والعطف.
- 2- يفضل عدم تصحيح الأخطاء اللغوية.
- 3- تشجيع الطفل على الكلام والتحدث والتعبير بطلاقة والاهتمام بالصور والرسومات.
- 4- العمل على متابعة مراحل نموه اللغوي بشكل صحيح.

علم أمراض النطق واللغة pathology language – speech

هو العلم الذي يختص بدراسة وتقييم اضطرابات التواصل البشري، وهي اضطرابات النطق واللغة والصوت واضطرابات الفصاحة (التأتأة) واضطرابات البلع. وهو من العلوم الحديثة نسبياً والذي تشكل وانتشر بشكل واسع بعد الحرب العالمية الثانية وخاصة في بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية. ويسمى الأخصائي الذي يعمل في هذا المجال: أخصائي علاج النطق واللغة language therapist – speech أو أخصائي علم أمراض النطق واللغة language pathologist – speech. حيث يتلقى هذا الأخصائي شهادة علمية

أكاديمية لا تقل عن البكالوريوس في أوروبا، والملاجستير في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، يتلقى فيها دراسة نظرية وتطبيقية في مجال تقييم وعلاج اضطرابات النطق واللغة. هذا ويمثل أخصائي علاج النطق واللغة في العديد من الأماكن وإن كانت المدارس والمستشفيات، ومراكز التأهيل هي أكثر الجهات استقطاباً لهؤلاء الأخصائيين. وتتضمن أمراض النطق واللغة.



9

اضطراب التوحد

Autistic disorders

تعريف التوحد

التوحد هو إعاقة في النمو تستمر طيلة عمر الفرد وتؤثر على الطريقة التي يتحدث بها الشخص و يفهم صلة بمن هم حوله. و يصعب على الأطفال و على الراشدين المصابين بالتوحد إقامة صلات واضحة و قوية مع الآخرين. وعادة لديهم مقدرة محدودة لخلق صداقات وفهم الكيفية التي يعبر فيها الآخرون عن مشاعرهم.

وعلى الرغم من أنه قد تم التعرف على مرض التوحد في سنة (1943)، إلا أن هذا المرض ما زال إعاقة غير معروفة نسبياً. لا يعتبر الشخص المصاب بمرض التوحد معاقاً جسدياً بنفس الطريقة لشخص آخر مصاب بالشلل الدماغي؛ فهم لا يحتاجون إلى كرسي متحرك و تبدو هيتهم كهيئة أي شخص غير معلق. و نظراً لهذه الطبيعة اللامرئية يصبح أمر رفع الوعي العام و فهم هذه الحالة أكثر صعوبة، لأن الطفل المصاب بالتوحد يبدو - طبيعياً - هيفترض الآخرون أنه مقلد شفي أو أن والديه لا يتحكمان فيه و يعلق الفربا، مرارا على هذا الشلل

وتُعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي «التوحد» بأنه: «أحد أشكال اضطرابات النمو العالمة التي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وتضم الصورة الإكلينية له: «مصور التواصل اللغوي والتشامل التخيلي. وهصوراً نوعياً في انتفاعلار الاجتماعية المتبادلة، وإظهار مدى محدود جداً من النشاطات والاهتماماتش. أما الجمعية الأمريكية للتوحد فتعرفه على أنه: «إعاقة في النمو تتصف بكونها شديدة ومزمنة. تظهر في السنوات الأولى من العمر، وتعتبر محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً في وظائف المخ. وهو اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة (Syndromic)، تتضمن على ما يلي:

- 1 اضطراب في سرعة النمو.
- 2- اضطراب في الاستجابات للمثيرات الحسية.
- 3- اضطراب في التخاطب وفي اللغة وفي البنية المعرفية.
- 4- اضطراب في التعلق والانتماء والتفاعل الاجتماعي الطبيعي مع أفراد الأسرة وغيرهم.
- 5- نقص في الأنماط الحركية التي يتم ممارستها.

6- تكرار النمط الحركي الواحد مرات عديدة.

7- تكرار اللفظ الواحد أو العبارة القصيرة الواحدة مرات عديدة.

وقد ورد في تعريف الجمعية الوطنية للأطفال المتوحدين (National Society for Autistic Children (NSAC) الثالث عام (1978) أن هذه الاضطرابات أو معظمها خلال الشهور الثلاثين الأولى من حياته، وتستمر معه معظم سنين حياته، مع إحراز بعض التحسن مع التقدم في السن عاماً بعد آخر.

وقبل ذلك في عام 1943 كان فضل السبق للباحث (Kenner) ثلاثياً لهذا الاضطراب وتمييزه عن غيره من الاضطرابات النفسية وتم تسميته وقتها بالتوحد المبكر في الطفولة وإن صنفه آخرون ضمن ذهان الأطفال، وهذه آخرون من أتباع مدرسة التحليل النفسي بأنه مظهر غير سوى لنمو الأنا .

نسبة انتشار التوحد

في أوروبا تشير الإحصائيات أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى 3-4 حالات لكل عشرة آلاف ولادة، وتزيد لتصل إلى حالة لكل 500 ولادة في أمريكا، كما أنه يصيب الذكور ثلاثة أضعاف إصابته للإناث.

علامات الإصابة بإعاقة التوحد

1. الكلام في الحديث مكرر ومتكلف.
2. الصوت يكون غير معبراً أو يعكس أياً من الحالات الوجدانية أو العاطفية.
3. تركز الحديث عن النفس. أما عن أعراض التوحد التي اتفق عليها معظم العلماء فهي كالتالي:

أعراض اضطراب التوحد

تم رصد حوالي خمسة نماذج للتوحد، للنموذج التقليدي الشائع منهم الأعراض التالية:

- 1- انشغال الطفل لساعات متتالية باهتمامات ونشاطات لا يمل تكرارها (الطفل الاجتراري)، يسلك خلالها بطريقة روتينية وكأنه يمارس طقوساً هامة لا يحدد عنها، كان يجلس على أرضية الغرفة (وربما وجهه نحو الحائط) ويقلب بيديه إحدى أدوات اللعب للأمام أو الجديدة عليه، وقد يردد أشاء ذلك كلمة أو عبارة قصيرة بعينها مرات

لا نهائية العدد لدرجة تصيب المستمعين بالضجر الشديد فإذا تهرده فإنه قد يردد نفس كلماتهم وكأنها تحدث صدئ حين ترتطم به، وإذا حاولوا إغراءه بالطعام فغالباً لا يستجيب، وإذا اشتدوا معه فقد يتوقف عن هذا العمل - الإجتراري - وتثابته نوبة هياج عصبي وحركي يمارس خلالها أعمالاً عدوانية على الذات أو على المخالطين له.

2- بناء على ما سبق فإنه لا يوفر وقتاً للاختلاط بغيره من البشر صغاراً أو كباراً، لذلك فإن خيرانه الاجتماعية ضعيفة للغاية، فلا يخرج عن مركزه حول ذاته، ولا يتعاطف مع غيره، ومن هنا جاءت تسميته - بالطفل الذاتي -، و- التوحدي- لتوحده مع نفسه دون التوحد النفسي مع نموذج بشري كالأب أو كالأخ الأكبر بعكس ما يفعله الأمثال العاديون

3- وبناء على ما سبق أيضاً فإنه لا يمارس اللغة كوسيلة اتصال فعالة إرسالاً واستقبالاً مع الغير (خاصة الأم) إلا نادراً، والنتيجة قصور في التعرف على مفردات اللغة وتركيبها وقواعدها ونقص شديد في الحمولة اللفوية، فيسمعه المخالطون يتشوه بكلمات مشوهة وبعبارات قصيرة مختلفة في ترتيب كلماتها، وخالية من الضمائر كان يقول: - الكرسي فوق الكتاب- وقد دلت الدراسات على أن حوالي 50% من صغار المصابين بالتوحد ينقصهم الاستخدام الفعال للمصحيح ل لغة مع تأخر في السيطرة على جوانبها المختلفة مقارنة بنظرائهم في السن، ويتحصن الموقف قليلاً إذا تم إلحاقه برياض الأطفال وإن كان يظل على طريقته في التردد الملل لبعض كلماته أو لما يسمعه ممن حوله دون وعي أو فهم لما يقول.

4- نادراً جداً ما يجيب عل الأسئلة التي توجه إليه أو ينظر إلى وجه من يكلمه، لذلك يظن كثير من الناس أنه مصاب بالصمم أو يضعف شديد في السمع، في حين يظن آخرون أنه مصاب بانقصام يشبه انقصام الشخصية الذي يصيب بعض المراهقين، وبالتالي اعتبروا ذلك الاضطراب إما حسيّاً أو عقلياً أو كليهما معاً. ويخفف بعض الآباء من تشخيص حالة التوحد ويصفونها بأنها لا تزيد عن حالة عدم اهتمام Carelessness أو على أسوأ الاحتمالات في حالة قريبة من الذهول شبه الدائم باعتبارهم يركزون على شيء واحد طوال الوقت ولا يدرون بما يجري حولهم.

5- يكره الطفل التوحدي ويقاوم بشدة أي محاولة لإحداث تغيير في وضع جسمه، أو في أوضاع أدوات اللعب، أو في سهر الأحداث التي يكرهها، مثال ذلك عند يجري ذلك الطفل في الحجرة وهو في حالة اللاوعي في مسار محدد لا يغيره ولا يسمح

لأحد بأن يضغط عليه لهنيهه، ويظل هكذا ما يقرب من الساعة كاملة غير ملتفت لمن يدخل أو يخرج أو يناديه أو يأمره بالتوقف عن هذا العمل التكراري للعمل.

6- قد يتقلب ذلك الطفل على فترات زمنية متباعدة ما بين الضحك والبكاء دون سبب واضح للغير (عرض عصائبي)، كما أنه قد يتقلب بين حركات تكرارية، خصوصاً زائد وهياج شديد.

7- تشترك اضطرابات نفسية أخرى مع التوحد في بعض الأعراض مثلما يحدث في اضطراب - أسبيرجر/ "Asperger"، لكن يكون ذكاء الطفل هنا طبيعياً، بل ربما أعلى من المتوسط، وليس لديه تخرى لغوي أو معرفي، بل قد يكون متخوفاً في إحدى القدرات كالحفظ، مثلاً لكن لاحظ، بعض الباحثين أن ذلك المتصل غالباً يتذكر المعلومات بعرضيتها دون فهم (حفظ أصم) دون انتقاء لما يحفظ، أما الطفل الطبيعي يختار المعلومات ذات الأهمية (الأناشيد مثلاً) ليحفظها ويسأل عن معاني كلماتها، وإن نسي بعضاً منها عند التسميع فإنه يذكرها بمعناها وليس ينصها بما يدل على اهتمامه بفهم ما يحفظ على قدر ما تسمح به إمكانياته العقلية. وهناك أعراض مرضية أخرى تظهر عند الطفل المتوحد هي:

- 1- الصمت التام.
- 2- الصمراخ الدائم المستمر بدون مسببات.
- 3 الضحك من غير سبب.
- 4- الخمول التام، أو الحركة المستمرة بدون هدف.
- 5- عدم التركيز بالتخضر (بالعين) لما حوله.
- 6- صعوبة فهم الإشارة، ومشاكل في فهم الأشياء لثرئية.
- 7- تأخر الحواس (اللمس، الشم، التذوق).
- 8- عدم الإحساس بالحر والبرد.
- 9- المثابرة على اللعب وحده وعدم الرغبة في اللعب مع أقرانه.
- 10- الرتابة.
- 11- عدم اللعب الإبتكاري، فاللعب يعتمد على التكرار والرتابة والتعمية.
- 12- مقاومة التغيير، فعند محاولة تغيير اللعب التعمي أو توجيهه فإنه يثور بشدة.

13- أأاهل الأأرفن أأى ففنون أنه مصاب بالمصم. ففد ففكمم كأس بالأروب منه فلا ففبره أى انأباه.

14- الأروف من بعض الأشفاء (كالأروف من صوآ مألرآ أو فباح كلب) وءدم الأروف من أشفاء أأرى فء فكون أألرآ علفه (كالأرفى فف الشارع مع مرور السفاراء وأبواقها العالفة).

15- الاءزال الأأماعف؁ فهناك رفض للفاعل والاعامل مع أسرفه والمأممع؁ ءدم اللب مع أقرانه؁ ءدم طلب المساعءة من الأأرفن؁ ءدم الفأواب مع الإشارة أو الصوآ.

16- مشاكل عاسفة؁ ومشاكل فف الاعامل مع الأأرفن ومن الففارف المفسرة للآوآء:

أنواع الآوآء

1- الآوآء الففارفى - الكلاسىكى - .

2- اضطراب الامبرجر.

3- مآلرمة الرفب.

4- اضطرابات الانكاس الطقولى.

5- الاضطراب الفعافى الففر مءء.

نظرفة الاضطراب الأفضى

فف هءه الففارفة إفراف أن فكون الآوآء نففآة وءوء ببفآفء Peptide أأرفى المنشأ (من الففاء) فؤفر على النقل العصبى ءاأل الآهاز العصبى المرفزى؁ وهءا الفأافر فء فكون بشكل مفاشر أو من ألال الفأافر على فلك الموءوءة والفاعلة فف الآهاز العصبى؁ مما فؤدى أن فكون العملاء ءاألله مضطرفة.

هءه الواء Peptides ففكون ءءء حدوث الفعفل ففر الكامل لبعض الأفففة المأفوة على الفلوفن GLOTTINESمآل: الفمع . والشعبف . والشوهان كما الكارفن الموءوء فف العارف ومنتآءات الألفان.

لكن فف هءه الففارفة ففامء شعفء كآفرة فهءه الواء لا ففحل بالكلمل فف الكأفر من الأشفصاف ومع فلك لم فصابوا بالآوآء.

لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحيدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدثت أعراض التوحد.

مشاكل التطور لدى الطفل المتوحد

التطور الفكري والحركي لكل الأطفال يندرج تحت مجموعات من المهارات، والطفل المتوحد لديه تاخر في اكتساب بعضاً من تلك المهارات بالمقارنة مع أقرانه، قد تتوقف بعض هذه المهارات عند حد معين، والبعض يفقد بعض المهارات بعد اكتسابها، ومن أهم تلك المهارات ما يلي:

- 1- المهارات الحركية: و تعتمد على العضلات الصغيرة والكبيرة، وفي أطفال التوحد يقل وجود اضطرابات حركية بالمقارنة مع الاضطرابات الأخرى.
- 2- مهارات الفهم والإدراك: نقص الذكاء والتعلم ومشاكلها من أهم صفات التوحد، وهذا لا يعني أن جميعهم متخلفين، بل نجد بعضهم يتمتع بذكاء فوق العادي، ومع ذلك فإن الغالبية منهم لديهم صعوبات تعليمية ونقص في القدرات الفكرية.
- 3- المهارات اللغوية: لديهم اضطرابات لغوية بشكل أو آخر.
- 4- المهارات الاجتماعية والنفسية: وهي أهم الركائز في الطفل المتوحد، فهناك جفاء وانعزال عن مجتمعه، وانطواء على النفس.

1- مشاكل التطور النفسي

التأثيرات النفسية عادة ما تظهر مجموعة منها في نفس الوقت وبدرجة كبيرة وشديدة، وذلك علامة مميزة للتوحد، فالأطفال المتوحدون يظهرون علامات تأخر النمو ويطه اكتساب للمهارات، بالإضافة إلى بطء.

2- التطور الحركي والفكري، و من مشاكل التطور النفسي والسلوكي:

- أ . صعوبة الارتباط الطبيعي مع المجتمع والمكان
- ب. عدم القدرة على استخدام اللغة والكلام للتواصل مع الآخرين.
- ج . القيام بحركات مكررة غير ذات معنى أو جدوى
- د . القيام بحركات مميزة وقرينة

3- مشاكل في التطور السلوكي والاجتماعي

عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي يعتبر من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد، وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية، فبعض الرضع والأطفال المصابين بالتوحد أو اضطرابات التطور العاصبة غير المحددة (PDD-NOS) يميل إلى تجنب التماس النظري، كما يظهر القليل من الاهتمام بالصوت البشري، وعادة لا يرفعون أيديهم أو أقدامهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم، يظهرون غير مباليين وينون عاطفة، وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يمتد الوالدين أن طفليهم أصم، والأطفال الذين لديهم القليل من تماس التفاعل الاجتماعي قد لا تكون حالتهم واضحة حتى سن الثانية أو الثالثة من العمر.

في مراحل الطفولة المبكرة قد يستمر الأطفال المتوحدون في تجنب التماس النظري ولكن يستمتع بالداعية أو يتقبل الاحتكاك الجسمي بسهولة، لا ينمو لديهم سلوك الودعة والشرايط، كما أنهم لا يتبعون والديهم في المنزل، ولا يحسون بالانفصال عند ارتعاد والديهم عنهم، كما أنهم لا يخافون من الغرباء.

الكثير منهم لا يبدون اهتماماً بأقرانهم أو اللعب معهم وقد ينعزلون عنهم.

في مرحلة الحضانة المتوسطة، تظهر لديهم المودة والاهتمام بالوالدين وببقية أفراد العائلة، مع استمرار المشاكل الاجتماعية، مثل مشاكل اللعب الجماعي وبناء الصداقات مع أقرانهم، إلا أن البعض من ذوي الإعاقات الخفيفة قد ينجحون في اللعب الجماعي.

مع تقدم هؤلاء الأطفال في العمر يصبحون عاطفيين ودودين مع والديهم وإخوانهم، ولكن مازال لديهم صعوبة في فهم تمديدات العلاقات الاجتماعية، والذين إصابتهم خفيفة قد يرغبون في بناء صداقات ولكن مع ضعف التفاعل باهتمامات الآخرين، مع عدم فهم السخرية والمزاح مما يؤثر على صداقاتهم.

4- ضعف التواصل غير اللفظي

في الطفولة المبكرة، قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم بإيد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه، وقد يصركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم.

في المرحلة الوسطى والمتقدمة من الطفولة، لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة.

هؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعة والخوف كما الغضب، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.

5- ضعف التواصل البصري

إن الاعتقاد السائد أن هؤلاء الأطفال يمشاؤون التواصل البصري مع الآخرين، ولكن لوحظ أنهم لا يطيرون التركيز على أي شيء وليس على الآخرين، وهي الحقيقة فإنهم لا يستطيعون فك رموز التلميحات على الوجه أو الإشارات.

6- الرتابة ومقاومة تغيير البيئة

إن الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير، ويواجهون تغيير رتابة اللعب، هذا الرضا قد يؤدي إلى الثورة والغضب، كما أنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره، هذا بالإضافة إلى أنهم يظلون تعلم أي نشاط أو مهارة جديدة.

يظهر الطفل اهتماما بشيء معين، كلعبة هارغة مثلاً، موجودة في مكان معين ويوضع معين، قد ينظر إليها أو يكلمها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل، وعند تغيير وضعها أو اختفائها فإن الطفل الهادئ قد يتحول إلى شحنة من الغضب والصراخ، وقد ينتهي الوضع بإعادة اللعبة إلى وضعها مرة أخرى.

بعض الأهل يلاحظون أن طفلهم للتوحد يتعود على كوب وصحن معين، ويرفض تغييره، بل أنه يتفعل عند عدم وجوده، كما أن بعض الأطفال يظهر عليهم الغضب عند تغيير حافلة المدرسة مسارها لطرف طارئة، وهكذا فإن الرتابة هي جميع السلوكيات اليومية هي العمة البارزة هي الطفل للتوحد.

بعض الأطفال يظهرون ارتباطاً شديداً مع بعض الأشياء غير العادية، ويرغبون بالاحتكاك به طوال الوقت كقطعة ملك، أو ورقة شجر، ويقاوم إبعاده عنه.

بعض الأطفال الأموياء يظهرين عاطفة وارتباط تجاه بعض الألعاب والأشياء (لعبة، عروس، سيارة)، ولكن الأطفال المتوحدين يرتبطون ببعض الأشياء ذات الدلالات الرمزية (اللعبة التي تشبه الإنسان، البطانية لدفءه)، كما أن هذا الارتباط يختلف في شدته ونوعيته ووقت حدوثه عن الأطفال العاديين.

السلوكيات والملقوس التي لا تقاوم :

الحرص على القيام ببعض النشاطات على وثيرة واحدة مكررة وبطريقة صارمة، مثال ذلك الحرص على أكل نوع معين من الغذاء دائماً، القيام بحركات نمطية مكررة كرفرفة اليدين، أو حركات مميزة للأصابع (الالتواء، الرفرفة)، وبعض الأطفال يشغلون الكثير من الوقت في تنكر حالة الطقس أو تاريخ ميلاد أفراد العائلة.

7 الحركات الجسمية المكررة

من الأشياء الملحوظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة البقطة، وعادة ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها: اهتزاز الجسم، رفرفة اليدين، هزك اليدين، نموج الأصابع، وغيرها.

8- الاضطرابات الحركية

قد يكون هناك، أواخر في علامات النمو الحركي الطبيعية، وقد يكون هناك صعوبة في بدء بعض المهارات، وأطفال التوحد عادة ما يكونون كثيري الحركة، وتقل هذه الحركة مع التقدم في العمر، وقد يكون لديهم حركات مميزة متكررة (مثل لوي قسماات الوجه، رفرفة اليدين والأصابع، التواء اليدين، المشي على أطراف الأصابع، الوثب، القفز، اهتزاز الجسم، التفاف الرأس، ضرب الرأس)، في بعض الحالات فإن بعض السلوكيات تظهر، ولكن في البعض الآخر تكون تلك السلوكيات مستمرة.

9- التعبيرات الانفعالية

التعبيرات الانفعالية (الصمت التام، الصراخ بدون سبب، الضحك من غير سبب) لدى بعض أطفال التوحد تكون حادة وشديدة، ولعيب غير معروف يمكن أن يصرخ أو يتسنج في وقت، ويضحك بدون سبب في وقت آخر، الخطر الحقيقي يكمن عند مواجهة الحركة

المروية أو الارتصاصات المالية التي قد لا تخيفه، وفي نفس الوقت قد يخاف من أشياء عادية كقرو الحيوانات أو صوت جرس المنزل.

10 الخوف وعدم الخوف

أطفال التوحد يختلفون عن الأطفال العاديين في تقدير خطورة الأشياء والمواقف، فقد لوحظ أنهم يظافون من أشياء عادية كصوت الجرس مثلاً، وفي نفس الوقت تراهم يعيشون في الشارع غير مهالون بأبواق السيارات وصوت الكابح.

11- سلوكيات وارتباط غير طبيعي

بعض الأطفال يكون لديهم ارتباط غير طبيعي بشيء غريب كملبة صفيرة أو حجر، كما أن بعضهم يركز على جزء معين كالطعم أو اللون أو الرائحة.

12- التفاعل غير الطبيعي للتجارب الحسية

يظهر لدى الكبار من الأطفال تفاعل غير طبيعي للمثيرات الحسية (Sensory stimuli) بالزيادة والنقصان، لذلك تعتقد بأنهم شاقدي السمع والتظر، والبعض يشمذ عن أقل اللمسات وفي نفس الوقت يتمتع باللعب العنيف، عدم الإحساس بالبرد أو الحر الشديد، البعض يأكل كمية قليلة والأخر كأنه لا يشبع.

13- ضعف التطور اللغوي

الرضع لا يستطيعون الوضوءة، أو أنهم يبدوون بها في سنتهم الأولى ثم يتوقفون، وعندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترددية في الحديث (وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون، (في السابق كان الاعتقاد أن الترديد المرضي بدون فائدة أو عمل، ولكن الدراسات أثبتت أنها مرحلة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي ويمكن استخدامها في تشجيع الضعفاء)، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) ونسخ ما يقوله الآخرون (كالبيفاه).

قد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة، فبعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغيير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات، وقد يكون هناك مشاكل في

المحادثة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو، وآخرون قد يكون لديهم الحديث المنقطع .
Staccato speech

14- المشاكل اللغوية

مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أنها من أكثر وأهم المشاكل، وهناك 50 ٪ من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي، وهذه المشاكل العامة هي التي تحدد تطور الطفل المتوحد وتحسنه، ونوجز هنا أمثلة عليها :

- تأخر النطق وانعدامه.

- التردد لما يقوله الآخرون.

- سوء التعبير الحركي.

- كلمات وجمل بدون معنى.

- عكس الضمائر (أنا بدلاً من أنت).

- عدم القدرة على تسمية الأشياء.

- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.

15- ضعف فهم اللغة

الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان لديه تخلف فكري فعادة ما يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة، أمّا من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.

-التوحد والتخلف الفكري

أثبتت الدراسات أن التخلف الفكري إحدى صفات المسابرين بالتوحد، ولكن على درجات مختلفة، فقد يكون تخلفاً بسيطاً (وهو الغالب) أو قد يكون شديداً. ويلاحظ أن هناك عوامل لدى الطفل تعطي انطباعاً بأن التخلف أشد من الحقيقي، فعدم التفاعل مع

المجتمع يفقده القدرة على الاكتساب المعرفي، كما أن الاضطرابات اللغوية تفقده نقاط التعبير.

الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد

في كل عام يتم وضع فرضيات جديدة بشأن أسباب هذا الاضطراب لعدم اقتناع العلماء بكفاية أو بصحة ما سبق التوصل إليه بهذا الشأن. وكالعادة يتم اختبار صحة تلك الفروض فيتضح خطأ بعضها (مثل افتراض أن برودة عاتلة الأم، مع صرامة الأب وجديته هما سبب إصابة الأبن بتلك الاضطراب)، في حين يتضح صحة فروض أخرى بدرجة مرتفعة أو منخفضة من الدلالة الإحصائية، من بينها الأسباب الآتية:

- 1- الاختلالات البيولوجية المترابطة بالجهاز العصبي، ويؤكد صحة ذلك أن حوالي 25% من المتوحدين لهم تاريخ مرضي يتضمن نوبات صرعية، كذلك فإن ما بين 10 - 83% منهم لديه خلل في كهرباء المخ. وأن ذلك الاضطراب تصاحبه علامات غير طبيعية في خلايا بالمخ تسمى بـ خلايا بيركنج- . يضاف إلى ذلك أن كثيراً من المتوحدين قد عانوا خلال عملية توليدهم من نقص في كمية الأكسجين الواصل إلى المخ لأسباب متنوعة.
- 2- الأسباب الجينية (الوراثية) فرغم أنه لم يمكن حتى الآن تحديد المورث (الجين) المسؤول عن نقل هذا الاضطراب من جيل إلى جيل، لكن ظهرت قرائن على صحة هذه الفرضية وهي أنه إذا أصاب التوحد واحداً من التوائم المتطابقة (Identical twins) فإنه لابد أن يظهر أيضاً في توأمه (المشترك معه في البويضة والحيوان المنوي المخصب لها) كذلك فإن 2 - 9% من المتوحدين لهم إخوة توحيديون أيضاً.
- 3- الأسباب البيئية ذات التأثيرات البيولوجية - النفسية على الأجنة والمواليد والرضع وهذا يشمل الأدوية التي تناولتها الأمهات خلال الحمل، والظروف الغذائية والنفسية التي صاحبت ذلك الحمل ثم الإرضاع.
- 4- الأسباب المرضية، حيث لوحظ زيادة احتمال حدوث التوحد للأطفال المصابين بأمراض معينة دون غيرهم من الأطفال، مثل المصابين باضطراب - القيتول كيتون يوريا/ P.K.U.والحصبة الألمانية الولادية وزملة Congenital rubella هشاشة الكروموسوم (x).
- 5- الأسباب المعرفية، حيث يعاني من ضعف في القدرة على الانتباه واستقبال المعلومات المتضمنة في المثيرات الكثيرة والمتنوعة من حولهم، مع نقص في القدرة

على تحليل المعلومات التي تصلهم وعلى فهم مضامينها، مع نقص في المرونة في معالجتها للإفادة منها في تطبيقات مفيدة.

وإذ نضع أن حوالي 75% من المتوحدين لديهم تخلف عقلي بدرجات متفاوتة، بجانب نقص في القدرة على تحقيق تقاضيات اجتماعية ناجحة، وهنا يظهر سؤال هام: هل هذا كله سبب في حدوث اضطراب التوحد لديهم؟ أم أنه نتيجة لإصابتهم أصلاً بذلك الاضطراب؟ أم هي مظاهر تلازم في ظهورها حدوث ذلك الاضطراب يتسبب فيها معاً عامل (سبب) آخر لم نستدل عليه بعد... ربما خلال في كبداء الخ أو في كهروياته، أو في التوازن الهرموني بالجسم عامة.

6- ظل الدارسون لفترة طويلة إبان الخمسينات والستينات من القرن الماضي يربطون بين التوحد والمستوى المعيشي المتميز للأثرياء والمتفنين ثقافة عالية، لكن الإحصاءات العلمية أثبتت خطأ هذا الرباط، وأكدت أن نسبة وجوده بين كل الطبقات الاجتماعية.

الاضطرابات الحسية وكيفية علاجها لدى الأطفال المتوحدين

يتطور الإنسان وينمو ويُصبح له شخصية مميزة وكيان مستقل ووجهة نظر وقدره على التعامل مع الحياة بكل صعوباتها من خلال العقل الذي وهبه له الله سبحانه وتعالى ولكن هذا العقل لا يعمل ولا يستطيع العمل إلا من خلال الحواس (السمع، البصر، الشم، التذوق واللمس) التي هي مصدر المعلومات التي تدخل إلى المخ ولكن هذه المعلومات التي ترسلها الحواس لن يكون لها قيمة ولن تصل إلى المخ إلا من خلال الأعصاب التي تنقل هذه المعلومات من الحواس إلى المخ، إذن فالخ والحواس والأعصاب الناقلة للمعلومات الحسية مثلت لا بد أن تكتمل أضلاعه الثلاثة حتى يصبح ما نراه أو نسمعه أو نشمه أو نتذوقه أو نلمسه له قيمة حقيقية وواضح بالنسبة لنا.

أما إذا كان أحد هذه الأضلاع به خلل فلن نكتسب المعلومات بشكل سليم ولن نستطيع الحياة بشكل طبيعي وسوف يتوقف أو يتأخر تطور النمو لدينا. وهذا الأمر هو ما نلاحظه لدى العديد من الأطفال المتوحدين حيث نجد لديهم استجابات غير عادية وشاذة تجاه المثيرات الحسية المختلفة فاستجاباتهم تتميز إما بالبرود والتباعد الشديد وإما بالحساسية الزائدة بشكل لا يتناسب مع شدة أو ضعف المثير فتكون استجاباتهم أكثر أو أقل حدة من استجابة الأطفال الأسوياء فيما يتعلق بالمثيرات الحسية مثل الأشواء، الأصوات، الألم، الروائح والملمس.

أنواع الحواس

هناك ثلاثة أنواع من الحواس أو الحسسية وهي الحواس الباطنية العامة المتمثلة في الحاجات العضوية والحواس الباطنية الخاصة المتمثلة في التوتر العضلي والحركة والتوازن والنوع الثالث هو الحواس المستقبلية للمنبهات الخارجية وهي المتعلقة بالبصر، السمع، الشم، المص والتذوق.

1 الحواس الباطنية العامة

هذا النوع من الحواس يظهر في حالة الأحشاء من امتلاء وإفراغ المعدة، أمعاء، مثانة.... وتتقبل هذه الحواس عن طريق الأعصاب الموجودة في الأجهزة الحشوية من الجهاز الهضمي الموصلة لمسرة المخ ومن مظاهر هذه الحواس الباطنية العامة الجوع، العطش، التعب، الرعدة، الضيق، الارتياح، الإثارة الجنسية...الخ، وقد ينتج عن اختلال هذا النوع من الحواس أن يفقد الفرد التمييز بين حالي الجوع والشمع، أو يفقد الشهية للطعام، أو البرود والتبلد أو الشعور بالتعب عند القيام بمجهود بسيط جداً أو عدم الشعور بالتعب رغم بذل مجهود شديد جداً.

2- الحواس الباطنية الخاصة

وهذا النوع من الحواس أكثر تميزاً من النوع السابق حيث أن له أعضاء خاصة لاستقبال المنبهات موجودة في العضلات والأوتار والمفاصل وكذلك موجودة في الجزء التوازني من الأذن الداخلية.

وهذا النوع من الحسسية يتأثر بالمنبهات الميكانيكية كالضغط، والشدة والاحتكاك والحركة وكل هذه الأمور تتحد في حاسة الحركة والتوازن. ومن مظاهر هذا النوع من الحواس أو الحسسية الإحساس بالضغط العميق والجهد والمقاومة والإحساس بثقل الأجسام والإحساس بوضع الأطراف وحركتها (المدى، الاتجاه والمرعة) بالنسبة للجسم، والإحساس بتوازن الرأس بوضع الجسم وتوازنه بالتسمية إلى قوة الجاذبية (وقوف، انحناء، جلوس، استلقاء و انبطاح) وكذلك الإحساس بتحريك وانتقال الجسم بالنسبة إلى الاتجاهات المكانية فوق، تحت، يمين، شمال، أمام وخلف.

3- حواس المستقبلية للمنبهات الخارجية

هذا النوع من الحواس يتمثل في إحساسنا وإدراكنا للمؤثرات الخارجية والتي تعتمد على كفاية أجهزة الحواس الخاصة بالسمع، البصر، الشم، التذوق والشم.

ومن مظاهر هذا النوع من الحواس الإحساس باللمس، البرودة، المسخونة الطعم المر والحلو، المالح، الحامض، الروائح الذكية، والكريهة، ورائح التوابل، تمييز الألوان، تمييز الأماكن، الأصوات المرتفعة، الأصوات الضعيفة، للموسيقى والغناء، وغيرها من الكثير من المظاهر الحسية التي تعتمد علي الحواس الخمسة.

وهذا النوع من الحواس وهي الحواس المستقبلية للتبهيئات الخارجية هو ما سوف نركز عليه ونوضحه بشكل مفصل.

تعريف الاضطرابات الحسية لدي المتوحدين

الاضطراب الحسي هو الخلل أو القصور في أي عضو من أعضاء الحواس Sensory Organs (العين، الأذن، الأنف، اللسان، والجلد) في الخلايا العصبية الحسية Sensory Neurons المسئولة عن توصيل المنبهات أو المثيرات الحسية الخارجية Sensory Stimulus إلى المخ.

وهذه الاضطرابات الحسية تنتشر بصورة واسعة ولدي نسبة كبيرة من الأشخاص المتوحدين حيث نجد لديهم استجابات حسية غير عادية وغير ثابتة للمثيرات العادية والمؤلمة فقد يُعتقد أن البعض من الأطفال المتوحدين لا يسمعون لأنهم لا يردون عندما يُنادي عليهم. في حين تجد البعض منهم يُبالغون في ردود أفعالهم تجاه أصوات معينة، وكذلك الحال فيما يخص اللمس حيث نجد بعضهم لا ينظرون إلي أباتهم أو إلي الأشياء التي تجذب الأشخاص العاديين في حين نجدهم يحفظون في الأضواء أو الأشياء التي تلمع أو ذات البريق لفترات طويلة.

وكذلك بالنسبة لحواس اللمس أو الشم فقد يتخذ بعض المتوحدين اللمس والشم طريقة لاكتشاف وتفحص البيئة من حولهم فتجدهم يتمزقون علي كل شئ عن طريق لمس عدة مرات أو وضعه في الفم أو شمه.

كما أن البعض منهم لديه حساسية شديدة لتغيرات الجو (البرد والحر) أو للألم وقد يستجيبون لهذه المثيرات بردود أفعال تتسم بالبرود والضعف وكذلك نجد بعضهم يشاوم اللمس والاتصال الجسدي ولكنهم من جهة أخرى يعيون الدغدغة... وغير ذلك من العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية لدي المتوحدين.

مظاهر الاضطرابات الحسية

تتجلى العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية لدى التوحدين في مظاهر الحس المختلفة السمعية، البصرية، اللمسية، السمعية، والتذوقية.

أولاً: مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية

يظن الناس عادة أن الطفل المتوحد مصاب بالصمم لأنه يتجاهل أصوات مرتفعة جداً كالفرقعة أو صوت انفجار ولا يُبدي أي استجابة لتلك الأصوات، ولكن في الغالب يعلم الوالدين أن طفلهما ليس أصمماً بل هو يسمع كل شيء لأنه قد يثقت عند فتحهم كيس شيبس أو مختلف شوكولاتة أو أي شيء من الأشياء المفضلة لديه. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية ما يلي:

- البكاء والصراخ في الأمان المزدحمة والحفلات وأعياد الميلاد.
- تغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيها.
- الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة والرتوية مثل يتدول الساعة.
- سماع صوت الآلات والمركبات.
- صدى صوت تساقط الماء
- فتح وغلاق الأبواب بشكل متكرر.
- حب سماع أغاني معينة ذات إيقاع مرتفع أو منخفض.
- التعاقب بسماع الأذان أو موسيقى نشرات الأخبار.
- الهمة مع النفس كثيراً.
- البكاء والصراخ عند استخدام الطباشير أو أقلام السبورة أمامه.
- الصراخ والفرح عند سماع صوت مفاجئ.
- الرعب والهلع عند الاقتراب من شاطئ البحر.
- الصراخ والبكاء عند لمس الشعر.

ثانياً: مظاهر الاضطرابات الحسية البصرية

بتطبيق نفس الحال فيما يتعلق بالمشاكل الحسية البصرية كما هو الحال في لمشاكل الحسية السمعية فقد يتجاهل الطفل المتوحد الأشياء التي يفضل جميع الأطفال رؤيتها في

حين قد يظل لفترات طويلة ينظر ويحلق في شيء يدور أو في جزء من لعبة خاصة به كعجلة السيارة مثلاً.

ومن الأشياء الغريبة والمثيرة أن بعض المتوحدين يجدون طريقهم في الظلام ويستطيعون الحصول على أشراتهم في الفرقة المظلمة بسهولة ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية البصرية ما يلي:

- النظر والحماقة في الأضواء بشكل شديد.
- متابعة الظل بشكل قهري.
- تلمس أوجه الآخرين أو أجسادهم.
- تقريب الأشياء من أعينهم بشكل مبالغ فيه.
- النظر إلي الأشياء بشكل جانبي.
- الخوف من التراجع أو ركوب الألعاب التي تدور بسرعة.
- الخوف من صب الماء أو العسير في الكوب.
- صدور الأرجل بقوة أثناء المشي.
- النظر إلي الماء وهو يتساقط.
- ذر الرمال أو الأشياء الناعقة في الهواء والتنظر إليها باهتمام.

ثالثاً: مظاهر الاضطرابات الحسية اللمسية

يُلاحظ علي بعض المتوحدين أنهم غير حساسين للبرد أو الألم فقد يخرج الطفل المتوحد في البرد الفارس دون ملابس ولا يشعر بالألم إذا ما وقع علي الأرض أثناء الجري أو اللعب، وقد يضرب الطفل رأسه بالحائط أو الطاولة أو الكرسي ويظهر رغم ذلك وكأنه لا يشعر بالألم أثناء فعله ذلك. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية اللمسية ما يلي:

- رفض العناق.
- رفض التلامس الجسدي.
- التلذذ باللعب العتيق.
- خلع الثياب أمام الناس.
- الشعور بالبرد في طقس دافئ.

- ضرب النفس وعض الأيدي.

- كراهية شميل الأمتان.

- خلع الحذاء باستمرار.

- الصراخ عند أخذ حمام.

- صرير الأسنان **Tooth Grinding**.

- هز الأجسام إلى الأمام والخلف.

رابعاً، الاضطرابات الحسية الشمية

بلاحظ بعض الآباء علي أطفالهم المتوحدين أنهم ينجسون العالم من حولهم من خلال الشم فهم يشمون أجساد آبائهم أو العباهم الخاصة أو حتى الأجهزة الكهربائية بالمنزل. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية الشمية ما يلي

- رفض استخدام الصابون.

- شم الأطعمة قبل أكلها.

- رفض بعض الأطعمة.

- شم الأدوات والأشياء التي تطلقها يديه.

- الاحتفاظ بالأشياء البالية.

خامساً، الاضطرابات الحسية التذوقية

توجد لدي بعض الأطفال المتوحدين خصائص تتعلق بالتذوق حيث نجد لدي البعض منهم تميل الأطعمة الحسية أو العكس أو رفض بعض الأطعمة ذات طعم معين أو وضع كل شيء في الفم لفحصه سواء كان هذا الشيء لعبة أو أداة من الأدوات الموجودة حوله ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية التذوقية ما يلي:

- وضع الأشياء في الفم.

- تشمير الأطعمة الحريقة.

- كراهية بعض أنواع الأطعمة ذات التوام الهلامي.

تفسير الاضطرابات الحسية

بعض المتوحدين لا يرون ولا يسمعون الأشياء التي نراها نحن ونسمعها ولا يحسون ويتذوقون ويشمون كما تفعل نحن وهذا هو السبب الأساسي والرئيسي الذي يجعل العالم الحقيقي الذي نعيش فيه مريباً بالنسبة لهم حيث يأخذون المعلومات من خلال حواسهم بطريقة مختلفة عما نأخذها نحن. وسوف نحاول من خلال السطور القادمة تفسير كل نوع من الاضطرابات على حدة.

أولاً: الاضطرابات الحسية السمعية

إن عملية السمع تتم ليس بالأذن فحسب وإنما بكيفية ذهب الصوت إلى الأذن ثم إلى المخ وقد اعتدنا علي وصول الصوت إلى عقولنا بالطريقة الصحيحة ولا نشكر أبداً أن الصوت من الممكن أن يذهب إلى عقولنا بطريقة خاطئة، إلا أن ما يحدث مع المتوحدين عكس ذلك فالصوت قد ينتقل إلى المخ بطريقة ناقصة أو بطريقة مبالغ فيها.

لذلك لا يجب أن نعتقد أن الشخص المتوحد يحصل علي نفس المعلومات عن طريق السمع كما نحصل عليها نحن فهذا هي (أمبل جراندين) وهي امرأة من الأشخاص المتوحدين الذين تلقوا في حياتهم العلمية والعملية بشكل كبير تقول - تعتريني الدهشة مراراً وتكراراً مما يقول الناس أنهم سمعوه لأنه لا يكون هو نفس الشيء الذي سمعته أنا - .

لذلك فإن ما تسمعه أنت هو الشيء الصحيح أما ما يسمعه المتوحد فهو الشيء الخاطئ أو الناقص ومع ذلك فهو لا يعتقد بأن ما يسمعه هو الشيء الخاطئ.

والشخص العادي عندما يري ويسمع شيئاً فإن الصوت والصورة يعضيان معاً في ذات الوقت بشكل متوازن وهو يفعل الأمرين (السمع والرؤية) بصورة تلقائية دون جهد أما المتوحد فيدخل في مخه شيئاً واحداً فقط فإذا دخلت الرؤية أو الصورة أولاً فإن عليها أن تتلاشى خارجة حتى يدخل الصوت وعندما تتلاشى الرؤية يبقى الصوت فقط أو علي العكس يدخل الصوت أولاً ثم يخرج لتدخل الصورة فقط وبذلك تكون هي الشيء الوحيد الذي يحصل الشخص المتوحد عليه.

- المتوحدين ذوي الحساسية السمعية المفرطة

تنتشر مظاهر الاضطراب الحسي السمعي لدي المتوحدين بأشكال متنوعة فهذا طفل ذاتوي يُغطي أذنيه بيديه لأن أصواتاً معينة تؤذيه وهذا طفل متوحد آخر منزعج بدرجة

تصل إلى البكاء والصراخ حينما يسمع صوت المنكسة الكهروإتية أو صوت مجفف الشعر (ميشوار) وذلك شخص آخر لا يستطيع التركيز في مكان به أشخاص آخرون يتكلمون فيصيح أصوات الناس حوله كصوت المحرك التفتات في رأسه. وتذكر (تميل جرائسن) أن مربيها كانت تملأها بتجوير كيس بلاستيكي أو ورقي أمامها وكان صوت هذا الانفجار بالنسبة لها كالتعذيب.

وهؤلاء الأشخاص المتوحدين يواجهون صعوبة بالغة في معالجة ما يسمعونه بشكل ملائم حيث تكون العصاب الذاهية من الأذن إلى الدماغ لديهم بها حساسية شديدة جداً بحيث أن هذه الأصوات المرتفعة أو المفاجئة تسبب لهم ألماً شديداً الأمر الذي يجعلهم يصرخون أو يحاولون الهرب من المكان الذي يحدث فيه هذا الصوت، أو أنهم يتهمكون في القيام بحركات نمطية ليشتغلوا أنفسهم بها حتى لا يسمعون تلك الأصوات لأنهم لا يستطيعون التركيز إلا على شئ واحد فقط أو حاسة واحدة فقط.

وهناك من الأشخاص المتوحدين من لديهم حساسية سمعية مرتفعة جداً لدرجة أنهم يقضون وقتاً طويلاً وهم يمشون إلى نبضات قلوبهم وتتفهمهم وقد يقابرون رؤوسهم ليعلموا تدفق الدم بأذانهم أو يههمون بصوت ضعيف جداً يصل إلى حد الهمس مع أنفسهم.

- المتوحدين ذوو الحساسية السمعية الضعيفة

وهم على النقيض من المتوحدين ذوو الحساسية السمعية المرتفعة أو المفرطة حيث نجد منهم من يحاول دائماً تقريب أذنه من الأشياء ليعلم الأصوات بشكل قوي وهناك من يظل فترات طويلة داخل الحمام ليس بهدف النظافة وإنما بهدف الاستماع إلى صدى صوت المياه وهي ترتطم بالأرض أو بوضاء، وهناك من يحب سماع أصوات المسافرات أو أصوات السيارات ذات المحركات الضخمة، أو أصوات ارتطام الأمواج مع الصخور أو إغلاق الأبواب بعنف مرات عديدة بنية سماع صوتها القوي عند الإغلاق.

وهذا النوع من الأشخاص المتوحدين تكون الأعصاب الذاهية من الأذن إلى الدماغ بالغة التمس في الحساسية السمعية لذلك فقد ترد الأصوات عبر الأعصاب بمنتهى الضعف وهم يحاولون بصعوبة الحصول على المعلومات من تلك الأصوات الضعيفة.

ويشكل عام لا يستطيع الشخص المتوحد تحديد ما يجب أن يركز عليه ولذلك فعليه إما أن يسمع كل الأصوات الداخلة إلى أذنه وإما أن يفلق سمعه (من خلال شغل نفسه بحركات

نمطية أو بالنظر إلى شيء) فلا يسمع أي شيء مما يدور حوله فهي (تعيل جراندين) تقول - قد أكون مستعملة لأغنية مفضلة لدي في الراديو ثم أكتشف بعد ذلك أنني أضعت نصفها حيث يتفلق سمعي في بعض الفترات - .

- التشابه بين المتوحدين والمُسم

يتأخر الأطفال المُسم بعض الأمراض والسلوكيات مثل الانزعاج من تقييد الروتين العصبية والعنوانية في بعض الأحيان، والسلوك الإنسحابي وهذه الأعراض والسلوكيات تجعلهم يتشابهون مع المتوحدين ويرجع هذا التشابه بين الجانبين إلى القصور أو الحرمان الحسي السمي أو التشويش السمعي لديهم حيث يؤدي ذلك إلى فهم خاطئ للموقف وبالتالي سوء التصرف ومن ثم قلة التواصل الاجتماعي والإحساس بالنقص أو الدونية وعدم القدرة على توصيل ما يرغب فيه إلى الآخرين.

ثانياً: الاضطرابات الحسية والبصرية

قد ترى حصاناً جميلاً يسير أمامك فتسال الشخص المتوحد ما رأيك في هذا الحصان ولكنه يتعجب لسؤالك لأنه لم يري حصاناً كما رأيته أنت لأن بعصره كان مثبتاً علي ظل زيل الحصان أو علي صوت وقع أقدام الحصان وهو بذلك لم يري حصاناً كما رأيته أنت. لذا يتبعي عليك الاتقان أن ما يبدو لك أو ما يجذب انتباهك قد يجذب انتباه الشخص المتوحد لأنه ينظر إلى جزء في الشيء ويتركز علي هذا الجزء ويراه بوضوح تام ولكن كل شيء حوله يكون باهتاً ومشوشاً

- المتوحدين ذوي الحساسية البصرية المفرطة

بعض المتوحدين تشغلهم الأشياء الدقيقة الصغيرة فتجد أحدهم يظل ناظراً إلى ذرة غبار لساعات طويلة، وقد تجد أحدهم يحب رؤية الأشياء من خلال انعكاسها في الماء وبعضهم يكون فارح جداً في تركيب الأحاجي (Puzzles) والبعض منهم يستطيع الحصول علي كثير من المعلومات وحفظها من خلال أعينهم لدرجة يستطيعون معها تذكر تفاصيل وصور كتاب كامل بمجرد رؤيته مرة واحدة.

وبعض المتوحدين قد لا يتحملون بعض الألوان الضواء والألوان الفسفورية فتجدهم يرفرفون بأيديهم أمام أعينهم أو يغمضون ويفتحون أعينهم بطريقة سريعة أو يضعون أيديهم عليها. مثل هؤلاء الأشخاص يكون مسار الرؤية لديهم عالي الحساسية حيث تكون الأعصاب الذاتية من العين إلى المخ شديد الحساسية.

- المتوحدين ذوي الحساسية البصرية المنخفضة

علي عكس النوع السابق بعض المتوحدين الذين لديهم حساسية بصرية منخفضة حيث تأتي بعض المشاهد عبر الأعصاب بشكل ضعيف جداً لذلك نجد بعضهم يبذلون جهداً خارقاً لرؤية شيء واضح جداً، وقد نجد بعضهم يتلمسون بأيديهم الأشخاص لأن الأشخاص والأجسام تظهر لهم كخطوط عريضة ذات حواف مشوشة ولذلك يلجئون إلي تحسس هذه الأجسام حتى يتبينوا ما هي.

وتجد هناك من يضع الأشياء بالقرب من عينيه أو يحركها باتجاهات متعددة أمام العين أو يعزل برأسه ليرى ما إذا كانت الأشياء لا تزال كما تبدو عليه ذاتها، وبعض هؤلاء الأطفال يتمكن من تمييز الارتفاعات لذا لا يكونوا متأكدين عند نزولهم السلم أو منحهم هي الأنفاق وقد يحافظون من الأشياء التي تنور بسرعة لأن كل شيء يبدو لهم ضبابياً غير واضح وقد يخشون صب الماء في الكوب لأنهم لا يستطيعون رؤية حواف الكوب.

وهناك بعض الأشخاص المتوحدين تجد لديهم النوعين السابقين من الحساسية البصرية (المفرطة والضعيفة) فقد تكون لديهم حساسية بصرية شديدة جداً في بعض الأحيان وتكون منخفضة في أحيان أخرى فتجد بعضهم يضع الأشياء بالقرب من عينه مباشرة لتفحصها (حساسية ضعيفة) في حين يكره رؤية الأشياء التي تنور بسرعة (حساسية مفرطة).

التشابه بين المتوحدين وفاندي البصر

يتشابه فاندي البصر مع المتوحدين في بعض اللزمات الحركية التي يقومون بها مثل هز الرأس أو لي الأصابع أو تحريك الحواجب أثناء الكلام أو رفع الرأس لأعلي أو تحريك الرأس بشكل قهري أثناء الكلام.

ثالثاً: الاضطرابات اللمسية

من الأمور المنتشرة لدى المتوحدين سوء معالجة اللمس فإما أن تجد بعضهم يكره التلامس وإما أن تجد بعضهم يفضل اللعب الجسدي العنيف.

- المتوحدين ذوي الحساسية اللمسية المفرطة

وهناك بعض المتوحدين الذين تكون أعصابهم الناهبة من جلودهم إلي الدماغ حساسة جداً الأمر الذي يؤدي أحياناً إلي أن بعضهم يقفزون هرباً من لسة رقيقة أو حضان من

أحد نوبهم لأن هذا اللمس الجسدي يؤدي جلودهم وتري بعضهم يشعر بالبرد في جو حار والبعض الآخر قد يشعر بارتفاع درجة حرارة جسمه في جو شديد البرودة.

وبعضهم يسيء التصرف والسلوك ولا يعلم الآخرين سبباً لذلك إلا أنه قد يكون مرتدياً للملابس ضيقة أو ذات ملمس لا يريح جلده وبعضهم يخشى ارتداء أنواع جديدة من الثياب بسبب ذلك ولذلك يكون هناك صعوبة لديهم في التأقلم مع الملابس الجديدة. ولذا نجد أن المنبهات التي يكون لها تأثير بسيط علي معظم الناس يكون تأثيرها مثيراً ويصل إلي حد التعذيب بالنسبة للمتوحدين ذوي الحساسية اللمسة المفرطة ولذلك نجد تميل جرائدن تشير إلي ذلك بقولها - لقد أردت أن أشعر بإحساس جيد لكنني محسوبة لكنني عندما كنت أحضن من قبل الناس كانت المنبهات تعرفني كموجة بحرية هائلة، وقد استغرقت وقتاً طويلاً كي أتعلم قبول الإحساس بأن أثلل ممسوكة ولا أحاول الهروب -

ويقول يراد يراند وهو شخص من المتوحدين الذين وصلوا له دوي متقدم من مراحل التعليم والعمل والحياة باستقلالية يقول - إنني كنت أقر من بعض الناس عندما يلعبونني ليس لأنني لا أحبهم وليس خوفاً من ملامسة هؤلاء الأشخاص و خوفاً من عملية التلامس الجسدي نفسها -

- المتوحدين ذوي الحساسية اللمسية المنخفضة

مثل هؤلاء الأشخاص تكون العصاب الغذائية من جلودهم إلي الدماغ قليلة الحساسية وبذلك يأتي الحس باللمس عبر تلك الأعصاب ضعيفاً جداً لذا يجب عليهم أن يحلوا جاهدين الحصول علي المعلومات من تلك اللمسات الضعيفة ولذلك فقد تجد البعض منهم يضرب، نفسه علي رأسه أو يقطع وجهه، وبعضهم يهزون أجسادهم للأمام وللخلف أو يضمون أنفسهم بين قطع الأثاث المتجاورة أو يضعون أنفسهم تحت وسائد الأريكة ويجعلوا شخص آخر يقف عليها.

رابعاً: الاضطرابات الحسية الشمية

هناك بعض المتوحدين الذين يتزعجون من معالجة الروائح النفاذة أو القوية وبعضهم يضع كل شيء علي أنفه ويشم كل شيء تصل يده إليه.

- المتوحدين ذوي الحساسية الشمية المفرطة

هناك بعض الأشخاص المتوحدين الذين تكون الأعصاب الغذائية من أنوفهم إلي أدمغتهم حساسة جداً ولذلك تأتي الروائح قوية جداً عبر تلك الأعصاب الأمر الذي

يفضيه ويجعلهم يبكون أو يصرخون أحياناً فقد تجد بعض التوحدين يكرهون الدخول للحمام وبعضهم يكره دخول المطبخ وبعضهم يكره الجلوس بجوار أي شخص يضع عطرأ فتجد أن بعض الأطفال يهربون عند اقتراب آبائهم أو أمهاتهم منهم لئس لأنهم لا يحبونهم وإنما يرجع ذلك لأنهم لا يستطيعون تحمل رائحة الأب أو الأم وليس معنى ذلك أن رائحة الأب أو الأم نفاذة أو سيئة وإنما لأن أعصاب الشم لدى هؤلاء التوحدين حساسة جداً. وبعض هؤلاء الأطفال يكره بعض الأطعمة لأن لها رائحة نفاذة وحادة وقوية.

· التوحدين ذوي الحساسية الشمية الضعيفة

ومثل هؤلاء الأشخاص تجدهم يشمون كل شيء تقع عليه أيديهم أو يحبون بعض الأطعمة ذات الروائح النفاذة والقوية أو تجدهم يحبون الاقتراب من الأفراد الآخرين وشم أجسامهم وذلك لأن أعصاب الحس الشمي لديهم أي الأعصاب الناهية من الأنف إلي المخ ضعيفة جداً ولذلك فإن الروائح تصل بسهولة وبشكل ضعيف.

خامساً: اضطرابات الحسية التذوقية

الاضطرابات الحسية التذوقية شأنها شأن الاضطرابات الحسية الأخرى فيتنقسم المصابون بها إلي قسمين إما ذوي حساسية المفرطة أو مرائقة وإما حساسية منخفضة أو ضعيفة.

– التوحدين ذوي الحساسية التذوقية المفرطة:

بعض التوحدين تكون الأعصاب الناهية من الفم إلي المخ حساسة جداً تجدهم يرفضون تناول بعض الأطعمة مثل الطعنة التي يصعب مضغها كاللحم أو الدجاج أو بعض الأطعمة الهلامية كالجيلي أو الأطعمة اللساء كالبطاطس المهروسة لأن كل هذه الأطعمة تولد لديهم إحساس سيئ في الفم واللسان والأسنان.

– التوحدين ذوي الحساسية التذوقية الضعيفة

هنا نجد أن بعض التوحدين يفضلون أكل الأطعمة الحريئة وبعضهم يأكل بعض المواد والأشياء غير الصالحة للأكل مثل التراب أو الخشب وبعضهم يلجأ إلي عض أي شيء تملكه يده وهناك من هؤلاء الأطفال من يضع الأشياء في فمه كمحاولة لاستكشاف الشيء عن طريق طعمه وقوامه وسمكه وهؤلاء الأشخاص تكون الأعصاب الناهية من الفم إلي المخ ضعيفة جداً.

أسباب الاضطرابات الحسية

يتضح لنا من العرض السابق أن جميع الاضطرابات الحسية السابقة السمية، البصرية، اللمسية، الشمية والتذوقية تحدث نتيجة لأحد الأسباب الثلاثة التالية:

- 1- أعصاب حسية مفرطة أو شديدة تصل بين الحواس والمخ.
- 2- أعصاب حسية ضعيفة تصل بين الحواس والمخ.
- 3- أعصاب حسية سيئة في الاتجاهين فأحياناً تكون شديدة الحساسية وأحياناً تكون ضعيفة الحساسية.

علاج الاضطرابات الحسية

هناك طريقتان لعلاج أو للتعامل مع الاضطرابات الحسية

الطريقة الأولى :- هي أن نحاول تهيئة الواقع المحيط بالطفل المتوحد وفقاً لحالته ؛ فمثلاً بالنسبة للمتوحدين ذوي الحساسية اللمسية المفرطة فمن الأفضل أن تقلل من حدوث المثيرات أو المنبهات الصوتية المرتفعة والمفاجئة وإذا كان .. يحدث صوتاً عالياً يمكنك أن تنبه المتوحد إلي حدوته ومن الممكن أن تُحدث له صوتاً خفيفاً يحل محل الصوت العالي.

أما الأفراد ذوي الحساسية السمعية المنخفضة فيمكن إشغالهم بمشاهدة مناظر وسماع أصوات وبذلك لا تجعلهم يحاولون سماع صوت واحد فقط، ومن الممكن أن توجه انتباههم إلي الأشخاص أو الأشياء التي تصدر هذا الصوت ولا تجعلهم يوجهوا انتباههم فقط لتلك الأصوات وإنما إلي الناس والأجسام التي تصدر تلك الأصوات.

-أما بالنسبة لذوي الحساسية البصرية المفرطة يكون من المجدي عدم تعريضهم للأضواء البراقة المبهرة أو الأشياء ذات الألوان القمفورية أو نحاول تحويل انتباههم عن رؤية تلك الأضواء أو الألوان بأن نعطيه أشياء تنور أو تضع علي أعينهم نظارات شمسية.

وبالنسبة لذوي الحساسية البصرية الضعيفة فيكون الأمر عكس ذلك فيجب جعل الأضواء أكثر بريقاً أو جعلهم يستخدمون عدسات مكبرة أو أن تعلمهم أن يحاولوا اكتشاف الشيء بأيديهم بدلاً من وضعه علي العين مباشرة.

وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللمسة المفرطة فيجب عدم تعرضهم للملامس الخشنة وبدلاً من ذلك يتم إعطائهم أشياء ناعمة للملمس وإذا شرعوا بالبرد في شهور الصيف فيجب أن تلبسهم ملابس ثقيلة أو أن تعطيتهم معاطف ولا يجب إلباسهم ملابس ضيقة.

- وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللمسة الضعيفة فيكون العكس تماماً فيمكن تعرضهم للأشياء والملمس الخشنة واللعب العنيف معهم وتدريبهم دائماً للضغط الجسدي وتميل جراند التي اخترعت آلة للضغط تقول - بعد استخداعي لآلة تعلمت أن أمس القمل بشكل أكثر لطافة بحيث قرر البقاء معي بعد أن كان يهرب مني وتعبت علي أن أكون مرتاحة قبل أن أوفر الراحة للقطم وقد أعطيتي الآلة هذه الراحة وكان للآلة تأثير مهدئ علي الجهاز العصبي لدي وكذلك علي السلوك المفرط في رد الفعل .

- أما ذوي الحساسية الشمية المفرطة فيحتاجون عدم تعرضهم للروائح النفاذة كالعطور والصابون أو معجون الأسنان وإذا كانوا في غرف مغلقة فيجب فتح نوافذ الغرفة له لتجديد الهواء الجديد المتعش أو تقوم بإخراجه من الغرفة.

- والأشخاص ذوي الحساسية الشمية الضعيفة يحتاجون إلي روائح نفاذة وشديدة وقوية حتى يشعروا بعاسة الشم لديهم ومن الأفضل أيضاً إن أنت جعلتهم يشغلوا بحاسة أخرى غير الشم كأن تجعلهم ينظرون لشيء أو يستمعون لموسيقى أو أي أصوات أخرى أثناء تناولهم أو تعرضهم للأشياء ذات الروائح الضعيفة بالنسبة لهم.

- والأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المفرطة يجب عليك تغيير ما قد يؤدي أذواهم ويعطيهم شعوراً غير سار فقد يتناولون طعاماً ذات طهبة هلامية أو يحتاج مضغ فترة طويلة كاللحم أو الدجاج فيكون من الأفضل أن أنت أعطيتهم هذا النوع من الطعام في شكل قطع صغيرة جداً ورفيعة أو تعطيتهم ماء كي يشربوا أو قطعاً من الشكولاتة.

- أما الأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المنخفضة والذي يضمون كل شيء في أفواههم أو لا ياكلون إلا الأطعمة الحريضة فيكون من الأفضل محاولة صرف انتباههم بفتح قنوات حس أخرى غير التذوق ومحاولة وضع الأشياء في أيديهم وأمام أعينهم ويجب تقليل تناولهم الأطعمة الحريفة بالتدرج.

تهيئة الشخص المتوحد للتعامل مع الواقع

إن هذه الطريقة هي الأجدى والأنعم والأكثر واقعية. وتتلخص هذه الطريقة في الإصرار علي تربية الطفل لكل المثيرات القوية والضعيفة وتهيئته للتعامل مع كل المثيرات المختلفة وقبيلها كسماع الأصوات القوية والمفاجئة وهي نفس الوقت الأصوات الخفيفة أو الهامسة أو تريضهم لجميع أنواع الملابس المختلفة أو الإصرار علي أن تجعله يتعامل مع المثيرات التي ينفر منها.

وهي تصوري أن هذه الطريقة هي الأجدى والأنعم والأكثر واقعية فليس من الممكن تهيئة الواقع للشخص المتوحد ذوي الحساسية السمعية المفرطة بحيث لا تحدث أصوات قوية أو لا تجعله يتعرض لهذه الأصوات لأننا إذا أمكننا توفير ذلك في البيت وهي المدرسة فلا يمكننا توفير ذلك في الشارع، النادي، السوق، الحفلات... وغيرها من المناسبات الأخرى وبالمثل يمكن قياس ذلك علي باقي الحواس الأخرى.

علاقة الحرمان الحسي بالمتوحدين

والحرمان الحسي هي عملية تتضمن حرمان الفرد من المؤثرات الخارجية والمزل الإدراكي والمزل الاجتماعي وهو ما يعرف أحياناً في الوقت الراهن بعملية غسيل المخ.

وقد قامت النظريات الفسيولوجية والنظريات المعرفية ونظرية التحليل النفسي بدراسة هذه الظاهرة وقد استخلصت الأبحاث المنبثقة عن هذه النظريات مجموعة من الخصائص التي يتسم بها الأشخاص الذين مروا بعملية الحرمان الحسي ومن هذه الخصائص:

قلة القدرة علي التركيز.

- تفكك وانحلال هي التفكير (تفكير غير مترابط).

- قلة القدرة علي تفهم الموضوع.

- عدم القدرة علي التعامل مع المعادلات الحسابية.

- اضطراب في الإدراك ويشمل خناق، أوهام وهلاوس

- قلق وخوف ومزج الواقع بالخيال.

- زيادة القدرة علي الحفظ الصم Rote

- اختلال وظيفة الأنا (عدم القدرة على التعامل مع البيئة الخارجية).

- ظهور ظواهر نفسية بدائية مكبوتة ورغبات مثلية.

وعند النظر بإمعان إلى الخصائص السابقة يتضح أن هذه الخصائص أو الظواهر يظهر أغلبها لدى المتوحدين الأمر الذي يُشير إلى أن الاضطرابات الحسية قد يكون لها دوراً أساسياً ورثيمياً في إحداث أعراض التوحدة.

وتترك للفشاري (المعلم) الحكم على هذا الاستنتاج بنفسه من خلال تعامله مع الأطفال المتوحدين.

أمراض قد تختلط مع التوحد

هناك حالات وأمراض كثيرة بأعراض ظاهرية تشابه في بعض جوانبها التوحد، لذلك نقول أن تشخيص هذه الحالات تحتاج إلى متخصصين يقومون بدراسة الحالة دراسة متأنية للفروج بالتشخيص المناسب، وهنا سنحاول الإيجاز عن بعض الحالات التي نجد فيها بعض التشابه والاختلاف.

اضطراب قلة التركيز Attention deficit disorders

هي حالة نفسية عصبية تتميز بوجود مدى تركيز ضعيف عند الطفل المصاب أقل مما هو متوقع لمن هم في عمره، كما يصاحبه نشاط حركي زائد وسلوكيات متهوره، هذه الأعراض تظهر دون سن السابعة في كثير من الأطفال المصابين، وإن كان اكتشافها يزداد بعد دخول الطفل المدرسة، وفي السنوات الأخيرة أزداد عدد الحالات المكتشفة في العالم، وقد لوحظ أنه يصيب الذكور عشر أضعاف إصابة الإناث تقريباً، وأسبابه غير معروفة ولكن تتركز على إصابات الجهاز العصبي.

الأعراض تختلف من طفل لآخر، وقد قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) بوضع قواعد للتشخيص حيث قسمت إلى ثلاث أنواع (لسيطرة مجموعة من الأعراض) وهي: عدم القدرة على التركيز: لا يستطيع التركيز في عمل ما لمدة طويلة، كما يمكن بسهولة قطع تركيزه ولفت انتباهه مما يجعله لا يتم ما يقوم به من أعمال، كما لا يستمع لك عندما تحدثه، وعندما يسمعك فإنه يقوم بجزء من العمل المطلوب منه.

– النشاط الزائد: الطفل لا يعرف الجلوس مستقراً في المنزل أو السيارة، كثير الحركة بدون هدف، يجري ويتسلق الجدران ويتكلم كثيراً.

– سلوكيات متهوره: الطفل لا يعاين الانتظار لأخذ دوره مثلاً، يقوم بإزعاج الآخرين ومضايقتهم ومقاطعتهم ويجب عن السؤال قبل إكماله.

– سموات اللغة والتعلم، وغيرها.

الكآبة Depression

الكآبة والحزن تصيب جميع الأعمار نتيجة عوامل مختلفة، كما أن التعبير عنها يكون بصور مختلفة تجعل من الصعوبة أحياناً تشخيصها، فالرضيع قد يعبر بالبكاء والغضب واضطراب النوم، والأكبر سناً بالانزواء. وقد يكون هناك تأخر في اكتساب المهارات الحركية والفكرية، وعند سن المدرسة تظهر عليهم علامات الحزن والانطوائية وعدم القدرة على التركيز والنمط الترامبي. كما أن البعض قد تظهر عليهم حركات غير طبيعية.

انقسام الشخصية Schizophrenia

قد يحدث انقسام الشخصية في عمر مبكر ولكن لا يمكن الكشف عن الحالة بسهولة، وعادة ما يكون الطفل ذو معدل الذكاء دون المتوسط (أقل من 80 نقطة)، وغالباً من فئة الذهان، وتكون اللغة عادية بدون مشاكل، كما أن لديه استجابة حادة للأحاسيس (حرارة، برودة)، وتظهر عليه علامات هلوسة وهذيان.

الاستحواذ الوسواسي Obsessive compulsive disorders :

هو اعتلال قلبي حيث تعاود المريض باستمرار أفكار أو نزوات غير مرغوب فيها (تسمى الاستحواذ)، مع سيطرة الأحاسيس لعمل شيء ما لكي تقلل من درجة الاستحواذ، هذه الأفكار الاستحواذية تظهر على أشكال ودرجات متنوعة، من فكرة فقدان التحكم على النفس، إلى الحرص على نظافة الجسم أو جزء منه بشكل مستمر ودائم فيه، هذه الزيادة بالعناية والاهتمام في التصرفات والسلوك لدى المريض بالاستحواذ الوسواسي لا معنى لها، تحدث بشكل مكرر ومقلق، وفي بعض الأحيان تكون ضارة، ومع ذلك يجدون صعوبة في السيطرة والتغلب عليها.

صعوبات الارتباط العاطفي Attachment disorders

عدم قدرة الطفل على إقامة روابط عاطفية مع الوالدين، وغالباً ما يحدث ذلك نتيجة الحرمان العاطفي أو القسوة.

صعوبات تطور اللغة Developmental Language Disorder

حيث يكون هناك تأخر في نمو اللغة لدى الطفل، ويكون نموه الاجتماعي طبيعي نسبياً.

الفرط الحركي Hyperkinetic disorder

هذا فرط، وزيادة الحركة تؤدي إلى قلة التركيز في النشاط.

الخرس أو الصمم الاختياري Elective mutism

بعض الأطفال يتكلمون في مكان ما (المنزل مثلاً) ويعتصمون عن ذلك في مكان آخر (المدرسة). وعادة ما يكون ذلك طبيعياً في الأطفال حتى سن الخامسة من العمر، إلا أن بعض الأطفال قد يكون لديهم مشاكل سمعية أو بصرية

الصمم الخلفي

الأطفال المولودون بالصمم يواجهون الكثير من المشاكل خلال نموهم وتطورهم، وقد يكون لديهم مشاكل سلوكية متعددة، ومنها الانعزال الاجتماعي ونقص التواصل اللفظي، وإذا كانت درجة نقص السمع متوسطة فقد يصنفون في فئة المتخلفين تكوياً أو المتوحدين. وهؤلاء لديهم القدرة على التواصل غير اللفظي عن طريق لغة الإشارة وقراءة الشفاه والتقليد والمحاكاة.

أما المتوحدون فليس لديهم نقص في السمع ولتكمهم غير قادرين على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وملاحظات الوالدين تعطي للمتخصصين التفاصيل اللازمة عن الحالة.

الفرق بين التوحد والحبسة APHASIA

الحبسة هي فقد القدرة على الكلام نتيجة أسباب متعددة، أهمها إصابة الدماغ بالأذى لأسباب متعددة، حيث يكون هناك عدم القدرة على إرسال أو استقبال كلمات أو جمل ذات معنى، مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية، ولكن هؤلاء الأطفال يكون لديهم الرغبة في التواصل مع الآخرين، حيث يكون هناك تواصل غير لفظي (بالإشارة مثلاً). كما أنهم يحبون اللعب مع أقرانهم، وعند قيامهم باللعب هلّتهم يستخدمون مخيلتهم، كما يقومون باللعب بأصوله وقوانينه.

أما الطفل المتوحد، فله عدم القدرة اللفظية، مصحوبة بعدم الرغبة في التواصل أو اللعب مع أقرانه.

اضطرابات الكلام عند المتوحدين

بعض الأطفال يكون لديهم صعوبة في فهم الكلام (التمط الاستقبالي) وبالتالي عدم القدرة على تعلم الكلام، وآخرون تكون لديهم صعوبات في التعبير حيث يمكنهم الفهم ولكن

لا يقدرون على التعبير (التمط التعبيري)، وقد يتجاهل هؤلاء الأطفال جميع الأصوات الصادرة كالمُتم، وقد يكونون انزاعيين اجتماعياً، ومع ذلك فهم قادرين على التواصل مع الآخرين بأعينهم (التواصل النظري) كما يمارسون اللعب التظاهري.

الفرق بين المتخلف فكرياً والمتوحد

المتوحدون يعانون من بعض التخلف الشكري بدرجات متفاوتة، لكن المتخلف فكرياً عادة ما يكون لديه نقص عام في كل القدرات، وقد يكون هناك بعض العلامات الجسمية الدالة على التخلف، أما في التوحد عادة ما يكون لديهم نقص متفاوت في القدرات وليس هناك أي علامات جسمية.

المتخلفون فكرياً بخلاف المتوحدون قد يكون لديهم صعوبات لغوية ومع ذلك نراهم يسمون وراء التفاعل الاجتماعي ويستمتعون به، كما أنهم يستخدمون الإشارات الجسمية للتعبير عن أنفسهم، كما أن البعض يمارس بعض اللعب التظاهري.

أساليب تشخيص اضطراب التوحد

يمكن التعرف على الأطفال المتوحدين اعتباراً من سن الثالثة، فجد من بين كل (10) آلاف طفل (15-20) طفلاً توحيداً، كذلك نلاحظ أن نسبة انتشار التوحد بين الجنسين هي (3) أو (4) من البنين إلى (1) من البنات، واختلاف تلك التقديرات تعزى إلى ثلاثة أمور:

1- الاختلاف في دقة الإجراءات الإحصائية، وأولها النظام الذي يتبع في أخذ العينات للفحص.

2- الاختلاف في دقة أساليب التشخيص المتبعة في فحص الأطفال.

3- مدى رغبة الدولة في الإيضاح عم مشاكلها و - عورتها- السكانية.

ويقوم أسلوب تشخيص هذا الاضطراب في معظم دول العالم على الاستعانة بواحد أو أكثر من التخصصات الآتية: طبيب نفسياني/طبيب أطفال تخصص أمراض أعصاب/طبيب أطفال تخصص نمو.

أما في الدول المتقدمة فيقوم أسلوبهم على تكليف فريق عمل متكامل بتلك المهمة، والفريق يضم التخصصات الآتية:

- 1- طبيب نفسي يدعمه مختبر تحاليل طبية، فحوصات السمع، تخليط الدم وتحليل إفرازات الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية.
- 2- أخصائي نفسي مزود بمجموعة اختبارات الذكاء والقدرات الخاصة.
- 3- أخصائي تخاطب قادر على تقييم المستوى اللغوي للأطفال.
- 4- أخصائي في التشخيص التعليمي قادر على تقييم القدرات الاستيعابية الأكاديمية والنهارية بأنواعها.

أدوات التشخيص

أولاً: تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالي (97) سؤالاً للأباء ضمن ما يسمى بالمقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Interview/ADI) تدور حول استطلاع المظاهر النمائية اللغوية والحركية للطفل محل التشخيص من سن 2 حتى 6 سنوات. والأسئلة التي تعال لأباء فهي تدور حول ما يلي:

- لم يتقوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهراً.
- لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة- التلويح باليد - إمساك الأشياء) في سن 12 شهراً.
- لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهراً.
- لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهراً.
- عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

لكن هذا لا يعني في ظل عدم توافرها أن الطفل يعاني من التوحد، لأنه لا بد، وأن تكون هناك تقييمات من جانب متخصصين في مجال الأعصاب، الأذن، الطب النفسي، التخاطب، التعليم.

ثانياً: تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالي (40) سؤالاً للمخاطبين للطفل في عامه الرابع لاستطلاع قدراته في مجال الاتصال اللغوي والحركي والرمزي بالغير. ثالثاً: قوائم للملاحظة المباشرة للطفل قبل السنة الثانية من عمره من وضع - وندي ستون/ Wendy Stone يستخدمها المخاطبون للطفل خلال مراقبتهم له في أنشطة كاللعب الحر، وهيئته لدرجات أو سيارات الأطفال، ومظاهر انتباهه لما يجري حوله من أحداث.

رابعاً: اختبار تقييم مستوى التوحد الذي وصل إليه الطفل المصاب به فعلاً، وهذا الاختبار من وضع - إيريك سكوپلر/ "Eric Schopler". ويقوم على ملاحظة الكبار له في أنشطة: علاقته بالآخرين واستجابته لتباعدات الغير، ومستوى اتصالاته الشفهية مع الآخرين، تعبيراته الجسدية لمحاولات الاتصال به، ومدى قابليته للتوافق مع ما يجري من تغيرات في أوضاع الأشياء، وفي مجريات الأحداث من حوله. خامساً: مقارن من مشتقة من المكان التي تم عرضها في الطبعة الرابعة (1994) من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي A.P.A.

ومن هذه المقاييس:

1- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (Cars)

ينسب إلى - إيريك سكوپلر - Eric schopler - في أوائل السبعينات، ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به 15 درجة ويقيم للتخصصون سلوك الطفل من خلال:

- علاقته بالناس.
- التعبير الجسدي.
- التكيف مع التغيير.
- استجابة الاستماع لغيره.
- الاتصال الشفهي.

2- قائمة التوحد للأطفال منذ 18 شهراً (Chat):

تسبب إلى العالم- سيمون بارون كوهين- Simon Baron -Cohen- في أوائل التسعينات وهي لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن 18 شهراً، ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين القسم الأول يعده الآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج.

3- اختبار التوحد للأطفال في سن عامين

وضعه - ويندى ستون- Wendy Stone- يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاث مستويات التي تتضح في حالات التوحد: اللعب - التقليد (قيادة السيارة أو الدراجات البخارية) - الانتهاء المشترك.

تقييم التطور الحركي والفكري للطفل المتوحد

عند زيارة العائل لمعيدة الأطفال، يقوم الطبيب بطرح العديد من الأسئلة على الوالدين لمعرفة حياة الطفل في المنزل وتطوره، ومن تلك الأسئلة :

- ما هي أنواع الأغذية التي يأخذها في كل مرحلة عمرية ؟
- ما هي الأمراض التي أصابه ؟
- كيف هي صحته العامة ؟
- ما الذي يستطيع أن يقوم به من حركات وانفعالات ؟ وغيرها ومن ثم يقوم بالكشف الإكلينيكي.

من خلال تلك المعلومات يستطيع رسم صورة كاملة عن حالة الطفل وتطوره الفكري والحركي.

أهداف التقييم

- رسم صورة واضحة عن تطور الطفل كجزء من الرعاية الصحية للطفل.
- اكتشاف أي مشاكل صحية تعيق تطوره الفكري والحركي، وعلاجها في وقت مبكر.
- اكتشاف أي تأخر في النمو الفكري والحركي.
- مساعدة الأهل وإرشادهم لطرق العلاج.
- مساعدة الأهل للتفريق بين تأخر التطور والاختلافات الفردية.

كيف نقيم التطور الفكري والحركي ؟

- تسلسل التطور: يعتمد التقييم على شرح الوالدين لما يقوم به الطفل من حركات ومقدرات، وهي أي مرحلة عمرية بدأ، وبيحتاج الأمر إلى أسئلة متنوعة، بعضها عن الماضي وأخرى عن الحاضر، وبذلك يمكن رسم صورة للتطور الحركي والفكري.
- الفحص الإكلينيكي.
- إجراء بعض الاختبارات الحركية والفكرية.

نقاط التقييم

عدم حصول أي حركة أو مهارة في سن معينة لا تعني التخلف، فالأبكم قد يكون مهتماً في جميع المهارات ما عدا المهارات اللغوية، لذلك وزعت المهارات إلى خمس مجموعات،

حيث يمكن تقسيم كل مجموعة ووضع السن المقابل لها، ثم ملاحظتها، لإعطاء الصور الكاملة، وهذه المجموعات هي:

- 1- المهارات الحركية الكبرى Gross Motor Skills
- 2- المهارات الحركية الدقيقة Fine Motor Skill
- 3- مهارات الفهم والإدراك Cognitive Skills
- 4- مهارات اللغوية Language Skills
- 5- المهارات الاجتماعية والنفسية Skills Social & Emotional

وسوف نقوم برسم صورة عامة عن تلك المهارات لكي تساعد الوالدين على اكتشاف أي تغير أو انحرف عنها، ولكن لا بد من الاقتناع بكلام طبيب الأطفال عند المناقشة لوجود مجال واسع للاختلاف بين الأفراد .

مهارات الحركة الكبرى Gross Motor Skills

هي مجموعة من الحركات المعتمدة علي العضلات الكبرى في الجسم، ومقدرتها على الحركة ضد الجاذبية الأرضية، فمع النمو العصبي لهذه العضلات، المخرج من الرأس إلى الصدر والبطن ثم الأطراف، يمكن لهذه العضلات القيام بالحركات الشوافقية، حركة موزونة، حيث يكون هناك اندياض لمجموعة من العضلات وفي نفس الوقت ارتخاء للعضلات المعاكسة لها، وقد تتواجد بعض الحركات لهذه العضلات منذ الولادة، وهي الحركات الطفولية الانعكاسية التي تعمل لحماية الطفل في تلك المرحلة، والتي تختفي مع ظهور الحركات الشوافقية.

ما هي علامات تأخر هذه المهارات ؟

- استمرار الحركات الطفولية الانعكاسية بعد وقتها المحدد .
- عدم التحكم في الرأس في عمر 6 أشهر .
- عدم وجود الحركات الحملية المكتسبة في عمر 8 أشهر .
- زيادة اندياض العضلات المدة عند سحب الطفل من يديه لوضع الجاوس .

مهارات الحركة الكبرى في الطفل العادي:

الحركة المكتسبة و السن المتوقع اكتسابها بالأشهر:

- الانقلاب من البطن إلى الظهر (الاستلقاء) (3 - 4) أشهر.
- الانقلاب من الاستلقاء إلى البطن (4 - 5).
- الجلوس (توحده) لمدة قصير (5-6).
- الوقوف على الرجلين مع الاعتماد على الآخرين (5-6).
- الجلوس بدون مساعدة ولمدة طويلة (7 - 8).
- يزحف (7 - 8).
- يعبو (8 - 10).
- الوقوف لوحده (11).
- المشي ثلاث خطوات (12) شهر.
- المشي جيدا (15) شهر.
- يركض (24).
- .. طلوع الدرج درجة واحدة كل مرة (24).
- رفس الكرة بالقدم 24.
- طلوع الدرج خطوة خطوة (30-36).
- استخدام الدراجة بثلاث عجلات (36).
- القفز باستخدام قدم واحدة (48) شهر.
- القفز الطويل باستخدام القدمين (48) شهر.

مهارات الحركة الدقيقة Fine Motor Skills

هي مجموعة الحركات المعتمدة علي العضلات الإرادية الصغيرة وخصوصا في اليدين، وهذه الحركات قد تكون بسيطة أو معقدة، معتمدة علي الإدراك الحسي لعمل ما، وقد يحتاج العمل إلى وجود النظر وتطوره لتقيام بهذه الحركات.

ما هي علامات تأخر المهارات ؟

- استمرار قبضة اليد الطفولية.
- عدم وجود المسكة الكماشة الدقيقة في عمر 12 شهر (Fine pincer)
- عدم القدرة علي نسيخ خط مستقيم في عمر 3 سنوات.

مهارات الحركة الدقيقة في الطفل العادي ؟

الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- الوصول إلى الأشياء 3 أشهر.
- قبض الأشياء وإحضارها إلى الفم 4.
- ينقل الأشياء من يد إلى أخرى 4 - 6.
- يقبض الأشياء باستخدام راحة اليد الكبرى 7.
- يقبض الأشياء باستخدام الأصابع 9.
- استخدام الأصابع كمشاة لمسك الأشياء 9 - 12.
- يرسم خريشة 15.
- بيني 2-4 مكعبات 18.
- بيني 8 - 10 مكعبات 30.
- نسخ صور دائرة 36.
- استخدام القميص 36.
- رسم الوجه 36.
- نسخ صورة مربع 48.
- نسخ صورة مثلث 60.
- رسم صور شخص بوجه وجسم وأطراف 60.

مهارات الفهم والادراك Cognitive Skills

هي مجموعة القدرات والمهارات التي تعتمد علي نضوج مراكز الفكر والإحساس مثل مراكز التعلم، الاستقبال، الإدراك، ويتم عن طريقها استخدام الأحاسيس والحركات بنماذج، لإعطاء التعبير الواضح والمنطقي للحركة.

ما هي علامات تأخر الفهم والإدراك ؟

- عدم الانتباه أو الاهتمام بما حوله، أو الأصوات المنبعثة في السنة الأولى من العمر.
- نقل الألعاب والأشياء إلى فمه عند بلوغه السنة.

- عدم قدرته علي اللعب السليم في عمر المستفيين
- تأخر التعلق والتواصل مع الآخرين.
- مهارات الفهم والإدراك في الأطفال الطبيعيين :
- الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر
- متابعة الجسم المتحرك 4- 8 أشهر
- استخراج لعبة مخفية 9- 12
- ترتيب اللعبة بعد تخریبها 12- 18
- القيام بحركات منطقية 12- 18
- اللعب المنطقي مع الدمية 18- 24
- الاعتماد على التفكير الفردي والامستقلالية 24- 60
- اعتماد الظهور وإبراز النفس 24- 60

المهارات اللغوية Language Skills

هي القدرة على الكلام والتعبير، معتمدة علي وجود جهاز سليم للاستقبال (السمع) وجهاز ناقل (الأعصاب) إلى مركز سليم (المخ) وأجزاء الصوت والكلام (اللسان، الحنجرة، الفم) ليستطيع بها التعبير بالكلام

ما هي علامات التأخر اللغوي ؟

- عدم الاهتمام بالأصوات في عمر 4 أشهر
- عدم وجود أصوات أو نغمة في عمر 8 أشهر
- عدم وجود أي كلمات متلوقة في عمر سنة ونصف
- وجود كلمات قليلة محددة في عمر المستفيين
- عدم التعلق بجملته مفيدة في عمر الثلاث سنوات
- وجود اللغمة في عمر خمس سنوات
- المهارات اللغوية في الأطفال الطبيعيين :
- الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- يسمع الأصوات من شهر - شهرين
- يوغوغ 2-3 أشهر
- الالتفاف للأصوات 6
- الالتفاف عند ذكر اسمه 9-12
- يفهم معنى الكلمة خصوصا لا 9-12
- إطلاق صوت ماما، بابا 9-12
- يسمع ويعرف أجزاء جسمه 18
- يستخدم كلمة واحدة (كلمات كثيرة) 12-18
- يعرف الأشياء باسمها 12-18
- يستخدم كلمتين مع بعضهما 18-24
- يؤشر على الصورة 24
- يستخدم ثلاث كلمات في جملة 24
- يعرف الألوان 36
- يجيب على الأسئلة ويسأل 36
- يفهم ويعبر عما في محيطه (60 شهر

مهارات العلاقات الاجتماعية والانفعالية Social & Emotional Skills

وهي الحركات التي يقوم بها التعبير عن ارتباطه بالمجتمع من حوله، وذلك من خلال ارتباطه بالآخرين، اللعب الجماعي، إحساسه بوجوده وكيونته.

ما هي علامات تأخر المهارات الاجتماعية والانفعالية ؟

- عدم التفاعل مع الآخرين
- قلة الارتباط من خلال النظر
- قلة الاستجابة لشاعر ومعالجة الوالدين
- عدم الانشغال بعد سن 3 أشهر
- عدم القدرة على التقليد في عمر 18 شهرا

المهارات الاجتماعية والانفعالية في الطفل المسلم ؟

الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- يتعرف على والديه 6 أشهر
- يخاف من الأقرب 6-9
- يحب وجود الأطفال ولكن يلعب وحيداً 12-15
- يهتم بفنائه ويرضع نفسه 12-15
- يتسم للآخرين ويقدمهم 12-24
- يعرف اسمه 24
- يتعاون ويلعب مع الآخرين 36
- يتعلم تغيير ملابسه 48

مبادئ التدخل العلاجي

هناك مجموعة من المبادئ التي ينبغي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي

وهي:

- 1- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكوينية.
- 2- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنظمة وبمعية عن العمل العشوائي.
- 3- مراعاة أن يكون التدريب بشكل هادئ ومنع مجموعة صغيرة.
- 4- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.
- 5- مراعاة تنوع أساليب التعليم.
- 6- مراعاة أن يكون الوالدين جزءاً من القائمين بالتدخل.

العلاجات الرئيسية المستخدمة للتوحد

- 1- التشخيصات والعلاجات الطبية: يتم فيها إجراء فحوص طبية موسعة على كافة أجهزة الجسم بغية الكشف عن أي حياء عن السواء هي أي منها مثل: خلل في إفراز هرمون - سيروتونين- الذي يفرزه المخ، أو في إفراز إنزيم - سيكريتين- بالجهاز الهضمي، أو وجود طفيليات أو فطريات أو بكتريا، أو وجود آثار زائدة عن الحد.

لعادن ثقيلة كالرصاص أو الزئبق في سوائل الجسم، أو نقص في بعض الفيتامينات والعناصر الهامة لسير العمليات الحيوية بالمعدلات الصحيحة، أو نقص في نوع أو في كم المجتمعات البكتيرية أو الفطرية المفيدة بالأعضاء، وقد وجد أن حوالي 10 - 15% من المتوحدين تتحسن حالتهم بعد العلاج مما يتم اكتشافه لديهم بهذا البرنامج الطبي.

2 - علاج الأعراض المميزة للتوحد، كفرط النشاط، والقلق والانذاعية، ونقص القدرة على الانتباه وعلى التركيز وعلى كف السلوك الاندفاعي العدوانى.

3- وضع برنامج غذائى للمتوحدين يتضمن تزويدهم أو منعهم من أغذية محددة تبعاً لما كشفت عنه بحوث أجراها أخصائيو التغذية.

4 - وضع برنامج للعلاج النفسى التريوي، باستخدام مجازئ، الثواب والعقاب والتشريط.

وتكون التدخلات العلاجية السابقة لاضطراب التوحد على النحو التالى:

التدخل الغذائى

وجد لدى بعض الأطفال المتوحدين تحسس غذائى، وبعض هذه المحسسات قد تزيد درجة التهيج *Hyperactivity*، لذلك يختار بعض الأهل عرض طفلهم على متخصص على التحسس لتقييم حالتهم، وعند ظهور النتائج يمكن إزالة بعض الأغذية من طعام الطفل، مما قد يساعد على الإقلال من بعض السلوكيات السلبية.

في نظرية الاضطراب الأيضى اقترأ أن يكون التوحد نتيجة وجود ببتايد *Peptide* خارجى المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزى، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة. هذه المواد *Peptides* تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين *GL-TINES* مثل القمح، الشعير، الشوفان، كما الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان.

لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكبد من الأشخاص ومع ذلك لم يصلبوا بالتوحد، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل المتوحد لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدث أعراض التوحد.

العلاج بالحمية الغذائية (DI) Dietary Treatment

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية.

وقد كانت Mary Callaha من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والتوحد وقد أشارت إلى أن طفلها الذي يعاني من التوحد قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت من إعطائه الحليب البقري.

والقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء والحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المساهبة للتوحد السكر، الملح، الشكولاتة، الدجاج، الطماطم، وبعض الفواكه.

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيميائية والمواد الحافظة والألوان والأومنيوم.

وفي إحدى الدراسات قام بها Rimland 1994 لبحث فيها أن 50:40% من الآباء الذين شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ورجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسم على تكسير بروتينات هي الجاوتين *Glutem* مثل القمح والشعير والكازين *Casein* والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم.

إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم.

العلاج النفسي

التصبيحة والمشورة من المتخصصين وأصحاب التجربة يمكن أن تساعد الأهل على تربية الطفل المعاق وتدريبه، وإذا كان الطفل في برنامج مدرسي فعلى الأهل والمدرسين معرفة أعراض التوحد ومدى تأثيرها على قدرات الطفل وفعالياته في المنزل والمدرسة والمجتمع المحيط به، والأخصائي النفسي يستطيع أن يتابع تفهيم حالة الطفل ويعطي الإرشادات والتوجيهات والتدريب السلوكية اللازمة.

بعض المتوحشون يستفيدون من التوجيهات والإرشادات المقدمة من المتخصصين في هذا المجال، والذين يعرضون اقتراحات ونقاط الاضطراب وطريقة التعامل معها، ومساعدة العائلة تكمن في وجود مجموعة مساندة تجعل العناية بالطفل في المنزل أسهل، وتجعل حياة الأسرة مستقرة.

أساليب التدخل النفسي

حاول ليوكاير 1943 Kanner لأول من اكتشف التوحد وتفسيره يرى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الاتصالية والثوابلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر لأبناء خلال عشرين من الزمن على أنهم المسبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم.

ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم.

ويُركز العلاج النفسي على أهمية أن يخبر الطفل علاقات نفسه وانفعاليه جيدة ومشعبة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكاً جسدياً مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلاني كلارين Melany Klien وبرونويتهيلم Bettelheim ومرشحات Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عُولجت باستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام تهيئة التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيداً للأشخاص المتوحشون ذوي الأداء الوظيفي المرتفع. كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض.

كما يُستخدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لأبناء الأطفال على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة .

أساليب التدخل السلوكي

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب التصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطاوب بشكل متظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً. وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي هي:

- 1- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويعتقدونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.
- 2- يمكن فهم نتائجها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.
- 3- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.
- 4- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

- 1- برنامج لوفانس (Young Autistic Program (YAP)
- 2- برنامج معالجة وتعليم المتوحدين وذوي إعاقات التواصل (TEACCH)
- 3- التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training
- 4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)
- 5- العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاش : Daily Life Therapy DLT)
- 6- التدريب على التكامل السمعي (Auditory Integration Training (A.I.T)
- 7- العلاج بالتكامل الحسي (Sensory Integration Therapy (SIT)
- 8- التواصل الميسر (Facilitated Communication (FC)
- 9- العلاج بالمسك أو الاحتضان (Holding Therapy (HT)
- 10- العلاج بالتمرينات البدنية (Physical Exercisc (PE)
- 11- التعليم اللطيف (Gentle teaching (GT)
- 12- العلاج بالموسيقى (Music Therapy (MT)

برنامج لوفاس (YAP) Young Autistic Program

ويُسمى أحياناً بالعلاج التحليلي السلوكي أو تحليل السلوك Behavior Analysis Therapy ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو Lovaas الذي عام 1978 وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والامتجابه الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقل مدة العلاج عن (40) ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل، ويُركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل وكذلك التدريب على مهارات المطابقة Matching وأستخدم المهارات الاجتماعية والتواصل.

وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، كما أن كثير من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة ولكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم المادية. وبالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم

برنامج معالجة وتعليم المتوحدين وذوي إعاقات التواصل (TEACCH)

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

وهذا البرنامج من إعداد ايريك شويلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات المتوحدين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة. ويُعطي برنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التعليمي للمرحلة التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام للثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص المتوحد.

ويعتبر أهم الوجدات النهائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية - تنظيم العمل- جدول العمل- استقلال وتقليد وتنظيم الوسائل التعليمية.

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم ذاهباً متكاملًا للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل شردي على حسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل.

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى

برامج التعليم المناسب

التعليم والتدريب هما أساس العملية العلاجية لأطفال التوحد، حيث أنهم يواجهون الكثير من الصعوبات في المنزل والمدرسة، بالإضافة إلى الصعوبات السلوكية التي تمنع بعض الأطفال من التكيف مع المجتمع من حولهم، ولذلك يلزم وضع برنامج لتعليم خاص ومدرّس ومناسب للطفل، والذي يأتي في الترتيب إلى النجاح في المدرسة والحياة.

المقوم الرئيسي لنوعية البرنامج التعليمي هو المدرس الفاهم، كما أن هناك أمور أخرى تتحكم في نوعية البرنامج التعليمي ومنها :

- فصول منظمة بجدول ومهمات محددة
- المعلومات يجب إبرازها وتوضيحها بالطريقة البصرية والشفوية
- الفرصة للتفاعل مع أطفال غير معاقين ليكونوا النموذج في التعليم اللغوي والاجتماعي والمهارات السلوكية
- التركيز على تحسين مهارات الطفل التواصلية باستخدام أدوات مثل أجهزة الاتصال Devices

- الإقلال من عدد طلاب الفصل مع تعديل وضع الجلوس ليناسب الطفل المتوحد والابتعاد عن ما يريكه.
- تعديل النهج التعليمي ليناسب الطفل نفسه، معتمداً على نقاط الضعف والقوة لديه.
- استخدام مجموعة من مساعدات السلوك الموجبة والتدخلات التعليمية الأخرى.
- أن يكون هناك تواصل متكرر ويقدر كلف بين المدرس والأهل والطبيب.

التعليم اللطيف (GT) Gentle teaching

استخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee في 1985 كنوع من العلاج وقد أشار إلى أنه ناجح مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما:

- 1- أن يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.
- 2- إن سلوكيات المعاندة أو العناد هي رسائل تواصلية قد تُشير إلى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب.

العلاج بالموسيقى (MT) Music Therapy

هذا النوع يُستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال المتوحدين وتكون نتائجها جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يُساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turntaking وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية.

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال المتوحدين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال المتوحدين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل.

وهناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى ولكنها الأقل شيوعاً وانتشاراً.

العلاج بالدمج الحسي Sensory integration therapy

إن الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها بطريقة أفضل، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر، الصوت، اللمس، التذوق، الشم، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم.

على ضوء تقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً

ليكون رد الفعل منسجماً، وكما في العلاجات الأخرى، لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور والنتائج الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

العلاج بالتكامل الحسي (SIT) Sensory Integration Therapy

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي الدكتورة Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادر من الجسم وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض التوحد وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها.

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال المتوحدين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال المتوحدين.

تسهيل التواصل Facilitated communication

هذه الطريقة تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً، حيث يقوم المدرب - المسهّل - بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام المبرورة، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة، اللمس على الكتف للتشجيع. فالغرض من المساب باضطرابات معينة قد يبدد الحركة، والمساعدين يقدمون السند والمساعدة الجسمية له، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص المتوحدين على التفاعل الاجتماعي. ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يُعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها المتوحدين في هذا الجانب واضحة وتثوق في

شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي حين محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الافتراضات وهي:

أ - إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُتمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

ب- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعلم مهارة K اللغة أو مهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.

ج- إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية التخصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف، وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية.

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يُلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض التوجدين تحول بينهم وبين القدرة على تمهيم المهارات الاجتماعية التي تدرّبوا عليها في مواقف أخرى معادلة أو نسيانها وهي بعض الأحيان يعوق السلوك الاجتماعي للطفل للتوجد متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يُكتسب بطريقة تلقائية طبيعية.

برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS) Picture Exchange Communication System

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبدل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص المتوحد الذي يعاني من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب، الأم، المدرس) حيث ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع المثلل ويُسانده علي تنفيذ رغباته و يستخدم المثلل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (مثل يأكل، يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، في سوبر ماركت، يركب سيارة).

وهذا الأسلوب يمكن أحد أساليب التواصل للأطفال المتوحدين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي و غير اللفظي و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy

Frost في عام 1994 حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم على استخدام الشخص المتوحد لصورته شبيه برغب في الحصول عليه ويقدم هذه الصورة للشخص المتوحد أمامه الذي يلبي له ما يرغب.

ويُنشئ هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التقليل، التسلسل العكسي وغيرها. ولا تقتصر فائدة برنامج PECS على تسهيل التواصل فقط بل أيضاً يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

التواصل الميسر (Facilitated Communication (FC)

هذه الطريقة هي إحدى الفئات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوي محدود ولذلك فهو يحتاج إلى مهسر يزود بالمساعدة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص المتوحد أو ذراعه بينما الفرد المتوحد يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يُبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل للمتوحد إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصل وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبعثية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الأخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة. وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود هروب بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر.

العلاج بالحياة اليومية مدرسة هيجاش DLT Daily Life Therapy

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق العالمة Kiyoko Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية يوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعني الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل هائل من القلق، ولذلك يُركز هذا البرنامج على التدريبات اليعننية (تدريب بدني تطلق فيه الاندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكيد بعد من مدى فاعليته.

العلاج بالدمج السمعي Auditory integration therapy

يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال وزيادة قدرتهم على الكلام، زيادة تقاعبهم مع أقرانهم، وتحسن سلوكهم الاجتماعي.

التدريب على التكامل السمعي (AIT) Auditory Integration Training

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard 1993 وقد اخترش في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص المتوحدون مصابين بحساسية في السمع (هم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى أذن المتوحدين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رضمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها.

ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (10) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (30) دقيقة. وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو إقبالها ويؤدي ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفي وفتح نغصاً في السلوكيات السيئة. وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي.

العلاج بالمشك أو الاحتضان Holding Therapy (HT)

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مُسيطر على الطفل المتوحد ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الاعتماد في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق معك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حائله من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرس..... الخ) أن يتفهم أسام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبته الكبير وتستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة والمديد من الأطفال يفرحوا جداً من هذا الوقت الطويل. وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات المتوحدين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهل الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدأوا في التدقيق في وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أضافوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي. ولكن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً.

العلاج بالتمارين البدنية (Physical Exercise(PE)

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland 1988 وقد رأى أن الإثارة العضلية التشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصنع الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويقرض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فرداً من أباء الأطفال المتوحدين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص في أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام في إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي.

أساليب التدخل الطبي

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالتوحد فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاج و حتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالتوحد، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم للمساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والتقلق ويقفل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب الشعور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر.

ويُركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الأوسطن والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وبخاصة لدى المتوحدين من نوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فعالية العقار يمكن أن تجعل الشخص المتوحد أكثر قبولاً لتعلم الخاص أو للمداخل التفصية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الأطفال للمتوحدين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralptics أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Medication Antianxiety والعقاقير المضادة للتشنجات Anticpnvulsants.

أساليب العلاج بالفيتامينات Vitamins Treatment

أشارت بعض الدراسات (إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات.

فقد أجريت في فرنسا دراسة Lelard et al 1982 وأشارت نلخج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين - ب6- ينتج عنه تحسنان سلوكية في (15) طفل ضمن عينه قوامها (44) طفل متوحد وهي دراسات أخرى قام بها Martieau et al 1988 قررت أن خلط فيتامين - ب6- مع المغنيسيوم Magnesium يُنتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين - ب6- بمفرده.

القواعد الأساسية التي تتبع في تنفيذ الخطط العلاجية للمتوحد

- 1- الكشف الطبي الشامل للطفل المتوحد وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.
- 2- الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأمرة، الروضة، المدرسة... الخ).
- 3- محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عتف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.
- 4- عدم إحداث تغييرات تؤدي إلى إحداث توتر عصبي لديه.

- 5- دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.
- 6- استخدام التمييز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.
- 7- تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد، مبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلوين ويعمل الجسيمات.
- 8- تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.
- 9- الاستماعة بأخصائي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.
- 10- تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالاقلام ولتوديع المقدر.. الخ، وهي أصعب خطوة في البرنامج العلاجي للسلوكي.
- 11- ضروري تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل نفعه.
- 12- الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.
- 13- تنشيط استجابته للعثريات ليمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة من طريق حواسه المختلفة، فتقدم له قصة تتضمن مرثيات وسمعيات ومسيرات لمسية وشمية وتذوقية ما أمكن ذلك.
- 14- بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور التوتبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات.

الأمر الذي يمكن أن تقوم العائلة بتدريب الطفل المتوحد عليها:

إذا كانت مثلاً للطفل الطبيعي فإنها حقيقة للطفل المتوحد، فحتى مع وجود المعهد والمدرسة المتخصصة فإن العبد الأكبر يقع على الوالدين في تعليم المهارات الأساسية والتدريب على السلوكيات المرغوبة، ولكن الطفل المتوحد له خصائصه ولا يمكن تدريبه كالطفل الطبيعي، كما أن لكل طفل توحدني مشاكله الخاصة به، لذلك فعلى الوالدين معرفة إماعة طفلهم والمواقف التي تعترض طريقه، وطلب المساعدة من للتخصصين وأهل الخبرة لرسم البرنامج التدريبي الخاص به وكيفية القيام به ومعرفة الأولويات لذلك، وأن يكون التدريب مركزاً على مشكلة واحدة في نفس الوقت والمبر في تلك الحاصل على النتائج المرجوة، وهنا لابد من ذكر بعض القواعد الأساسية في التدريب :

- 1- الأطفال يميلون إلى تعلم السلوك المشبوع بمكافئة، وأعلى مكافئة هي الشموخ بالمعية.
- 2- تعلم المهارة الجديدة يكون أسهل إذا جرت إلى خطوات وأجزاء صغيرة.
- 3- كل مهارة يجب أن تسبقها مهارة أخرى (يجب أن تتعلم المشي قبل الجري)
- 4- التشجيع والحث على أداء التجربة الجديدة وعدم إظهار الخيبة
- 5- استخدام المهارة التي اكتسبها الطفل في وقت سابق وأتقنها كعامل مساعد لاكتساب مهارة جديدة.
- 6- الاستمرارية والتكرار والتصبر أساس النجاح.

تعليم الاسم :

جميع الآباء يحبون تسمية أطفالهم ويطلقون عليهم الكثير من الأسماء تدليلاً لهم، والطفل يتجاوب مع هذا التسمية، ولكن الطفل المتوحد لا يفهم ذلك ومن الأفضل استخدام اسم واحد لكي لا يختلط عليه الأمر، ويمكن ترسيخ الاسم في ذاكرته من خلال استخدامه مع شيء محبب له (خالدة الأكل) لكي يعرف أن الغاية من ذلك هو لفت انتباهه، كما يجب عدم ذكر الاسم في حالة الغضب والتهيب، ويفضل عدم تكرار اسمه عند الحديث مع الآخرين في وجوده.

تعليم الأوامر والنواهي :

الأوامر والنواهي جزء أساسي وسهم من التدريب السلوكي، في البداية يجب ربط الكلمات بالتلامس الجسدي وإظهار التعبيرات، وأن تقال كلمة (لا) بحزم (لا تلمس) وأن تكون الجملة قصيرة، وعند تطبيق الأمر وانتهائه بإعطاء الطفل المكافئة وإظهار الحب والامتنان، ولكن بعض الأطفال المتوحدين يقاومون التواصل الجسدي كما اللفظي، ويرغبون أن يكون التفاعل معهم بشكل عنيف (حيث يجذون مشعة في ذلك) لذلك يجب عدم سجانهم في ذلك، وتغيير هذا السلوك يتم عن طريق اجتنابه، وتكرار الأمر وانتهى حتى يتم تلميخته.

تعليم العناية بالذات :

وذلك يشمل ارتداء الملابس، الاغتسال، تنظيف الأسنان، التعود على قضاء الحاجة (الحمام)، وغيرها من أساسيات الحياة اليومية، الطفل الطبيعي يقوم بتقليد والديه

ومجتمعه لاكتساب المهارات والعدلات، ولكن الأطفال المتوحدين تفتصهم مهارة التقليد والمحاكاة، كما أن لديهم نزعة مقاومة للتدريب والتعليم، وقد يكون التدريب مصغر قلق لهم مما يؤدي إلى هياج الطفل وصراخه، والتدريب على هذه المهارات لا يتم عن طريق شرح الأمر لهم ولكن عن طريق إشعارهم بكيفية الأداء عملياً عبر خطوات وحركات ثابتة، وأن يتم التكرار بنفس الطريقة مرات ومرات، وقد يحتاج الأمر إلى تجزئة المشكلة إلى خطوات صغيرة.

تعليم الأكل وأساليبه :

التغذية مهم لنمو الجسم والوقاية من الأمراض، والطفل المتوحد لديه مشاكل مع الأكل ومنها النمطية ورفض بعض الأطعمة، لذلك ينصح باستخدام طاولاة الأكل لجميع الوجبات، وقد يستخدم الطفل نفس الكوب في نفس المكان وينفس الأدوات والأطباق، وقد يتعود على وجود نفس الأشخاص في جميع الوجبات، كما قد يرفض وجود آخرين يسبب التعمية، وتكمن المشكلة في تعوذه على نفس النوع من الأكل ورفض التغيير، وهنا يكون دور الوالدين في تغيير هذه السلوكيات (حلول المشاكل).

التدريب على الحمام :

بعض الأطفال المتوحدين يتقنون استخدام الحمام في نفس العمر كأقرانهم الطبيعيين، وآخرون تكون لديهم صعوبات في ذلك مما يسبب قلقاً وإزعاجاً لوالديهم ومن يعتني بهم في المنزل والدرسة، وقد يعتمدون على الحفاضات، وهنا ننصح بتغييرها حالاً تبتل حتى لا يعتاد على البلب، وعند التدريب يجب معرفة شعورهم بالأمان وأن لا يكون هناك شعور سابق مؤذي للطفل، وأن يكون التدريب في وقت محدد من اليوم (بعد الوجبات، مباشرة) ليتعود على الوقت، وأن يترك على المرحاض لمدة معينة تزداد تدريجياً، وأن تكون المكافئة وإظهار الحب في نهاية النجاح اليومي (حلول المشاكل).

التدريب على اللعب :

اللعب مهم جداً لحياة الطفل وتنمية مهاراته الحركية والفكرية، ولكن الطفل المتوحد لديه ضعف في القدرة الإبتكارية والتخيلية، لذلك فإن اللعب نفسه قد يكون مشكلة بدلاً من أن يكون متعة، ويعرضهم يقوم باللعب بطريقة مكررة ونمطية وقد ينظر إلى اللعبة وقت طويل، كما أن البعض يرفضون الألعاب المحبوبة مثل الأرجوحة وكرة القدم، وقد تكون

اللعبة نفسها خطراً على الطفل، وعند التدريب فقد يحتاج إلى جهد مضاعف، ف تدريب دراجة ذات ثلاث عجلات يحتاج إلى شخصين أحدهما لتدريب الأرجل على الحركة، واللعبة قد يكون هو الوسيلة التعليمية المناسبة واستخدامها كرمز عند التدريب على المهارات الجديدة.

تعليم اللغة والتواصل اللغوي :

تختلف القدرة اللغوية والتواصل اللغوي من طفل لآخر، كما أن بعض المتوحدين يتفهمون كأنهم صم، والبعض لديهم صعوبات بسيطة، وآخرون غير قادرين على إصدار التبررات الصوتية، وتعليم اللغة ليس أمراً سهلاً، لذلك فعلى الوالدين معرفة قدرات طفلهم والصعوبات التي تواجهه، وأن يتقوا تدريباً خاصاً على كيفية التدريب من متخصص في النطق، وبعض الأطفال لديهم مشاكل كالترديدية وعكس الكلام كما عدم فهم التشبيه والكتابة وغيرها، ومن المهم عدم تثبيط همة الطفل أو تربيته، والصبر والمثابرة هي طريق النجاح.

معرفة صحة الطفل ومرضه:

ضعف القدرة على التواصل اللغوي وقيام اللغوي من أساسيات التوحد، لذلك فمن الصعوبة تعبير الطفل عن آلامه أو الإشارة إلى موضع الألم، لذلك فمن المهم على الوالدين ملاحظة طفلهم والانتباه لوجود أي تغيرات مهما كانت بسيطة قد تدل على تغير حالة الطفل الصحية، ومن أمثلة ذلك تغير أو اضطراب النوم، ضعف الشهية للطعام، وجود طفح جلدي، ارتفاع درجة الحرارة، وقد يكون الفحص الطبي مشكلة لدى الطفل المتوحد، لذلك يجب استخدام اللعب وتقليد الطبيب كطريق لأدائه، وإذا تطلب الأمر إدخال الطفل إلى المستشفى فإن وجود والدته معه ضروري جداً.

يمكن الاستعانة بالخصائي العلاج الطبيعي على الكيفية التي نستطيع من خلالها السيطرة على أي حركة غير إرادية، وتقوية التواصل النظري الحركي، وعندما يستطيع الطفل السيطرة على هذه الحركات فإن الاحتياج لها سوف يضعف ثم يختفي، وقد تأخذ العملية الكثير من الوقت والجهد، وقد لا تختفي نهائياً، ولكن تكون قد درينا الطفل على السيطرة عليها في أوقات الانفعالات.

هذه الحركات مزعجة للعائلة وللطفل، وإن كانت لا تؤثر على مجرى الحياة اليومية لطفلك فقد تكون معرّجة لكما في المدرسة والمجتمع، ويمكن التدريب على السيطرة على الحركات الغريبة من خلال الخطوات التالية:

- البدء في حل المشكلة خطوة خطوة Small steps

إذا كانت هذه الحركات تجلب الراحة للطفل فمن الصعوبة السيطرة عليها ليس للسبب الحركي وحده ولكن للأسباب النفسية والعاطفية، لذلك فإن احترامك لاحتياجات الطفل سوف تساعد على التحكم في هذه الحركات عن طريق تجزئتها ومن ثم التعامل معها، وعادة ما يتم البدء في الحركات التي تؤدي إلى مشاكل وقت حدوثها، ويمكن استخدام اللعب والتعامل المباشر مع الطفل للسيطرة عليها، فالطفل يقوم بعمل ما يريد من حركات، ومن خلال اللعب يمكن السيطرة عليها تدريجياً، وفي النهاية مفضل التعامل واللعب معك بدون وجود أو ظهور لهذه الحركات.

وقت التدريب Training Time

يمكن استخدام وقت اللعب والتدريب للتعامل مع هذه الحركات، فعند قيام الطفل بالحركات غير الإرادية فيمكن تحويل الحركة ذاتها إلى حركة إراديه مفيدة ومن ثم إلغاء الأولى.

- إذا كان الطفل يحرك جسمه ويدور به، فيمكن الإمساك به وجعل هذه الحركة كجزء من الرقص.
- إذا كان يعض إصبعه مثلاً فضع إصبعك في فمه وأطلب منه مصّه لإشباع رغبته.
- إذا كان يهز جسمه إلى الأمام والخلف فضع دمية في حضنه وغيّ له أغنية - الأرجوحة - لجعل الاهتزاز عملية إرادية.

قد نرى الطفل ينظر إلى اللعبة ويديرها من كل النواحي، وتلك استئارة بصرية أو أنه يحاول الاندماج معها للابتعاد عنك وعن المؤثرات الأخرى، فتأخذ هذه اللعبة منه قد تثير التهيج لديه، لذلك فعليك النظر معه على نفس الجسم والتركيز مثله، وإذا لم يوافقك النظر معه فحاول إعطاه مجسم آخر لينظر له، كما يمكن استئارته بإصمطه عدسة مكبرة لكي ينظر من خلالها أو نظارات شمسية لتغيير حدة التأثير البصري، كما يمكن استخدام اللعب لجلب للتوافق الحركي البصري، وكمثال على ذلك :

- يمكن باستخدام المصباح للبحث في الظلام عن اللعبة المفضلة لديه.
- ثم البحث في الظلام بالمصباح عن الأثاث.
- استخدام الألعاب المتحركة لتقليل التركيز.
- تليق الألعاب المفضلة لدى الطفل وجعلها متداية من السقف.

استخدام الرمزية واللعب

إذا كان الطفل قادر على الكلام فتكلم معه عن الحركة غير الطبيعية التي يقوم بها وكيفية التحكم فيها، ولكن يجب التركيز على نقاط معينة:

-كيف تحدث هذه الحركات ؟

هل هناك مواقف أو مؤثرات تؤدي لحدوثها ؟

هل تحدث في وقت محدد يومياً ؟

هل تحدث في المنزل أم خارجه ؟

- ما هي أحاسيس الطفل قبل حدوثها ؟

- ما هي أحاسيسه وقت حدوثها ؟

- ما هي أحاسيسه عندما يقوم الآخرين بمضايقته ؟

هل هناك طريق يمكن أتباعه لجعل هذا السلوك مقبولاً من المجتمع ؟

قد لا يكون هناك جواباً، وقد يعك رأسه، وقد تظهر عليه الحركة نفسها، وهناك أشياء تساعد الطفل على إخراج انفعالاته ومن ثم تغيير السلوك غير المرغوب فيه، فمثلاً :

- إذا كانت الحركة هي لمس الأشياء أو نقرها، فإعطاه كرة صغيرة تكون معه طوال

الوقت، ليستخدعها عند إحساسه بالرغبة في الحركة المذكورة

-إذا كان يرتقب في وضع شيئاً في فمه، فيمكنه استخدام اللبان

الصلب من التدريب، هو جعل الطفل قادراً على الإحساس بنفسه وما يقوم بفعله، والنقاش السهل الواضح يجعل الحل أسهل، حتى وإن لم يكن الطفل قادراً على إزالة المشكلة فهو قادر على تخفيف حدتها، وقد لوحظ أن بعض الأهل يحاولون إزالة الحركة نهائياً، أمليين في منع ما يحدث للطفل عند مواجهة أفراته، ولكن لوحظ فشلها، فبناء القوة الداخلية للطفل هي الأساس في معها.

التفاهم العاطفي Empathizing

ملازمة الطفل ومجاراته في انفعالاته وأحاسيسه عند الحديث عن الحركة التي يقوم بها ستكون هي الرافد للوصول للتجاح، كما أن مضايقة الآخرين له تؤذيه وتزيد من انفعالاته ومن ثم ظهور الحركة بشدة، لذلك يحتاج إلى الكثير من الدعم في المنزل.

النقطة الخامسة: بناء التوقعات والحدود Creating expectation & limits

من المهم التحكم في انفعالات الطفل وتحويلها إلى الكلام وليس المهم تغيير الحركات نفسها، فالانفعال شعور مهم للإنسان ويجب احترام الطفل ورغباته، كما يجب أن يعرف الطفل عدم حصول العقاب إذا حدثت الحركة وأن هناك مكافئة عند عدم حدوثها.

فالتشجيع يجب أن يكون مستمرًا، وأن يكافئ الطفل عند نجاحه في تخطي إحدى العقبات، كما من المهم أن يجد الطفل طريقًا للتمييز عن مشاعره وانفعالاته.

القاعدة الذهبية Golden roles

من المهم إعطاء الطفل الكثير من الوقت خلال اللعب والتدريب لتخطي العقبات، كما يجب إظهار الفرح والتشجيع عند نجاحه في تخطي أحد العقبات، كما الاستمرارية والصبر.

10

صعوبات التعلم

Learning Disorder

تقديم

تعد فئة الطلبة ذوي صعوبات التعلم أكبر فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وهي أكثر الحالات انتشاراً بين طلبة المدارس بشكل عام فقد أوضحت الدراسات أنه لا يقل عن (3-5%) من طلبة المدارس كحد أدنى تعاني من صعوبة تعليمية ما سواء كانت هذه الصعوبة في القراءة أو في الكتابة أو في الإملاء أو في الرياضيات، وبالتالي فإن هذه الفئة بحاجة إلى تعليم خاص، ويمكن تعريف صعوبات التعلم على أنها اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية الخاصة بهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة والتي تتجسد في قدرة غير مكتملة على الإملاء أو التفكير أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو القيام بالعمليات الحسابية، ويشمل مصطلح صعوبات التعلم كذلك حالات الإعاقات الإدراكية والإصابة الدماغية، والنمل الوظيفي الدماغى الملقب بصعوبات اللغة والحبسة الكلامية التطورية، وينبغي التأكيد على أن صعوبات التعلم لا تشمل الأمتفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية ناتجة مبهتياً عن إعاقات حسية أو حركية أو الإعاقة العقلية أو الاضطراب الانفعالي أو الحرمان البيئي أو الثقافي أو الاقتصادي.

إن تشخيص حالات صعوبات التعلم بحاجة إلى مقاييس خاصة وجريها مختصون في هذا المجال إلا أن هنالك بعض المظاهر يمكن ملاحظتها على الطلبة الذين يعانون من صعوبة تعليمية ما، تعطينا هذه الخصائص والمؤشرات أن هنالك مشكلة ما بحاجة إلى تدخل سريع لتفادي تلمي هذه المشكلة ومن هذه المظاهر في مجال القراءة مثلاً عدم معرفة الطالب لأسماء الحروف، أو عدم التمييز بين الحروف المتشابهة مثل (ذ، د) عدم إعطاء حروف المد حقها، حذف الحرف الأخير من الكلمة، حذف بعض الحروف...، ومن الأمثلة على الأخطاء التي يقع فيها من لديه صعوبة في مادة الرياضيات أن لا يستطيع مثلاً العد المجرى، أو الخلط في عملية الجمع أو الطرح، أو لا يستطيع معرفة الرموز، وقيم الخانات، ومن الأخطاء التي يقع فيها من لديه صعوبة في مادة الإملاء إضالفت بعض الحروف أو حذفها، عكس الحروف، عكس الكلمة بالكامل، وضع حركة بدل حرف المد، وضع نون مكان التنوين والعكس، حذف اللام الشمسية.

تتمثل سبل العلاج للأطية من ذوي صعوبات التعلم في البرامج والاستراتيجيات الخاصة التي تقدم بشكل فردي لكل طالب وحسب الصعوبة التي يعاني منها ومن هذه الاستراتيجيات التركيز على استعمال الحواس المتعددة في عملية التدريس، التركيز على

الأمثلة المحسومة، ربط ما تعلمه الطالب بالخبرات الشخصية، حذف التفاصيل غير الضرورية أثناء عملية التعلم، تقسيم المادة إلى دروس قصيرة ليسهل تعلمها...

إن ملاحظة وجود صعوبة تعليمية ما عند الطالب هي بداية دخوله للمدرسة أو قبل ذلك يعتبر عاملاً مهماً في تقديم الخدمة المناسبة له، وتقع مسؤولية اكتشاف مظاهر صعوبات التعلم على الوالدين بصورة أولية وعلى من ثم على معلمة الصفوف الأولية والتي ينبغي أن تكون على دراية بمظاهر صعوبات التعلم كي تقوم بدورها بتقديم التدخل المناسب للطلاب أو لتحويله إلى غرفة المصادر في المدرسة لكي يقوم المختصون بتقديم التدريس المناسب للطلاب والمبني على الخطة التربوية الفردية.

وينبغي التنكر على أن مستوى ذكاء الطلبة من ذوي صعوبات التعلم يتراوح من فئة الذكاء المتوسط إلى فئة الذكاء المرتفع، لذا فإذا لديه صعوبة تعليمية ما ليس لا يعتبر من ذوي الإعاقة العقلية مطلقاً، لذا فإن قضية التشخيص تعتبر ضرورية وينبغي أن لا يقوم بها إلا المختصون فقط، لأنه بناءً عليها يتم. إن مصطلح الصعوبات التعليمية قد ظهر إلى حيز الوجود نتيجة التشخيص وتقديم الخدمة إلى عدد من الطلاب كانوا يغفلون باستمرار في عملهم المدرسي، ولكنهم في الوقت نفسه لا يصنفون ضمن فئات الطلاب غير العاديين، فلا هم بالذكاء ولا هم بالصمم ولا هم مصابون بالعمى.

مفهوم صعوبات التعلم

لقد أسهمت عدة مبادئ وعلوم في تعريف الصعوبة التعليمية كعلوم الطب واللغة وعلوم النفس والتربية، مما جعل هناك تعريفات مختلفة لصعوبات التعلم.

لقد تطور مفهوم صعوبات التعلم، وأصبح يضم مجموعات مختلفة تحت مسمى واحد وذلك لأغراض إدارية، حيث بدأ العلماء في وضع تعريفات متنوعة فنشأ ما يعيل إلى المجال التربوي ومنها ما يميل إلى المجال الطبي، ورغم اختلافهم في صيغ التعريفات إلا أنهم يتفقون على خصائص التلاميذ الذين لديهم صعوبات التعلم.

ومن التعريفات المهمة لصعوبات التعلم ما ورد في تعريف الجمعية الأمريكية^١ إن صعوبات التعلم تظهر على شكل اضطراب في عملية أو أكثر من العمليات الفكرية الداخلة في فهم أو استعمال اللغة الشفوية أو المكتوبة، وإن هذا قد يظهر على شكل اضطراب في الاستماع أو التفكير أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو الإملاء أو الحساب.

النظريات المفسرة لصعوبات التعلم

أولاً: النظريات المتصلة بمهمات التعلم.

تركز هذه النظريات على حقيقة العمل المدرسي غالباً ما لا يكون ملائماً للأمنامات المميزة للأطفال في القدرة وهي أساليب التعلم وأنه يمكن أن تسهم هذه المهام في صعوبات التعلم إذا كان ما يدرسه المعلم والكيفية التي يدرسه بها لا يضاهاي أو لا يتناسب ما يعرفه التلميذ والكيفية التي يتعلم بها.

ثانياً: النظريات المعتمدة على ظروف التعلم.

تركز هذه النظريات على أن كثير من العوامل البيئية تسهم في خلق اضطرابات تعلم لدى الأطفال العاديين أو تضيفهم توأحي الضعف الموجودة فعلاً ومن العوامل البيئية التي قد تكون مسؤولة عن صعوبات التعلم التقنية والاستثارة غير الكافية والقروق الاجتماعية والشافية والمناخ الانفعالي غير الملائم والسموم البيئية والتدريس غير الفعال ولهذا ذهب بويتمان إلى أن مصطلح صعوبات التعلم ينبغي أن يستبدل بمصطلح صعوبات التدريس مما يشير إلى أن التركيز ينصب على عدم ملائمة مهارات المعلمين وبيئة التدريس وليس على جوانب النفس فعلاً.

ثالثاً: نظريات الاضطراب الإدراكي الحركي.

يقدم أصحاب النظرية الحركية الإدراكية أو نظرية التعلم الحركي قدراً كبيراً من نظامهم العلاجي على فروض راسخة ذات قبول علم ويعتقد أصحاب هذه النظرية أن الأطفال يتعلمون أول الأمر من خلال سلسلة من الاكتشافات الحركية الأساسية فتفرض هذه النظرية أن جميع أنماط التعليم تعتمد على أسس حسية حركية ثم تتطور هذه الأسس من الإدراك الحركي إلى مستوى أعلى من التنظيم هو الإدراك المعرفي ولذا يرى أصحاب هذه النظرية أن معظم الأطفال أصحاب صعوبات التعلم يعانون من اضطراب فيزيولوجي المنشأ في المجال الإدراكي الحركي وأن هذا الاضطراب هو السبب في عدم قدرة الطفل على التعلم وحتى يتمكن الطفل من التعلم بشكل طبيعي يستلزم ذلك البدء في علاج جذور المشكلة وهي الاضطراب في المجال الإدراكي الحركي

الفرق بين صعوبة التعلم وبطء التعلم والتخلف العقلي

بطء التعلم

يطلق على الأشخاص يقعون على حدود عدم الاستواء العقلي، ولكنهم قادرون على الأداء إذا منحوا برنامجاً تربوياً مناسباً، ويستخدم مصطلح بطء التعلم في الأدب النفسي والتربوي لوصف الطفل الذي لديه قدرة تعليمية ضعيفة في جميع المواد الدراسية، ونسبة الذكاء لديهم تكمن بين (70 - 85) درجة، ويصاحبها عادةً تساقط دراسي بسيط، والجدير بالذكر أن الأطفال بطيء التعلم عندهم يساوي تقريباً عند الطلبة من ذوي صعوبات التعلم، لذلك فهم بحاجة إلى خدمات تربوية خاصة، كما يحتاج ذوي الصعوبات التعليمية.

صعوبة التعلم

يطلق على الأشخاص الذين هم ضمن الفئة العادية من حيث القدرات العقلية، ولكن تكمن مشكلتهم في تدن مستوى القدرة الشرائية، أو مجال أكاديمي آخر، والمظاهر الجسدية عليهم غير واضحة، متدن في بعض المواد الدراسية، وقد يكون متفوقاً في مواد دراسية أخرى.

نسبة الذكاء عند:

1. الإنسان العادي: (100 - 115) درجة.
2. الإنسان للمتفوق: (115 - 130) درجة.
3. الإنسان الموهوب: (130 - 145) درجة.

التخلف العقلي

يطلق على الأشخاص الذين تكون قدراتهم العقلية منخفضة، وتظهر من خلال المظاهر الجسدية، وهو متدن جداً في المواد الدراسية، وانخفاض القدرات العقلية ناتجاً عن منشأ مرضي أو وراثي، ويشكون عدم الكفاية الاجتماعية والوظيفية مصحوبة بعدم القدرة على إدارة المشكلات عند الرشد، ويصنف التخلف العقلي إلى الفئات التالية:

- 1- التخلف العقلي البسيط (القابل للتعلم) ونسبة الذكاء تكمن بين (55-70).

- 2- التخلف العقلي المتوسط (القابل للتدريب) ونسبة الذكاء تكمن بين (35- 55).
- 3- التخلف العقلي الشديد (الاعتمادى) ونسبة الذكاء تكمن بين (35- وأقل).

المحكات التشخيصية في التعرف على الأطفال ذوي صعوبات التعلم

لتمييز صعوبات التعلم عن حالات الإعاقة الأخرى توجد ثلاث محكات يجب التأكد منها قبل أن نحكم بأن لدى الطفل صعوبات خاصة في التعلم وهذه المحكات هي:

- أولاً: التباعد أو التباين. يظهر الأطفال تباعداً في واحد أو أكثر من المحكات الآتية:
 - تباعداً واضحاً في نمو العديد من السلوكيات النفسية) الانتباه، التمييز، اللغة، القدرة البصرية الحركية، الذاكرة وغيره
 - تباعد بين النمو العقلي والتحصيل الأكاديمي: ففي مرحلة ما قبل المدرسة عادة ما يلاحظ عدم الأثران النمائي في حين يلاحظ التخلف الأكاديمي في المستويات الصافية المختلفة.
 - التفاوت في النمو: يوجد تفاوت النمو في الوظائف النفسية واللغوية عند بعض الأطفال في مستوى ما قبل المدرسة حيث ينمو الطفل بشكل عادي في بعض الوظائف، ويتأخر في وظائف أخرى فمثلاً الطفل الذي ينمو بشكل ملائم في اللغة ولكنه يتأخر في المشي والتناسق الحركي والقدرات البصرية - الحركية يكون لديه تباعداً في عملية النمو.
 - التفاوت بين التحصيل الأكاديمي والأداء المتوقع: حيث يعطى الطفل دليلاً على أن قدرته العقلية تقع ضمن المتوسط ويحقق تقدماً عادياً أو قريباً من العادي في الحساب وفي اللغة ولكنه لم يتعلم القراءة بعد فترة كافية من وجوده في المدرسة فمؤشراً يمكن اعتبار الطفل أن لديه صعوبة تعلم في القراءة ومثل ذلك إذا تعلم الطفل القراءة ولكنه متخلف بشكل واضح في الرياضيات.

ثانياً: محك الاستيعاد

عند تعريف صعوبات التعلم يجب استبعاد تلك الصعوبات التي يمكن تفسيرها بتخلف عقلي عام أو إعاقة سمعية أو بصرية أو اضطراب انفعالي أو نقص فرص التعلم، فالطفل الأصم لا يتطور اللغة بشكل طبيعي مع أن قدرته البصرية والعقلية قد تكون عادية وهناك تباعداً بين تعلم اللغة وأنواع التحصيل الأخرى يمكن تفسيرها بحالة الصمم وفي هذه

الحالة قد يحتاج الطفل إلى برنامج تربوي للتعلم بدلاً من برنامج صعوبات التعلم، ومن جانب آخر فإن الطفل المكفّف الذي لديه عجز في (عملاء معاني لم يحسن به) (نقص الشعور والإحساس في الأصابع) قد يعتبر متعدد الإعاقات (صعوبة تعلم وكف بصري) وعند تصنيف الأطفال لأعراض تعليمية فإن هناك حالات عديدة ينتج عنها تخلف تربوي قد تصنف ضمن صعوبات التعلم بشكل خاطئ وهذه الحالات:

3- الإعاقة البصرية:

ينتج عنها انخفاض في تحصيل الطفل في الموضوعات الأكاديمية فالطفل المصاب بعينا يعاني من صعوبة كبيرة في تعلم القراءة والهجاء أو إجراء العمليات الحسابية في مستوى عمره. إن كثيراً من هؤلاء الأطفال لا يبدؤون القراءة مثلاً حتى يصلون إلى سن 8-10 سنوات ثم يبدؤون التعلم بمستوى ينخفض عن تعلم الطفل العادي. وبما أن التخلف الأكاديمي هو نتيجة للتخلف العقلي فإن تربية الطفل يجب أن تكون عامة وعمليّة وتعتمد لتتناسب مع معدل النمو المنخفض فليس هناك تباعد بين التحصيل والتوقع واللغة والعمليات الحسابية عند مثل هذا الطفل.

2- الإعاقة الحسية:

تؤثر الإعاقات السمعية البصرية في القدرة على التعلم فالأطفال الصم متخلفون في القراءة لأن الصمم يتدخل في تطور اللغة، ومن غير الممكن للأطفال المكفوفين أن يتعلموا قراءة المادة المطبوعة إلا أنهم يستخدمون طريقة برايل في القراءة. ولا يعتبر الأطفال المعوقين حسيًا من فئة صعوبات التعلم لأن هناك برامج مصممة خصيصًا للأطفال الصم أو المكفوفين إلا أن بعض الأطفال المعوقين حسيًا قد تكون لديهم صعوبة في التعلم فيمكن اعتبارهم متعددي الإعاقات.

3- الاضطرابات الانفعالية الشديدة

يمكن أن تؤثر الاضطرابات الانفعالية الشديدة في التحصيل الأكاديمي وقد أظهرت الدراسات بأن الأطفال المضطربين انفعاليًا بدرجة خطيرة هم في الوقت نفسه متخلفون تربويًا، ويجب إجراء تحليل لهؤلاء الأطفال لتحديد ما إذا كانت صعوبة التعلم قد أثرت أم لا في عدم التكيف الاجتماعي والانفعالي وهي الجوانب الأكاديمية

4- نقص فرص التعلم:

تعتبر نقص فرص التعلم سببا آخر في تخلف الأطفال تربويا فالطفل الناضج اجتماعيا ومهنيا ولغويا ولكنه متخلف أكاديميا قد يكون ناتجا عن عدم توفر فرص التعلم المقدمة إليه ومع أن هناك تقاوتا بين قدرته وتحصيله إلا أن الطفل لا يعتبر ضمن فئة صعوبات التعلم.

5- الحرمان الاقتصادي والثقافي:

يؤثر الحرمان الاقتصادي والثقافي أحيانا سلبا في الدافعية للتعلم فقد نجد أن بعض الأطفال ليست لديهم الدافعية للتعلم بسبب عدم اهتمام البيت بما يحصل مع الطفل في المدرسة فقد يكون هناك تباعدا بين القدرة والتحصيل ولكن انخفاض التحصيل قد يكون ناتجا عن الاتجاهات السلبية نحو المدرسة، كما أن بعض أطفال المناطق الفقيرة ليست لديهم الدافعية للتعلم بسبب ما يواجهونه من إهمال وعدم تشجيع.

ثالثا: محلك التربية الخاصة

الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم الأطفال الذين يحتاجون لطرق خاصة في التعليم تصمم خصيصا لمعالجة مشاكلهم أي أن الأطفال الذين لم تتح لهم فرص للتعلم فإنهم سوف يتعلمون بالطرق العادية والتي تستخدم مع غالبية الأطفال ومن جانب آخر إذا كان الطفل متخلفا تربويا ولديه صعوبة تعلم فأن ذلك الطفل يحتاج لطرق تعلم متميزة لا تستخدم مع الأطفال جميعا. ومن طرق التربية الخاصة قراءة الشفاه التي تعلم الأطفال الموقنين سمعيا، وطريقة الحس حركية (كتابة كلمات وجمل من الذاكرة) مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم الخاصة بالقراءة.

ويعتبر هذا المحلك ضروريا إذ يتوجب على الفاحص بعد القيام بإجراءات التشخيص للتسمية للكشف عن درجة التباعد بين القدرة والتحصيل وكذلك استبعاد كل الظروف التي لا تتدرج تحت مسمى صعوبات التعلم أن يحدد برنامجا علاجيا خاصا.

إجراءات التعرف على صعوبات التعلم

مرحلة ما قبل المدرسة:

إن الصعوبات في هذه المرحلة قد تعيق عملية التعلم لاحقا إلا أن إجراءات التعرف على صعوبات التعلم في هذه المرحلة تواجه مشكلة بسبب عدم تطبيق المحلك الأكاديمي (إلا أن

الطفل يظهر تأخراً في عناصر أخرى متضمنة في تعريف صعوبات التعلم كالاستماع والتفكير والكلام والتناسق الحركي للكتابة والانتباه وجميعها عناصر قابلة للملاحظة، ففي مرحلة ما قبل المدرسة يتم تقييم درجة عدم الانتظام بين مجالات النمو المختلفة بدلا من انخفاض التحصيل. وعادة ما تطبق اختبارات الذكاء بهدف مقارنة قدرة الطفل على التحصيل الفعلي إلا أن هذه الدرجات ليست ذا فائدة كبيرة لأن درجات الذكاء في الأعمال التي تقل عن ثلاث أو أربع سنوات غير ثابتة وبسبب عدم الثبات فإن مهارات النمو مثل المضردات والفهم غالبا ما تؤخذ كمؤشر على قدرة الطفل على التحصيل في مجالات الضعف. إن الاختبارات المسحية يمكن أن تحدد الأطفال الذين يظهرون عدم انتظام في النمو مما يجعلهم أكثر عرضة لصعوبات التعلم وحاجتهم إلى إجراءات علاجية سريعة.

ويمكن استخدام بعض المقاييس أن تتنبأ بصعوبات التعلم حيث تزداد حدة تأخر الطفل في اللغة، الانتباه، وقدرات الإدراك البصري، وتصبح فقرات الاختبار حين يقترب عمر الطفل من دخول مرحلة التمهيدي شبيهة بما يتوقع من الأطفال تعلمه في المدرسة فملاحظة نمط التعلم لطفل عمره خمس سنوات وعلاقته مع الآخرين وفترة الانتباه والمشاركة والصبر ومعرفة الحروف والأعداد سوف تستخدم كمؤشرات الحكم فيما إذا كان الطفل سيواجه صعوبة تعلم في المدرسة.

ويبقى التنبؤ بصعوبات التعلم قائما على التخمين حتى يصل الطفل إلى مرحلة المدرسة.

المرحلة الابتدائية المبكرة:

تعتبر عملية التعرف على صعوبات التعلم لأطفال الخامسة أو السادسة أكثر سهولة لأن الطفل يقضي ست ساعات يوميا في المدرسة وتعتمد على ما إذا كان الطفل قادرا أو غير قادر على التعامل مع متطلبات الصف الدراسي وفق ما هو متوقع من عمره أو ذكائه وحرص التعليم المباني ولا بد أن تراعي عملية التقييم ما إذا كان الطفل قد أتقن المهارات المباني الضرورية للتجاح في مرحلة التمهيدي أو الصف الأول الابتدائي وتعتبر عملية التعرف المبكرة هامة جدا حيث الفجوة التماثلية لا زالت محدودة وغير واسعة ويهدف تحديد الفجوة لدى الأطفال يمكن استخدام ثلاثة أساليب هي: الاختبارات المطبقة على الأطفال، قوائم الشطب المستخدمة من قبل المدرسين، وقوائم الشطب المستخدمة من قبل الوالدين، حيث أن الأداء المنخفض للطفل في مرحلة التمهيدي عما هو متوقع من عمره

وذاكاته هي اللمة والإدراك البصري والحركي وعناصر الانتباه الضرورية لهجمات ما قبل المدرسة تمثل عناصر للتنبؤ بصعوبات التعلم اللاحقة وتتمثل أكثر عناصر التنبؤ هي:

- معرفة الحروف الهجائية بالترتيب.
- تسمية الحروف الهجائية.
- معرفة الكلمات المتطابقة.
- تسمية الألوان الشائعة والأشياء في الصور.
- فهم المفردات.
- كتابة الاسم.
- نسخ الأشكال.

- النجاح على اختبارات الاستعداد التي تشتغل على عينة من المفردات، معرفة الأعداد، تذكر الجملة والنهم، النسخ، التمييز البصري والسمعي، اتباع التعليمات، معرفة الكلمات التي تنطق في الصوت الأول أو الصوت الأخير، معرفة الحروف الهجائية.

كما أن تقديرات المدرسين لمهارات استعداد الطفل واستراتيجياته التعليمية مصدر تنبؤ ضاغية من الاختبارات المسحية لأن المدرسين يقيمون الأمور التي لا يستطيع الاختبار أن يقيها مثل الاستعداد لما سيجتم تعلمه في الفصل، نسبة التخطي، القدرة على تركيز الانتباه واستمرار يته داخل الفصل، القدرة على تجنب المشتتات، الإبداع، العلاقات الاجتماعية، القدرة على العمل باستقلالية أو ضمن المجموعات، الدافعية للتعلم والمشاركة الفعلية.

وتقدم ملاحظات الوالدين وسائل قيمة أخرى للتعرف بالإضافة إلى العوامل البيئية مثل رغبة الأسرة في تعليم الطفل وتشجيعها الأنشطة التعليمية التي تعتبر مصادر تنبؤ هوية لنجاح التعليم.

وحيث تجمع ملاحظات المدرس والأهل المعلومات التي يتم الحصول عليها من الاختبارات المسحية في نهاية مرحلة التمهيد تصيح إجراءات التعرف على جوانب التأخر من حيث علاقتها بالعمر والذكاء وكذلك التنبؤ بصعوبات التعلم أكثر دقة وذلك بسبب أن ما يلاحظ، ويقاس يصبح أخيراً متطابقاً مع المحك الأكاديمي مثل القراءة والحساب وهي المجالات التي تنبأ بها.

المرحلة الابتدائية (المتقدمة) والمرحلة المتوسطة:

يتفق المتخصصون بأن الطلاب الذين يحصلون على فرص كافية للاستفادة من التدريس هم من يجب أن يخضعوا لتصنيف صعوبات التعلم إذا ما أظهروا تفاوتاً شديداً بين التحصيل المتوقع والتحصيل الفعلي، وقد استخدمت العديد من المعادلات لكشف هذا التباين وتمتاز هذه المعادلات بعدة فوائد:

- بالرغم من اتسافها بعدم الدقة إلا أن المعادلات تشجع جمع المقاييس الموضوعية مع الأحكام الذاتية لتصنيف صعوبات التعلم.
- تساعد على اختيار عينات البحث التي تظهر نفس نسبة التباين وبهذا يمكن مقارنة وتفسير نتائج الدراسات المختلفة بدقة أكبر.
- لا تضع حدوداً لمستوى الذكاء، وبهذا يمكن تقييم انخفاض تحصيل جميع الأطفال حتى المتخلفين عقلياً.

أسباب صعوبات التعلم

1- العوامل الفيزيولوجية

وتشمل:

أ- العامل الجيني:

هناك عدة شواهد تدل على أن الاعتلال في الجينات يسبب صعوبة التعلم وخاصة ما يسمى بالديسلكسيا (صعوبة القراءة الشديدة) وثبت ذلك من خلال الدراسات الجينية التي أجريت على الأطفال وأسرهم فإذا كان لدى أحد الوالدين صعوبة تعلمية في القراءة، فتحدثها عند أطفالهم يزداد بوضوح.

ب - عوامل ما قبل وأثناء وبعد الولادة.

وتتلخص تلك العوامل بما يلي:

- أ. الوراثة: أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يندرجون من عائلات ينتشر فيها هذا النوع من الصعوبات.
- ب. الغذاء: إن اضطراب إفراز الغدة النخامية والغدة الدرقية والغدد جارات الدرقية يؤثر سلباً في نمو الجهاز العصبي المركزي مما يترتب عليه حدوث صعوبات التعلم.

ج. ضربات الرأس / أذى الرأس يؤدي إلى أذى الدماغ.

د. التسمم بالرصاص / يسبب اختلالا بالنمو.

هـ. خلل وظيفي طفيف في الدماغ.

نتيجة التخطيط الكهربائي للدماغ لأطفال مصابين بصعوبات التعلم وغيره وغيرهم شهر مصابين، أثبت التخطيط وجود اختلالات في تخطيط الدماغ الكهربائي على جميع المستويات، وهذه الاختلالات تؤثر على منطقة القراءة في المخ، وكذلك التأثير على وظائف اللغة التي يقوم بها الجانب الأيسر من المخ لا تؤدي وظائفها بشكل سوي عند الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية.

إن الأطفال الذين لديهم صعوبات تعليمية ربما يكونوا نتاجا معقدا (تسمم الدم، النزف المخداج) فقد ارتبط انخفاض الوزن عند الولادة بمشاكل التعلم والتطور، وكذلك، عدم تطابق زمرة دم الأم وزمرة دم الطفل (العامل الرايزيسي) اختلاف في عمل الغدد الصماء، عند الأم مثل (قصور الغدة الدرقية، السكري)، وكذلك التعرض للأشعة، وعمر الأم عند الولادة، الجلوكوز والكفاية للولادة بالأدوية التي تتناولها الأم، الحصبة الألمانية، نقص الأوكسجين، تدخين الأم للسجائر، الحوادث التي تتعرض لها الأم كذلك صحة الأم وغذائها ونمط حياتها قد تكون أسبابا للصعوبات التعليمية.

هناك دراسة أجريت على 55908 نساء وأطفالهن، أظهرت هذه الدراسة وجود مشاكل عصبية في أطفال الأمهات ممن كان أعمارهن 30 سنة وأكثر أو كن عرضيات، أو منفصلات عن أزواجهن، أو أقل تعليما، أو مصابات بحالات كالربو والسكري، والتخلف العقلي، والأمراض العصبية، أو اكتشفن مشاكل الحمل مثل (الجيء بالمقعدة والمشيمة المتزاحة).

كما أجريت دراسة أخرى أجريت على 48 ولدا لديهم عيوب شديدة في القراءة كان أعمار والديهم فوق 30 عاما عندما ولدوا.

كذلك نشأ لدى أطفال الأمهات اللواتي يشربن كثيرا من الخمر خلال فترة الحمل وتسمى (متلازمة الجنين الكحولية) وهي نقص في النمو قبل الولادة وبعدها، ونشوء في ملامح الوجه، واختلال في وظيفة الجهاز العصبي، والنتيجة يمكن أن تكون صعوبات تعليمية.

2- العوامل البيئية:

وهي عوامل تتعلق بالوسط الذي ينشأ فيه الفرد وينمو وتشمل:

أ. البيئة البيونوجية (روح الأم) في هذه البيئة ينمو الطفل منذ الإخصاب وحتى الولادة ويؤثر على هذه البيئة:

- 1- سوء تغذية الأم الحامل.
- 2- نقص الرعاية الجسمية والنفسية.
- 3- اساية الأم ببعض الأمراض مثل الزهري والحصية الألمانية.
- 4- تعرض الأم للإشعاع.
- 5- تناول المخدرات أو المسكرات أو التدخين.
- 6- تناول العقاقير أو الأدوية دون إشراف الطبيب.

وهذه العوامل جميعها تعوق النمو الطبيعي للطفل مما يؤدي إلى حدوث صعوبات التعلم.

ب. البيئة الجغرافية أو الطبيعية: البيئة المعتدلة ذات الإمكانيات المناسبة تساعد على التعلم والنمو والعكس صحيح.

ج. البيئة الاجتماعية أو الثقافية وتشمل:

أ- الأسرة: هي الوسط الذي ينشأ فيه الفرد وتؤثر في نمو الطفل من خلال عدة جوانب تتعامل في:

أ. حجم الأسرة: إذا كان حجم الأسرة كبيراً يؤثر أحياناً سلباً على نمو الطفل وعلى تحصيله الدراسي والعكس صحيح.

ب. تركيب الأسرة: الأسرة الصوية تكون أفضل في تربيتها لأبنائها وإشرافها على تعليمهم ومناجاة تحصيلهم الدراسي أما الأسرة المتكسكة التي يعونها الشجار أو الهجر أو الطلاق أو غياب أحد الوالدين أو كليهما أو موت أحد الوالدين أو كليهما يظهر بين أفرادها هي الغالب مشكلات نفسية واجتماعية وإحساس بعدم الأمان بين الأطفال مما يؤثر على نموهم النفسي والدراسي.

ج. المستوى الاجتماعي الاقتصادي: تعني المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة لا يؤثر للطفل المذهرات التربوية الكافية والإمكانيات التي تساعد على نمو

شخصيته والعكس صحيح لذلك نجد أن مستوى الدافعية للتعلم غالباً ما يرتفع لدى الطبقات الوسطى والعليا أكثر من الدنيا.

د. تقريب المفضل بين أخوته: الطفل الأول يحظى برعاية قد لا تتاح لأخوته بينما الطفل الثاني يحظى برعاية أقل ولكنه يستفيد من خبرة والده في التنشئة بصورة أفضل أما الطفل الأخير فيكون مدعماً بنفس الشيء ينطبق على الطفل الوحيد الذي قد يتمتع بقدر من الحماية الزائدة من والده والتي تعوق نمو شخصيته وهذه الأمور مرهونة بدرجة كبيرة على ولي وعي الوالدين وظروف معيشة الأسرة.

هـ. الاتجاهات الوالدية في التنشئة: الاتجاهات الوالدية غير السوية مثل القسوة والإهمال والحماية الزائدة والتذبذب وإثارة الأنا النفسي تعوق نمو الأطفال مما يؤثر سلباً على تعلمهم وهذا يتوقف أيضاً على مدى إدراك الأطفال لمثل هذه الاتجاهات.

2- المدرسة: تلعب المدرسة دوراً أساسياً في ارتفاع أو انخفاض المستوى التحصيلي للطلاب وذلك من خلال التوسائط التربوية التالية:

1- المنهج والمقررات الدراسية: هل يلائم قدرات التلاميذ موادهم واتجاهاتهم وبسات شخصياتهم أم لا؟ وهل يعرض المادة العلمية عرضاً جيداً أم لا؟

2- الوسائل التعليمية: هل هي كافية ومنوعة وتستخدم استخداماً كفواً في العملية التعليمية أم لا؟

3- النشاط المدرسي: هل يرتبط بالثافة التعليمية ويسهم في استيعابها ورسوخ مفاهيمها أم لا؟ وهل يسهم في بناء شخصيات التلاميذ ومساعدتهم على التحصيل أم يعوق نموهم ويشتت جهودهم الدراسي؟

4- المعلم: شخصيته وإعدادة المهني والتربوي واتجاهه نحو مهنته ومدى إرضاءه لتطلعاته المادية والمهنية والاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في مستوى تحصيل التلاميذ.

5- نظام التقويم والامتحانات: هل مستمر طوول العام أم آخر العام فقط؟ وهل هو شامل أم جزئي؟ وهل مرناً أم جامداً؟

6- المباني المدرسية وإمكاناتها: والتي تتمثل في حجرات الدراسة والمدرجات والمعامل وما بها من تجهيزات وأدوات كلها عوامل تساعد على نجاح العملية التعليمية أما في حالة عدم توفرها تؤدي إلى إعاقة العملية التعليمية.

7- الإثارة المدرسية والمناخ الدراسي: هل هو مناخ ديمقراطي أم قائم على التسلسل؟ وهل يسوده الحزم أم التسوية؟

3- العوامل الفرعية البيئية وتشمل:

أ. عصر الوالدين: أشارت نتائج بعض الدراسات أن العمر المتقدم للوالدين وخاصة الأم قد يترتب عليه أخطاء كروموزومية أو كروموسومية تؤدي إلى ميلاد أطفال غير أصحاء ولكن هذه النتائج ليست مؤكدة على ملول الخطأ.

ب. نوع الولادة: الولادة المبكرة (قبل الأوان) التي لا تنهيها للوليد بعدها فرصة الحضانه الكافية تسبب مشاكل صحية وإعاقات بدنية كما أن الولادة باستخدام الآلات والشفط، تسبب نفس المشاكل، كذلك ولادة التوائم قد لا يسفر عن ميلاد أطفال أصحاء بسبب السعة الحيوية للرحم.

ج. تعرض الطفل للأمراض والحوادث: وخاصة أثناء الطفولة المبكرة وخاصة الأمراض التي تصيب المخ والجهاز العصبي كالحميات بأنواعها والتي تؤثر على التحصيل الدراسي للطفل.

الدسلكسيا Dyslexia

تأتي الدسلكسيا Dyslexia من كلمة يونانية معناها (صعوبة) وصعوبات التعلم تشمل ضعف في القراءة أو الكتابة والإملاء أو الأثين معا وأحيانا الرياضيات، فعصب الإحصائيات حوالي 10% من السكان مصابون بـ 4% Dyslexia فقط حالات متقدمة أو شديدة.

.. الأشخاص المصابون مستوى ذكاهم عادي جدا أو مرتفع أي (ليس له علاقة بالتخلف العقلي) و عادة ما يكونوا مبدعين في مجالات أخرى مثل الرسم، أو نواحي حرفية. - أحيانا صعوبات التعلم تكون مصاحبة لمرض نقص الانتباه وزيادة الحركة.

صعوبات القراءة Reading Disorder

وتظهر صعوبات القراءة على الشكل التالي:

- 1- تكون قدرة الطفل عند القراءة أقل من مستوى ذكاهه أو عمره (وذلك يتم عن طريق اختبارات نفسية معينة).
- 2- أيضا هذا الضعف يؤثر على مستوى الطفل في المدرسة من ناحية درجاته فهو ضعيف في مادة القراءة ولكنه جيد في المواد الأخرى.

- 3- عند القراءة نرى أن الطفل يزيد أو ينقص حرف في الكلمة أو ينطقها بطريقة خاطئة.
 - 4- أيضا يقرأ الطفل ببطء... وتفهمه لما يقرأ ضعيف
 - 5- أحيانا تراه يقرأ الكلمة مسبوحة في أول الصفحة ثم إذا تكررت في سطر آخر قد ينطقها بصورة خاطئة.
- الضعف في التركيز يؤدي إلى ضعف في استرجاع الحروف و معرفة أصواتها.

صعوبات الكتابة Writing Disorder

وتكون صعوبات الكتابة على النحو التالي:

- 1- تكون الجمل المكتوبة من قبل الطفل تحتوي على أخطاء إملائية كثيرة وعدم تنظيم في الفقرات.
- 2- نقل الكلمات بصورة خاطئة من السبورة.
- 3- يمسك الأرقام و الحروف عند الكتابة مثل 2، 6.
- 4- يجد صعوبة في التعرف على اليمين أو الشمال.
- 5- نلاحظ في مادة التعبير مثلا أن الجمل بدائية غير متوقعة من عمره ، اختيار المفردات أحيانا يكون غير جيد أو غير مناسب للمكان.
- 6- تسلسل أفكاره في الكتابة غير مرتب ومادة الإملاء تصبح من المواد المكروه لديه ، حيث تزيد عليه عند الكلمات اللازم عليه إتقانها.
- 7- درجاته ضعيفة في الإملاء و لكنه جيد في بقية المواد الأخرى.
- 8 صعوبات الكتابة قد تساحب صعوبات القراءة وأيضا قد تساحب ضعف الفهم و التعبير اللفوي.

خصائص المتعلم

المتعلم المصري،

- يدرك الفروق بين الحروف والكلمات.
- يتذكر ما يراه.
- يتعلم بملاحظة الأشياء.

المتعلم السمعي:

- يميز الفروق الصوتية بين الحروف والكلمات.
- يتذكر ما يسمعه.
- يتعلم بالاستماع والتحدث.

المتعلم اللمسي:

- يميز الفروق بين الأشكال والأصناف التي يلمسها.
- يتذكر ما يلمسه.
- يتعلم بالكتابة والتتبع واللعب.

المتعلم الحركي:

- يميز الفروق بين الخبرات.
- يتذكر حركات الجسم.
- يتعلم بالعمل والنشاط البدني / كالرحلات والطبخ والبناء والتمثيل

خصائص صعوبات التعلم

صعوبات التعلم تمتاز بالتنوع والتلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم مجموعة غير متجانسة، كما إن خصائص صعوبات التعلم قد لا تظهر مجتمعة لدى التلميذ الواحد، وإن لكل تلميذ خصائصه التي تعينه عن الآخرين حتى لو اشترك معهم في ناحية وطبيعة المشكلة.

ويكمن إيضاح خصائص صعوبات التعلم على النحو التالي:-

الخصائص الأكاديمية لصعوبات التعلم

تظهر صعوبات التعلم في المجالات الأكاديمية الرئيسية كالرياضيات والقراءة والإملاء والتعبير والخط وعليه يمكن ذكر الخصائص التالية:

1. خصائص صعوبات التعلم في الرياضيات:

يوجد التلاميذ صعوبة في التفكير الكمي اللازم لمعرفة الكميات وبالتالي في مفاهيم الإعداد والأرقام ومدلولاتها الفعلية، ومعرفة الحقائق الرياضية كالجمع والطرح والضرب

والتقسمة، كما قد يجد التلاميذ صعوبة في معرفة قيم الخانات والتمثيل التباعدي والتنازلي للأرقام والأعداد وقراءة وكتابة الأعداد المكونة من خانات متعددة.

وقد يواجه بعض التلاميذ صعوبة في معرفة معاني الرموز الرياضية ذات المدلولات المحددة مثل العمليات الأربع (+، ×، -، ÷) بينما قد يواجه البعض مشكلة في التمييز بين الأرقام المتشابهة كتابة، مع اختلافهما في الاتجاه مثل: (6.2)، كما يواجه بعض التلاميذ إدراك الفرق بين الأشكال الهندسية وخاصة المتشابهة والعلاقة بين الأطوال والأوزان. كما قد يجد كثيراً من التلاميذ صعوبات كبيرة في حل المسائل المنطقية حيث قد تشكل لغة المسألة مشكلة بالإضافة لعوامل أخرى مثل القدرة على تحديد المطلوب ومتابعة أفكار المسألة وتذكر المعلومات السابقة، وإجراء العمليات الحسابية.

وللذاكرة دور كبير في بعض مشاكل الرياضيات كسرعة نسيان الأرقام والأعداد وكيفية إجراء العمليات الحسابية وتذكر الحقائق الرياضية والتعليمات المرفقة بالحل ونحو ذلك.

خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات في الرياضيات:

1- اليأس من اكتساب الرياضيات

يساهم الغشل الأكاديمي المتواصل لهؤلاء الطلبة في بروز حالة يأس مكتسبة في الرياضيات، وينشأ هذا اليأس من إجراء محاولات الطلبة المتكررة لحل المسائل في الوقت الذي لا يدركون فيه المفاهيم الرياضية مثل مفهوم (+، ×، -، ÷)

ويؤدي تدني الإدراك لدى الطلاب إلى الشواكل والامستصاد على المدرس، مما يعزز الاعتقاد لديه بالحاجة المستمرة للعين الخارجي لحل المسائل على نحو صحيح، فيكون بذلك متعلماً سلبياً إلى جانب تدني مستوى الدافعية لديه نحو التعلم.

1- مشكلات خاصة بمعالجة المعلومات

يظهر الطلبة ذو صعوبات التعلم مشكلات تساهم في ضعف التحصيل في الرياضيات خاصة فيما يتعلق بمعالجة المعلومات، وفيما يلي عرضاً لعناصر مختارة من معالجة المعلومات وإظهار كيفية تأثيرها في الأداء الرياضي:

أ- مشكلات الانتباه:

يواجه الطالب صعوبة في إدامة الانتباه لخطوات حل المسائل وتسلسلها، والمصدر التعلم ومتابعته.

ب- الصعوبات البصرية المكانية-

1- يواجه الطالب صعوبة في تحديد المكان المناسب للحل، كما يواجه صعوبة في الكتابة بخط مستقيم.

2- يعاني الطالب من صعوبة في التمييز بين الأعداد المتشابهة مثل (6.2) أو (8.7) أو بين العدد ومعمكوسة مثل (17، 71) أو (38، 83) وبين رموز العمليات الحسابية وفي قراءة الساعة ذات المقارب، وقد يعاني من صعوبة في تحديد الاتجاهات في الرياضيات مثل فوق تحت في القسمة واليمين واليسار عند إعادة الترتيب للأعداد.

ج- صعوبات المعالجة السمعية-

1- يعاني الطلبة من صعوبة في أداء التمارين الشفوية.

2 يواجه الطالب صعوبة في البدء بالعد من وسط تسلسل عددي كثن يعد من 6-10 بدلاً من 1-10.

د- مشكلات الذاكرة-

يواجه الطلبة صعوبة في تذكر الحقائق الرياضية والمعلومات الجديدة، مما قد ينشأ عنه صعوبة في ربط الخبرات السابقة بالحالية. وبالتالي فقد يؤدي هذا إلى مواجهة الطفل صعوبات في تذكر الخطوات المطلوبة لحل المسائل ذات الخطوات وخاصة المسائل القرائية، ويواجه الطالب نتيجة لضعف الذاكرة أيضاً صعوبة في الإخبار عن الوقت.

هـ. المشكلات الحركية-

يواجه الطلبة صعوبة في كتابة الأعداد بصورة مقرونة، وتكون كتابتهم بطيئة جداً وغير صحيحة في كثير من الأحيان، ويواجهون أيضاً صعوبة في كتابة الأعداد في المساحات المقررة للحل، حيث أن خطأ كتابتهم كبير جداً وتغير متماثل، ويعود ذلك إلى صعوبة في التحكم بالعضلات الدقيقة

ب- خصائص صعوبات التعلم في القراءة والكتابة Dyslexia

- الدسكسيا تأتي من كلمة يونانية معناها (صعوبة مع الكلمة)
- صعوبات التعلم تشمل ضعف في القراءة أو الكتابة أو الإملاء أو الأشحن معا و أحيانا الرياضيات.
- حسب الإحصائيات حوالي 10% من السكان مصابون بـ 4% DYSLEXIA فقط حالات متقدمة أو شديدة
- الأشخاص للمصابون مستوى ذكائهم عادي جدا أو مرتفع أي(ليس له علاقة بالتخلف العقلي) و عادة ما يكونوا مبدعين في مجالات أخرى مثل الرسم..أو نواحي حرفية.
- أحيانا صعوبات التعلم تكون مصاحبة لمرض نقص الانتباه وزيادة الحركة ADHD

خصائص صعوبات في القراءة Reading Disorder

- تكون قدرة الطفل عند القراءة أقل من مستوى ذكائه أو عمره (وذلك يتم عن طريق اختبارات نفسية معينة).
- أيضا هذا الضعف يؤثر على مستوى الطفل في المدرسة من ناحية درجاته فهو ضعيف في مادة القراءة ولكنه جيد في المواد الأخرى.
- عند القراءة ترى أن اللفظ يزيد أو ينقص حرف في الكلمة أو ينطاشها بطريقتة خاطئة.
- أيضا يقرأ الطفل ببطء... وتفهمه لما يقرأ ضعيف
- أحيانا تراه يقرأ الكلمة صميمة في أول الصفحة ثم إذا تكررت في سطر اخر قد ينطقها بصورة خاطئة.
- الضعف في التركيز يؤدي الى ضعف في استرجاع الحروف و معرفة أصواتها.

صعوبات في الكتابة Writing Disorder

- تكون الجمل المكتوبة من قبل الطفل تحتوي على أخطاء إملائية كثيرة وعدم تنظيم في الفقرات.
- 1- نقل الكلمات بصورة خاطئة من السبورة.
- 2- يعكس الأرقام و الحروف عند الكتابة مثل 6,2

- 3- يجد صعوبة في التعرف على اليمين أو الشمال.
 - 4- تلاحظ في مادة التعبير مثلاً أن الجمل بدائية غير متوقعة من عمره ، اختيار المفردات أحياناً يكون غير جيد أو غير مناسب للمكان.
 - 5- تسلسل أفكاره في الكتابة غير مرتب ومادة الإملاء تصبح من المواد المكروه لديه، حيث تزيد عليه عدد الكلمات اللازم عليه إتقانها.
- درجاته ضعيفة في الإملاء، ولكنه جيد في بقية المواد الأخرى.
- صعوبات الكتابة قد تصاحب صعوبات القراءة وأيضاً قد تصاحب ضعف التهم والتعبير اللغوي.

تظهر في أشكال متنوعة فمن التلاميذ من يجد صعوبة باللغة في الربط بين شكل الحرف وصوته، وفي تكوين كلمات من مجموعة حروف وهي التمييز بين الحروف التي قد تختلف اختلافات بسيطة في شكلها مثل (ب، ن)، (ت، ي)، (ص، ض) وقد يجد البعض صعوبة في فهم ما يقرأ، ولو كانت قرأته الظاهرية سليمة. وقد يظهر التلاميذ صعوبة في التعرف على التسريع على الكلمات وهي تحليل أو تهجي الكلمات لفرض نطقها، كما أن هناك من يواجه مشكلة كبيرة في معرفة وتذكر علامات التشكيل ومدى تأثيرها على نطق الأصوات الكلامية التي تمثل بالحروف الهجائية.

وقد يقوم التلميذ بحذف بعض الحروف وإضافة البعض الأخر أو إبدال الحروف ببعض أو تشويه نطقها، كما قد يمسك بعض الحروف أو يقلبها.

ج - خصائص صعوبات التعلم في الإملاء: هناك صعوبات قد تكون مرتبطة بمشكلة القراءة ومنها ما يتعلق بمشاكل الخط ومنها ما يكون مستقلاً بذاته مثل:

عدم القدرة على كتابة الكلمات الشائعة الاستخدام وعدم القدرة على تمييز الأدوات المنزلية وبالتالي الخطأ في الكتابة المطابقة لما قيل، هذا بالإضافة إلى الحذف والإضافة والإبدال، كما يشترك تلاميذ الصعوبات مع غيرهم من عامة التلاميذ في الأخطاء الشائعة مثل عدم التمييز بين التاء المفتوحة والمربوطة والخطأ في كتابة الكلمات التي تبدأ باللام الشمسية والخطأ في مواضع الهمزات وعدم التمييز بين النون والتنوين وبين الحركة والحرف إلا أن التلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم تتميز أخطائهم بالاستمرارية.

(د) خصائص صعوبات التعلم في التعبير التحريري:

من أهم الخصائص التي تظهر على تلاميذ الصعوبات تعلم قسر المقالات وقلة الأفكار وعدم ترابطها وضعف المفردات المستخدمة فيجد هؤلاء التلاميذ صعوبة في التخطيط للكتابة وتوليد الأفكار وترتيبها ترتيباً منطقياً وتحديد الأفكار الرئيسية والمساندة، كما يجدون صعوبة في المراجعة والتصحيح وهي آلية الكتابة كالإملاء كما يجدون صعوبة في المراجعة والتصحيح وهي آلية الكتابة كالإملاء والخط، كما أن كثيراً منهم يعاني من عدم المرونة في الكتابة اليدوية.

(هـ) خصائص صعوبات التعلم في الخط:

يعتمد الخط على عنصرين أساسيين هما السرعة والوضوح وهذه من التواحي التي يجد التلاميذ صعوبة في تحقيقها، فالكثير ممن لديهم صعوبات تعلم يكتب بخط غير واضح ولا يعطى الحرف حقه في الرسم كما تظهر صعوبة في عدم القدرة على التحكم في حجم الحرف فقد يكون صغيراً لا يمكن قراءته أو كبيراً لا يتناسب مع بقية الحروف، كذلك عدم القدرة على التحكم في حجم الفراغات بين الحروف أو بين الكلمات وكذلك الإنحراف عن السطر كما يجد بعضهم صعوبة في عدم القدرة على تحريك القلم حركة مرنة وكذلك في الإمساك بالقلم وفي التأزر بين العين واليد.

(و) خصائص الصعوبات في المواد الأكاديمية الأخرى:

هناك تلاميذ يجدون صعوبة في تعلم المواد الدراسية الأخرى، كالعلوم والجغرافيا وغيرها، ومن أهم مظاهر صعوبات التعلم ضعف كثير من التلاميذ في استخدام الاستراتيجيات اللازمة لفهم المادة الدراسية وتذكر المعلومات كإستراتيجيات تنظيم المعلومات وربط الأفكار وتحديد للمعلومات الهامة وربطها بما قد يعرفه مسبقاً.

الخصائص الفكرية

إن صعوبات التعلم تظهر في العمليات الفكرية الأساسية وهي الانتباه والذاكرة والإدراك، وإن اضطراب أي منها يؤثر على التفكير واللغة الشفوية وتتميز كل منها بخصائص معينة كالآتي:-

(أ) خصائص صعوبات التعلم في الانتباه:

يجد البعض صعوبة في الاستمرار منتهياً إلى المادة التي يحاول تعلمها مدة كافية فعلاجها أو إيجاد مشكلة في الانتقال من فكرة إلى أخرى حين يقرأها، كما يجد مشكلة في متابعة تسلسل المعلومات أو الأفكار.

(ب) خصائص صعوبات التعلم في الذاكرة:

الذاكرة تتقسم من حيث المدة إلى أقسام، أهمها الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة بعيدة المدى، وتتصف الذاكرة لدى هؤلاء التلاميذ بسرعة فقد المعلومات.

كما تصنف الذاكرة من حيث المعالجة إلى سمعية وبصرية وحسية - حركية، ومن سمات الذاكرة السمعية صعوبة تذكر ما قد سمعه التلميذ من أرقام أو كلام أو تعليمات أو شرح أو نحو.

أما مشكلة الذاكرة البصرية فتظهر في صعوبة تذكر ما قد شاهد التلميذ بطريقة الحل أو كتابة الكلمات بينما تظهر صعوبات التعلم المرتبطة بالذاكرة الحسية - الحركية في عدم قدرة التلميذ على ما تذكر لسمه أو ما قامت به يده من حركة.

(ج) خصائص صعوبات التعلم في الإدراك:

الإدراك هو معرفة حقيقة الشيء، ويتطلب ذلك معرفة خصائص ذلك الشيء التي تميزه عن ما قد يشبهه.

وكما هي الذاكرة تنفرع صعوبات التعلم في الإدراك حسب نوعية المعالجات المطلوبة كالمعالجات السمعية والبصرية والحسية - الحركية.

ومن أهم الخصائص المرتبطة بالإدراك عدم القدرة على تمييز أوجه الشبه والاختلاف بين ما يصل إلى الأحاسيس من مثيرات. ففي الناحية البصرية يجد التلميذ مشكلة في معرفة الأرقام والحروف والكلمات والأشكال الهندسية ونحوها.

ومن الناحية السمعية عدم القدرة على التمييز بين أصوات الحروف والكلمات وعدم فهم اللغة الشفوية بشكل عام.

ومن ناحية الإدراك الحسي - الحركي قد تسبب في صعوبة الكتابة اليدوية المعروفة بالخط.

كما يجد البعض صعوبة في إعطاء الإجابة فور سماع السؤال رغم معرفته بها.

(د) خصائص صعوبات التعلم في التفكير:

تشمل تكوين المفاهيم وحل المشكلات، فمن صعوبات التعلم في التفكير الاتضاعية، وضعف التركيز، ومقاومة التفكير، وضعف أو عدم تنظيم وتصنيف الأفكار والمعلومات

وعند الوصول للمعنى العميق للمعلومة والميل إلى الاعتماد على الآخرين فيما يحتاج إلى تفكير.

هـ) خصائص صعوبات التعلم في اللغة الشفوية:

قد يجد بعض التلاميذ مشكلة في أي مرحلة من مراحل العملية اللغوية كالاستقبال أو المعالجة أو التعبير أو فيها مجتمعة مثل:

السموية في فهم المسموع، ويطبق المفردات بالساوكة، والتمييز بين الكلمات المتشابهة وإتباع التعليمات الشفوية واختيار المفردات وبناء الجمل والمرونة في التعبير عن الأفكار.

الخصائص المعرفية

هناك مشكلة في الإستراتيجيات المعرفية وفوق المعرفية، ويقصد بالإستراتيجيات المعرفية الإجراء الفعلي الذي يقوم به المتعلم أثناء اكتسابه للمهارة أو للمعلومة بينما يراد بالإستراتيجيات فوق المعرفية الوعي والتحكم في تلك الإجراءات، فإذا أدرك التلميذ أهمية وضع خطأ، تعدد الأفكار المهمة ثم قام بذلك فقد جمع بين النوعين المعرفي وفوق المعرفي.

الخصائص الاجتماعية

التواصل الاجتماعي قد يتأثر بسبب صعوبة التعلم، أي أن صعوبات التعلم قد تظهر في النواحي الاجتماعية، والاهتمام بهذه الناحية من صعوبات التعلم لم تظهر إلا في الآونة الأخيرة.

ومن المظاهر العامة التي تبدو على التلاميذ تعلم ضعف المهارات الاجتماعية كمهارات السلام على الآخرين (التحية) والقدرة على مقاومة الانجذامات السلبية، وتقبل النقد، والرد على الثناء وإخذ الدور في الحديث ومعرفة مؤشرات قبول أو رفض الآخرين ومعرفة الأعراف الاجتماعية لتعري الصواب في التعامل مع الآخرين وتجنب الخطأ، كما يظهر في عجز كثير من التلاميذ عن تكوين صداقات مع زملائهم.

الخصائص النفسية

المعروف أن التلاميذ الذين يواجهون صعوبات تعلم يواجهون تديناً في مفهوم الذات وفي تصورهم لقدراتهم، فكثير منهم يرى نفسه غير قادر أو يعزو فشله ونجاحه لأسباب خارجية ليس له القدرة على التحكم فيها.

الخصائص الانفعالية

يعتقد أن الفشل الأكاديمي المتكرر يسفر عن ضعف احترام الذات، وإلى سلبية نحو تعلم الرياضيات، حيث أن رد الفعل الانفعالي لدى بعض الأفراد نحو الرياضيات يصل إلى درجة إصابتهم بالقلق والإزعاج الحاد. وتشأ هذه الحالة من توقع الفشل وتدني احترام الذات مما يؤدي إلى شعور الطلبة بالتوتر الشديد لدرجة تتعطل فيها قدراتهم عن الحل والتعلم، وتطبيق المبادئ الرياضية.

المنهاج الدراسي والتدريس

يساهم ضعف المنهاج الدراسي، وعدم ملاءمته إلى جانب قلة التنويع في تدني مستوى التحصيل في الرياضيات لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وكذلك فإن نقص المواد الرياضية المناسبة يضاعف من مشكلة ضعف المنهاج الدراسي والتدريس، كما أن الضغط على المدرسين لإنهاء المنهاج الدراسي في وقت محدد لا يوفر الوقت الكافي لرعاية ذوي الحاجات الخاصة من ذوي صعوبات التعلم، وحيث أن المهارات الجديدة تعتمد على مدى إنشاز للمهارات المسبقة فإن انتهاء عرض المنهاج دون فهم هؤلاء الطلبة يزيد من شعورهم بصعوبة الرياضيات، حيث تتراكم هذه الصعوبات سنة بعد أخرى، ويتعذر استقلال الخيارات السابقة التي لم يتم فهمها في بناء خيارات جديدة، ولعل هذا الأمر من الأسباب التي تدعو إلى فصل الطلاب ذوي الصعوبات في صفوف أخرى، ولكن وعلى الرغم من بعض الإيجابيات التي قد تنشأ عن فصل الطلبة، إلا أن هناك سلبيات كثيرة لهذا الفصل.

الخطوط العريضة لتعليم الطالب ذو صعوبات التعلم

- 1- دور المدرسة مهم في تفهم مشكلة الطفل.
- 2- بدأ الخطة الفردية المخصصة للطفل.
- 3- من الضروري استعمال الاستراتيجيات الخاصة بصعوبات التعلم في التعامل مع الطفل.
- 4- الاعتماد عن تكثيف الواجبات الممنوعة للطفل كتنقية للضعف الذي يعانيه.. فالجهود الذي سيمثله مضاعف مقارنة بالطفل العادي بالإضافة إلى أن قدرته على التعلم اضعف من الطفل العادي، فذلك قد يؤدي إلى نتيجة عكسية وإحباط، مع زيادة كرهه للمادة.

- 5- من المهم أن يعرف المعلم أن الطفل غير مهمل من قِسمه وليس مصاب بالغباء، ولكن لديه إعاقة تمنع صعوبات التعلم.
- 6- استعمال التشجيع المستمر لرفع المعنويات سواء كان في البيت أو المدرسة من الأساسيات في صعوبات التعلم.

غرفة مصادر التعلم وهامها

هو ذلك الحيز المكاني الذي تجري فيه وتطلق منه الخدمات التربوية المتخصصة فهو نظام تربوي يحتوي على برامج ووسائل متخصصة تكفل للتلميذ تربيته وتعليمه بشكل هادئ يتناسب مع خصائصه واحتياجاته وقدراته في حين أنها تفسح المجال أمامه ليتعلم في الفصل العادي مع أقرانه من الطلبة معظم وقته.

مهام معلم غرفة مصادر التعلم

- 1- الكشف والتشخيص المبكر من خلال أدوات القياس المتننة وغير المتننة.
- 2- تشخيص الحالة وكتابة التقرير الأكاديمي.
- 3- عمل الخطط التربوية الفردية.
- 4- عمل الخطط الفردية التعليمية.
- 5- عمل وتصميم البرامج التعليمية الخاصة.
- 6- متابعة أداء الطالب ومدى تقدمه.
- 7- تقييم الطالب بعد كل مرحلة تربوية.
- 8- استخدام وتطبيق مقاييس الذكاء.

أساليب علاج صعوبات التعلم

1- أسلوب جيلنجهام *Gillingham's Method*

أسلوب جيلنجهام هو أسلوب لتعليم القراءة الملاجية والتهجئة. وقد استخدم بشكل واسع مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم. وقد طُوِّر جيلنجهام أسلوبه هذا اعتماداً على نظرية أورتن في صعوبات القراءة. ويمتد أسلوبه في تعليم القراءة على الطريقة الصوتية وهو برنامج عمالي التنظيم ويطلب خمس حصص (دروس) في الأسبوع ولدة سنتين على أقل.

تقدير. وتركز النشاطات الأولية في أسلوب جلتجهام على تعليم الطلبة أصوات الحروف ومزج المقاطع. ويتم توظيف المنصبي متعدد الحواس في تعليم الأحرف. وتعد التهجئة جزءاً من هذا الأسلوب إذ يطلب من الطالب كتابة الأحرف ويطلب منه في الوقت نفسه أن يقط صوت الحرف، ثم اسم الحرف. ومن الجدير بالذكر أن القراءة المستقلة يتم تأخيرها إلى أن يتم تعليم الجزء الأكبر من هذا البرنامج الصوتي.

2- أسلوب فيرنالد Fernald's Method

هو أسلوب طوره فيرنالد لتعليم القراءة العلاجية، وهو شائع الاستخدام مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم. ويعتمد هذا الأسلوب واحداً من الألفبائية التي وضعت المنصبي متعدد الحواس. وفي هذا الأسلوب يتم استخدام وتوظيف حواس عدة هي (البصرية، والسمعية، واللمسية، والإحساس بالحركة). ويعتمد فيرنالد في أسلوبه على تعليم الكلمة ككل. وحسب أسلوب فيرنالد يتم اختيار المفردات المراد تعلمها من خلال قصص يملئها الطالب على المعلم ويقوم المعلم بتعليم هذه الكلمات ككل، وبدون أية محاولة لاستخدام الطريقة الصوتية في تعليم الكلمة. وبعد أن يقوم المعلم بتعريف الكلمات المجهولة (غير المعروفة بالنسبة للطالب) يقوم الطالب بكتابتها لكي تتطور لديه مهارة التعرف على الكلمة، ثم توضع الكلمة في سياق ذي معنى (جملة). ويؤكد فيرنالد في أسلوبه على خبرات النجاح بهدف استثارة دافعية الطالب للتعلم والمحافظة عليها. وتجدر الإشارة إلى أن طريقة فيرنالد تتكون من أربع مراحل هي:

- يكتب المعلم في المرحلة الأولى الكلمات الجديدة بأحرف كبيرة على ورقة مستعينة بالألوان الشمعية، ثم يقوم الطالب بتتبع هذه الكلمة بأصابعه (توخاراً، حاسة اللمس والإحساس بالحركة) في الوقت الذي يسمع فيه المعلم وهو يلفظ الكلمة (توظيف الحاسة السمععية). ويتم تكرار هذه العملية حتى يتمكن الطالب من كتابة الكلمة دون وجود النموذج. وبعد الانتهاء من هذه المهمة توضع الكلمة في ملف خاص. وبعد أن يتراكم عدد كافٍ من الكلمات في هذا الملف، يطلب من الطالب كتابة قصة باستخدام تلك الكلمات ويتم طباعة قصة الطالب ليقيم بقرائنها بعد ذلك.
- لا يطلب من الطالب في المرحلة الثانية تتبع كل كلمة على حدة، لكنه يتعلم الكلمات الجديدة من خلال النظر إلى نموذج كتابة المعلم للكلمة. ويلفظها الطالب ثم يقوم بكتابتها.

ج- يتعلم الطالب في المرحلة الثالثة الكلمات الجديدة من خلال النظر إلى نماذج مطبوعة للكلمة ويكررها لنفسه بطريقة صامتة (قراءة صامتة) ثم يقوم بكتابة الكلمة. وفي هذه المرحلة يتم استخدام الكتب المدرسية أو المواد المطبوعة.

د- يكون الطالب في المرحلة الرابعة قادرا على التعرف على الكلمات الجديدة من خلال تشابهها مع الكلمات (أو أجزاء من الكلمات) التي سبق له تعلمها. وبهذا يكون الطالب قادرا على تعميم المعرفة من خلال اكتسابه للمهارات، الثرائية.

3- أسلوب كيفارت Kephart's Method

نيويل كيفارت (Newell Kephart) هو صاحب نظرية الإدراك الحركي في مجال صعوبات التعلم، وهو أحد رواد هذا الميدان، وتقتصر نظريته التي استمدت مفاهيمها من علم نفس النمو، أن النمو الإدراكي - الحركي الطبيعي يساعد في تأسيس مفاهيم صلبة وثابتة عن العالم. وقد اعتقد كيفارت بأن هناك تباينا بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم فيما يتعلق بالنمو الحركي. فالأطفال العاديون يكونون قادرين على تطوير عالم إدراكي - حركي ثلث في عمر السادسة. أما بالنسبة للأطفال ذوي صعوبات التعلم فإن علمهم الإدراكي - الحركي غير ثابت وغير معتقر. وغالبا ما يواجه هؤلاء الأطفال مشكلات عديدة عندما يتعاملون مع المواد الرمزية - أو كما يسميها كيفارت بالحقائق الأساسية حول العالم الذي يحيط بهم- وذلك بسبب التوجيه غير للملائم وخصوصا أبعاد الفراغ والزمن. ومن وجهة نظر كيفارت فإن أول تعلم للفرد هو تعلم حركي (الاستجابات العضلية والحركية) ومن خلال هذا السلوك الحركي يتفاعل الفرد مع العالم المحيط به ويتعلم منه. فالطفل في أثناء نموه الطبيعي يكتسب أشكالا متقوسة من الحركة يمكن من خلالها أن يطور تعميمات حركية ثم يبني عليها تركيبا إدراكيا. ولأن الأطفال لا يستطيعون فحص كل ما يحيط بهم أو استكشافه عن طريق الحركة فإنهم يتعلمون فحص بعض الأشياء واستكشافها بطريقة إدراكية. وقد يعتقد الطفل بأن المعلومة الإدراكية تكون أكثر قيمة وذات معنى أفضل وأوضح عند ربطها بمعلومات حركية تعلمها الحقل في السابق وحققت تناسقا فيما بينهما.

ومن وجهة نظر كيفارت فإن الطفل العادي يمكن أن يطور مهارات الإدراك والحركة في الوقت الذي يلتحق فيه بالمدرسة، مما يساعده على مواجهة التعلم المدرسي. أما الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم وبخاصة في الصفوف الثلاثة الأولى فإنهم يعانون من قصور في نمو الإدراك والحركة مما يؤثر على تحصيلهم المدرسي، ولهذا اقترح

كيفيات تزويدهم ببرامج تدريبية لمساعدتهم على التغلب على هذه المشاكل. ومن الجدير بالذكر أن كيفيات عمل على تطوير برنامج مكثف لتدريب المهارات الإدراكية الحركية ويتضمن هذا البرنامج العناصر الرئيسية التالية: الوضوح الجسمي، والتوازن، واليقصير الجسمي، وإدراك الاتجاهات.

4- أسلوب فروستج Frostig's Method

تعد ماريان فروستج (Marianne Frostig) من الرواد الذين أسهموا في مجال صعوبات التعلم، وبخاصة في مجال دراسة الاضطرابات في العمليات الإدراكية. فبعد استقرارها في الولايات المتحدة وبعد عملها مع المنحرفين في لوس أنجلوس في بداية الخمسينيات، لاحظت فروستج أثناء عملية القياس، أن لدى هؤلاء الأفراد مؤشرات تدل على الاضطرابات الإدراكية. وكانت فروستج قد لاحظت مثل هذه المؤشرات على أطفال آخرين خلال فترة عملها في كل من النمسا وبلندا. وخلصت إلى نتيجة أن هؤلاء الأطفال يعانون من خلل وظيفي عصبي. وقد فلقتها أبحاثها اللاحقة لتطوير اختبار يدعى (الاختبار النمائي للإدراك البصري) كما طورت أدوات لتدريب الأطفال الذين يعانون من صعوبات إدراكية بصرية. وقد لاقى اختبارها وبرنامجها التدريبي شهرة واسعة في الستينيات ولكن هذه الشهرة تضائلت وبخاصة بعد نشر العديد من الدراسات التي استهدفت تحديد تأثير برنامجها في تدريب الإدراك البصري التي توصلت إلى أن برامج تدريب الإدراك البصري وحدها لم يكن لها تأثير ذو دلالة على التحصيل القرائي.

5- المنحى متعدد الحواس Multisensory Approach

المنحى متعدد الحواس طريقة بنيت في أساسها على الافتراض القائل بأن الطالب يتعلم المحتوى بطريقة أفضل إذا ما قدم له هذا المحتوى عبر قنوات حسية متعددة. وغالباً ما يتضمن هذا المنحى استخدام الحواس التالية: البصرية (Visual)، والسَمعية (Auditory)، والإحساس بالحركة (Kinesthetic) أو اللمسية (Tactile) وعادة ما يطلق على المنحى متعدد الحواس اسم (VAKT) وهي إشارة للحواس التي يتم استخدامها. ولزيادة الإثارة اللمسية والإحساس بالحركة لدى الطالب أثناء التعلم، يمكن للمعلم استخدام الأحرف والأرقام المكتوبة بورق الزجاج، أو الأحرف البارزة، أو الدهان بالأصابع أو أحواض الرمل، الخ. وقد استخدم كل من فيرنالد وجنجهام هذا المنحى في تعليم القراءة للأطفال ذوي صعوبات التعلم، وهناك أساليب علاجية حسب نوع الصعوبة مثل:

علاج صعوبات التذكر البصري

- 1- تذكر شكل لم يكن موجود في مجموعة صور شاهدها الطفل.
- 2- تذكر الشكل الناقص في مجموعة صور شاهدها الطفل.
- 3- الترتيب على إعادة ترتيب صور بنفس ترتيبها.
- 4- وصف تفاصيل صورة شاهدها الطفل.
- 5- سؤال الطفل عن تفاصيل في الصورة.
- 5- وصف مشهد في فيلم كرتوني.
- 6- سؤال الطفل عن تفاصيل مشهد في فيلم الكرتون.
- 7- إعادة ترتيب أدوات على المكتب كما كانت.
- 8- إعادة ترتيب الشكل والموقع والترتيب واللون.

علاج صعوبات التذكر السمعي

- 1 الترتيب على تذكر الجمل بصورة متدرجة.
- 2- الترتيب على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها.
- 3- الترتيب على إعادة الأرقام بالعكس.
- 4- الترتيب على إعادة مضمون قصة يلقبها المدرب.

علاج صعوبات التذكر اللمسي

- 1- يلقى الطفل عبة ويلمس أشياء مجسمة ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب الذي لمسها به.
- 2- يلمس الطفل عدة مثيرات مختلفة (خشن ، بارد ، ناعم ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب الذي لمسها به.

علاج صعوبات تكوين المفهوم

المفهوم هو فكرة عامة تكونها عن شيء أو شخص أو موقف نطلق عليه لفظ يدل عليها بعد أن نكتسب اللغة وهذا اللفظ مستمد من لغة الحديث والكتابة العادية أو من الكتب والدوريات والمعاجم العلمية.

علاج صعوبات تكوين المفهوم يحتاج إلى الخطوات الآتية

● الوعي بخصائص الأشياء والأشخاص والمواقف

- 1- الوعي بخصائص الكتاب.
- 2- الوعي بخصائص القلم.
- 3- الوعي بخصائص العلم.
- 4- الوعي بخصائص الطبيب.
- 5- الوعي بخصائص موقف التعليم.
- 6- الوعي بخصائص موقف الصلاة.
- 7- معرفة أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء والأشخاص والمواقف
- 8- أوجه الشبه والاختلاف بين القلم الرصاص والقلم الجاف.
- 9- أوجه الشبه والاختلاف بين الكتاب والمجلة.
- 10- أوجه الشبه والاختلاف بين المدرس والأب.
- 11- أوجه الشبه والاختلاف بين الطبيب والفلاح.
- 12- أوجه الشبه والاختلاف بين موقف خطبة الجمعة وموقف التعلم في الفصل.
- 13- أوجه الشبه والاختلاف بين موقف صلاة الجمعة وصلاة الظهر.

● تحديد العوامل المشتركة ضمن مجموعة الأشياء والأشخاص والمواقف

وهذه الخطوة تنقسم إلى أربعة مستويات:

- 1- رفع مستوى التصنيف. مثال: الكتاب والدفتر: وسيلة للدراسة، مصنوعة من الورق، لها غلاف.
- 2- استخدام أكثر من خاصية للتصنيف. مثال: البحر: مكان للسباحة، مياهه مالحة، مكان للصيد، تسير فيه السفن.
- 3- إيجاد أسماء لفئات مثال: (الفواكه تضم.....)، (العيادة تضم.....).
- 4- تكوين فئات متدرجة. مثال: وسائل المواصلات تضم (وسائل مواصلات برية) (وسائل مواصلات بحرية) (وسائل مواصلات جوية)

تحديد المحركات والشواهد التي تستخدم في التعرف على ما يتضمنه المفهوم في: تنمية مهارات الطفل ، النشابة ، التضاد ، علاقة الجزء بالكل ، العلاقة السببية .

التحقق من ثبات المفهوم .

ويتم ذلك من خلال التعلم الأمثل. أي: للواقف الواقعية مثل التأكد من أن مياه البحر مالحة ومشاهدة الكتب والأفلام مثل التأكد من أن وسائل المواصلات برية وبحرية وجوية وأن كل تصنيف يتضمن بداخله وسائل أخرى.

11

إرشاد ذوي الاحتياجات

الخاصة وذويهم

Learning Disorder

أولاً: إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

تقديم

تعدد مجالات الإرشاد وتشعب إلا أن إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت من أهم هذه المجالات، وتكمن هذه الأهمية في أن الفرد المعاق من أشد المحتاجين إلى مثل هذه الخدمات نظراً للمشكلات الاجتماعية التي يعاني منها أو يتعرض لها، فالمشكلات التي يعاني منها تكون عديدة منها: الميل إلى الانسحاب والعزلة والإحساس بأنه عبء على الآخرين. ومن المشكلات التي يتعرض لها الفرد المعاق أيضاً ردة فعل سلبية من الآخرين كالإحجام عنه والنظر إليه على أنه إنسان عاجز خاصة إذا كانت الإعاقة واضحة. إن نظرة التحديق في الأصم الذي يتحدث بلفة الإشارة مع أسرته، والنظرة للفرد المأجز جسدياً، أو عدم الاهتمام الجاد بالمعاق بصوراً من قبل الأفراد الأصحاء، مثل هذه المواقف تدفع بالمعاق إلى العزلة أو الاختلاط بأشخاص محدودين من أقرابه.

وكما هو معلوم فإن الطفل المعاق له بناء نفسي خاص به نتيجة لما لحق به من الإعاقة وإحساسه بالاختلاف عن غيره من الأطفال الآخرين... وتؤدي الإعاقة بالطفل إذا لم تساعده وتقدم له العون إلى اضطراب صورته عن ذاته وهي حجر الزاوية في البناء النفسي ويترقب علي ذلك عدم تحقيق التوافق مع نفسه ومع الآخرين ولذلك تظهر بعض المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال مثل العدوانية والنشاط الزائد والانطواء والانسحاب والتبول اللاإرادي وغيرها من أشكال السلوك غير المتوافق (السلوك المضطرب).

أن مفهوم اضطراب السلوك: يعني كل سلوك يثير الشكوى أو التوتر لدى الطفل أو لدى والديه أو مدرسيه أو المحيطين به ويفهمهم إلى التماس نصيحة المختصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من ذلك السلوك المضطرب.

ومن هنا تعد الحاجة إلى الإرشاد النفسي للأطفال المعوقين من الحاجات الملحة والأكيدة التي تهدف إلى تقديم المساعدة لهم من أجل رعايتهم نفسياً وتربيتهم اجتماعياً

وحل مشكلاتهم اليومية مما يساهم في تحقيق التوافق السوي لهم علي كافة الأصعدة الجسدية والنفسية والسلوكية والاجتماعية.

والإرشاد النفسي للمعوقين هو أحد أهم قنوات الخدمة النفسية التي يمكن أن تقدم للأفراد أو جماعات المعوقين الذين يواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة بحيث يعجزون عن مواجهتها دون عون أو مساعدة من الخارج.

وهو لا يقف عند حد مساعدة الأطفال المعوقين علي التغلب علي المشكلة ولكنه يمتد ليوفر الخدمات التي تجعلهم قادرين علي التحكم في انفعالاتهم ويصبحون أكثر معرفة بذاتهم وبالبيئة المحيطة بهم وبالتالي زيادة قدرتهم علي السلوك الايجابي المناسب ومن هنا يمكن القول بأن عملية الإرشاد النفسي للأطفال المعوقين تعتبر عملية (تعلم). بمعنى أن الفرد المعوق الذي يمر بخبرة إرشاد نفسي ناجحة بكل تأكيد يمر بخبرة تعلم ونمو وارتقاء نفسي في الوقت ذاته.

تعريف عملية الإرشاد والعلاج النفسي

هي ما يحدث بين مرشد أو معالج (أخصائي نفسي) من جهة وعميل أو أكثر من جهة أخرى باستخدام طرق وأساليب نفسية لعلاج مشكلات واضطرابات سلوكية.. والفرق بين الإرشاد والعلاج فرق في العميل وليس في العملية. أما الأهداف العامة لعملية الإرشاد والعلاج النفسي فيمكن حصرها في حل المشكلات ومعالجة المرض - تعديل السلوك - تحقيق التوافق والصحة النفسية. علما بأن هذه الأهداف تتحقق من خلال الجلسات الإرشادية المتعددة.

والجلسة الإرشادية (سواء كانت فردية أو جماعية) عبارة عن جلسة مهنية تتم فيها علاقة إرشادية في حدود معينة وهي جو نفسي خاص يحاول فيه المرشد تشجيع الطفل أو (التلميذ) المعوق علي التحدث بحرية والتعبير عن الأفكار والمشاعر نحو المشكلة أو نحو الموضوعات التي ترتبط بها.. ويكفل تأكيد سنحدث خلال الجلسة الإرشادية الناجحة كل إجراءات عملية الإرشاد مثل التقهيس الانفعالي والاستبصار والتعلم ونمو الشخصية وتعديل السلوك واتخاذ القرارات وحل المشكلات.

هناك العديد من التعريفات للإرشاد يتناول البعض مفهومه والبعض سمته الإجرائية والبعض يركز على العلاقة الإرشادية أو دور المرشد والبعض يركز على عملية الإرشاد ذاتها والبعض يهتم بالنتائج ومن أمثلة التعريفات:

- 1- هو علاقة بين شخصين تتم وجها لوجه بين المسترشد والمرشد ومن خلال مهارات المرشد بحيث يوفر المرشد للعميل موقفا تعليميا ويساعده على فهم نفسه بما في ذلك ظروفه الحالية والمستقبلية وبالتالي التوصل لحل مشكلاته.
- 2- هو عملية تظهر التفاعل بين مرشد ومسترشد في موقف معين يكون المرشد فيه هو المنتفع بتغيير سلوكه وتعمته من حل مشكلاته بشكل مناسب.
- 3- هو إحدى العمليات الأسلمية في التوجيه وخدماته لأنه يمثل العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمرشد وبغرض تحقيق أهداف التوجيه أو بعضها.
- 4- هو علاقة متبادلة تتم بين شخصين وتهدف إلى غرض معين إذ يقوم أحد الطرفين وهو الاحصائي أو المرشد بحكم خبرته وخبرته على مساعدة الطرف الآخر وهو العميل حتى يعبر عن نفسه وعن سلوكياته مع الآخرين وبوسيلته في ذلك هي المقابلة التي تتم وجها لوجه مابين الطرفين المذكورين اتقا لتحقيق الإرشاد في هذه المقابلة.

خصائص الإرشاد

- 1- هو عملية.
- 2- ذو طابع تعليمي.
- 3- من يقوم بالإرشاد هو شخص مؤهل ومتخصص في هذا المجال .
- 4- المسترشد شخص له مشكلات، يحاول حلها بنفسه بمساعدة المرشد .
- 5- يهدف الإرشاد مساعدة العميل على فهم ذاته .
- 6- يركز الإرشاد على نقل الخبرات المستفادة وتطبيقها في مواقف حياتية جديدة أخرى.
- 7- تتم العملية الإرشادية وجها لوجه.

- 8- الإرشاد النفسي ليس هو العلاج التنموي يشترك معه في النوع ويختلف في الدرجة.
- 9 - الإرشاد النفسي عملية يشجع فيها المرشد عميله ويوقظ عنده الدافع والقدرة على أن يفعل شيء لنفسه بنفسه.
- 10 - الإرشاد النفسي هو وقاية وليس علاج.

الأسس العامة للإرشاد

- 1- الثبات التسببي للسلوك الإنساني وإمكان التنبؤ به.
- 2- مرونة السلوك الإنساني.
- 3- استعداد الفرد للإرشاد.
- 4- حق الفرد في الإرشاد.
- 5- تقبل العميل.
- 6- مكان العيّن كركن مهم.

أهمية الإرشاد

- 1- تكمن ضرورة الإرشاد في أنه يدل الأهل على الخيارات الطبية و العلاجية والتربوية والاجتماعية المتوفرة.
- 2- يدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 3- إيفائهم كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة . و من هذه الحقوق حصولهم على مهن تتناسب مع قدراتهم و تمكنهم من العيش باستقلالية و توفير خدمات اجتماعية تساعد في تحقيق هذه الحياة لهم.
- 4- لا يقتصر دور الإرشاد على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فقط، بل يشمل توضيح أهمية دور الأبناء و تقبلهم لوجود أخ باحتياجات خاصة في المنزل على هذا الأخ.

5- توضيح كيفية التعامل مع احتياجات الإخوة والأخوات والمشاكل التي يواجهونها.

إرشاد نوي الاحتياجات الخاصة

هو عملية ضمنية يقوم بها المرشد في أي مكان مناسب لإرشاد الطفل من نوي الاحتياجات الخاصة من الطلاب في النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية بهدف تمكينهم من التكيف النفسي والمهني والاجتماعي في الحياة ومساعدته في التعبير عن نفسه وتبريق انفعالاته وطاقاته الجسمية في أنشطة مفيدة يقدّر عليها، ويشعر فيها بالكفاءة ويحصل على الاستحسان من الآخرين.

وهذه عوامل أساسية هي:

- 1- نمو الشخصية.
 - 2- اكتساب الخبرات والمهارات التي تجعل الطفل حسن التوافق مع نفسه و مع الآخرين.
 - 3- ويعتمد الإرشاد النفسي للطفل المعاق عقليا على التواصل باللغة بمعناها الواسع.
- وتقوم عملية إرشاد نوي الاحتياجات الخاصة على أسس علمية وفنية يتعاون فيها فريق من المتخصصين في النواحي الطبية والمهنية والنفسية والتربوية والاجتماعية، بحيث يقدم هؤلاء الخبرة المساعدة العلمية والعملية لاستغلال قدرات المعاق الإيجابية إلى أقصى الحدود الممكنة ومعالجة عجزه كلما أمكن ذلك . ويتلكه نخمن له حياة سعيدة منتجة وعضوية كاملة في مجتمع متكامل. وتتضمن عملية إرشادهم الخطوات التالية:
- 1- البحث عنهم مبكرا، فأحيانا لا يعرضون أنفسهم أو أن أهلهم يهملونهم .
 - 2- الرعاية الطبية تشخيصا وعلاجيا كلما أمكن حسب درجة ونوع الإعاقة والمعجز.

الأساليب الإرشادية

على المرشد اختيار الأسلوب المناسب للعامل بحسب:

- 1- سن الطفل.
- 2- مستوى تكاؤه.
- 3- شخصيته.

4- حاجاته.

5- مشكلاته.

6- ظروفه الأسرية ومن الأساليب الإرشادية:

- أ. الإرشاد التربوي: من خلال محاولة الكشف عن القدرات الأخرى للطلاب وتميئها لكي يشعر بتقوئه في مجالات معينة مما يعيد له ثقته بنفسه.
- ب. الإرشاد الأسري من خلال توجيه الأسرة إلى معرفة كيفية التعامل معه وتزويدها بالمعلومات ومساعدة أفراد العائلة على تقبل حالة الإعاقة وعدم الرفض أو الإهمال الأ وغيبي وتحسين نظراتهم واتجاهاتهم نحوه.
- ج. الإرشاد الصحي: ويتضمن المساعدة في توفير الأجهزة التعويضية (المعينات البصرية والسمعية) وغير ذلك ويمكن الأءتعاة بالمراكز التأهيلية الموجودة في المجتمع.
- د. الإرشاد العيني والاجتماعي من خلال تدعيم الأيمان بالله وتقبل الواقع ورضي بقضاء الله وقدره والرفع من اعتبار وتقدير الذات وإعادة تكيفهم مع المجتمع ودمجهم فيه.
- هـ. خدمات تأهيلية بتوفير فرص العمل وإعادة تأهيلهم بما يتناسب مع إمكانياتهم

عملية تأهيل المعاق

هي مجموعة الخدمات والأنشطة والمعينات الاجتماعية والتفسيية والطبية والضرورية والتعليمية والمهنية التي تمكن المعوقين من ممارسة حياتهم باستقلالية وكرامة.

أو بمعنى آخر هو العملية التي تشتمل على مجموعة متكاملة من البرامج والأنشطة التي تساعد الفرد المعاق على تنمية وتطوير قدراته وتحقيق القسر للناسب له من الاستقلالية التي تمكنه من ممارسة الحياة المختلفة.

أنواع التأهيل

- التأهيل النفسي: هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على مواجهة المشكلات

وتحديد أسبابها ومعالجتها .

- التأهيل الطبي: هو التأهيل الذي يعيد الفرد المعاق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية والعقلية.
- التأهيل الأكاديمي: هو التعليم المصمم خصيصاً ليناسب حاجات الفرد المعاق.
- التأهيل المهني: هو التأهيل الذي عن طريقة يحصل الفرد المعاق على الخدمات المهنية كالنوعية والتدريب المهني.
- التأهيل الاجتماعي: هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على التكيف الاجتماعي بفرض دمجهم في المجتمع.

الإرشاد النفسي التربوي لنوي الاحتياجات الخاصة

يهدف الإرشاد النفسي للمعاق عقليا إلى:

- 1- تنمية ثقة الطفل بنفسه.
- 2- تنمية ثقة الطفل في البيئة التي يعيش فيها.

وذلك من خلال:

- 1- إشباع حاجاته الأساسية في الأمن والأمانينة .
- 2- الاعتماد على النفس.
- 3- حب الاستطلاع.
- 4- الإنجاز.
- 5- حصوله على تقدير الآخرين وتقبلهم له حتى يشعر بالكفاءة لكي يتكون لديه مفهوم الذات.

إن الإرشاد النفسي للمعاق يركز على ثلاثة أمور هي:

- أ . اكتشاف المواهب والطاقات والاستعدادات.
- ب . إرشاده تعليمياً وتربوياً لنوع من البرامج الدراسية.
- ج . إرشاده للتكيف السليم والسوي مع مقتضيات إعاقته وعجزه ومساعدته على حل مشكلاته الإنسانية والافتعالية التي تشمل بإعاقته. وبشكل عام فإن الإرشاد النفسي للمعاقين يركز على عدة محاور هي:

1- أسلوب الإرشاد الفردي: Individual Counseling

يتطلب الإرشاد الفردي نجاحها انتقائياً يستطيع معه المرشد أن يستخدم الأسلوب العلاجي المناسب مع كل حالة على ضوء طبيعة المشكلة من جهة وخصائص الفرد من جهة ثانية...كما يعتاز المرشد بخصائص أهمها الصديق و النفع و التعاطف بالإضافة إلى الصبر ومعرفة حدود الملق عقليا .

كما أنه يتطلب إنشاء علاقة إرشادية سليمة بين المرشد والمعلق عقليا وأن يكون المرشد قادراً على تقبل الملق كما هو لا كما يجب أن يكون وأن يحترم كرامته وأن يؤمن بقيمة الخدمات التي يقدمها لهذا الملق وأهميتها وأنه قادر على أن يقدم شيئاً لخدمة هذا الملق.

2- الإرشاد الجماعي Group Counseling and Therapy

يتطلب هذا النوع من الإرشاد من المرشد الالتزام ببعض المحددات التي تقررها الجماعة العلاجية التي يعمل معها ومن هذه المحددات:

- أ- يفضل أن لا يزيد عدد أفراد المجموعة الواحدة عن ستة أفراد .
- ب- الأفراد الذين يمانون من مشكلات متشابهة يفضل أن يكونوا في مجموعة واحدة .
- ج- يفضل تعيين وقت محدد للعمل في مجموعة .
- د- يجب أن يكون أفراد المجموعة الواحدة متشابهين في العمر الزمني والعمر العقلي . هذا وإن أهم من هذه المحددات العوامل التي تساعد على نجاح تلك المحددات ألا وهي شخصية المرشد نفسه وسعة أفقه وصبره وقدرته على التحمل وحسن أدائه الوظيفي

3- العلاج باللعب Play Therapy يعتبر العلاج باللعب ذا قيمة جيدة خاصة عند الملقين عقليا وبشكل خاص عند تعديل السلوك الشاذ أو غير المرغوب فيه . لذا يجب أن تحتوي غرفة العلاج على الكثير من الألعاب ووسائل اللعب غير القابلة للكسر . كأن تكون مثلاً من الخشب والبلاستيك ويتم العلاج باللعب إما عن طريق فردي أو عن طريق جماعي وإذا كانت مشكلة الملق متعلقة بالتكيف الاجتماعي مع

الأخرين فإن العلاج الجماعي باللعب أمر ذو أهمية، أما إذا كانت مشكلات للعلاق تتعلق بالاضطراب العاطفي فإن العلاج الفردي أكثر فائدة.

4- العلاج عن طريق الفن Art Therapy يعتبر أيضا العلاج عن طريق الفن وسيلة جديدة يمكن أن تعطي مفعولا ممتازا عند الكشف عن انفعالات ومشاكل يمكن ظهورها عند تعبير المريض بواسطة الرسم الحر عن عائلته الخاص. ويمكن استعمال أسلوب العلاج عن طريق الفن والرسم في بداية العمليات الإرشادية والعلاجية مع العلاق حيث يمكن أن تكون أساسا للتشخيص كما أنها وسيلة للتعبير عن عائلته الفردية وتساعد في التخطيط للنشاطات العلاجية المستقبلية التي يمكن أن تعيد في العلاج.

5- الإرشاد والعلاج عن طريق التمثيل، كأسلوب للتفيس والتفريغ عن المشغلت العاطفية ويكون العلاج بالتمثيل إما فرديا أو جماعيا.

6- الإرشاد الوقائي (الإرشاد الجيني)، وهو موجه للعائلات (للحد من زواج الأقرباء) ويشتمل على نشر الوعي لدي العائلات من أجل الحد والتقليل إن أمكن من فرصه لدي الأسر.

7- خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي: التي تشمل إشراك الوالدين وكل أفراد الأسرة في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهم لمواجهة المشاكل المتوقعة من الأبن للعلاق ومعرفة الطرق المثلى للتعامل معها

مهارات المرشد النفسي للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة

تؤكد النماذج العلاجية بأنواعها المختلفة علي ضرورة توافر اتجاهات ومهارات معينة للمرشد النفسي الذي يتعامل مع الأطفال المعوقين وغير المعوقين منها ما يلي:

- 1- قبول الطفل المعوق علي ما هو عليه واحترامه كأنسان والاهتمام به والثقة فيه.
- 2- الفهم الجهد للطفل والرغبة في تقديم كافة أنواع العون له.
- 3- القدرة علي التواصل اللغوي مع الطفل وكذلك التواصل غير اللغوي (من خلال تعبيرات الوجه واليدين والحركات وطريقة الجلوس وقراءة ما بين الكلمات).
- 4- أن يتمتع بالكفاية والكفاءة الذهنية والمعرفة التامة بمراحل النمو والسلوك الإنساني وأن يتميز بدقة الملاحظة والتفكير المنطقي لتنظم حتى يمكنه تقديم العون لعمله في جميع الأحوال (سواء عند وضعه للأهداف أو عند تفكيره في بدائل الحلول أو

عند تقيومه لما يترقب علي سلوكه (الطفل من أحداث) .

5- مراعاة آداب المهنة والمحافظة علي سرية المعلومات مما يشجع عميله علي الوثوق به ويؤدي إلي نجاح عميله علي الوثوق به ويؤدي إلي نجاح عملية الإرشاد .

مهام المرشد مع ذوي الاحتياجات الخاصة

- 1- مراعاة الاحتياجات الخاصة لدى وضع الخطة الإرشادية من حيث:
 - أ- إجراء مسح شامل لذوي الاحتياجات، الخاصة بالمدرسة.
 - ب- تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة حسب شدة احتياجاتهم ونوعها.
- 2- تنفيذ برامج الإرشاد وخدماته النمائية والوقائية من خلال الكشف عن العوامل التي قد تعاقم حالته والعلاجية من خلال ذوي الاختصاص ومن خلال الاستفادة من تجارب وخبرات زملائه .
- 3- متابعة أوضاع الطلبة التحصيلية أو السلوكية وتقديم الخدمات الإرشادية لهم.
- 4- متابعة التلاميذ المشوقين والموهوبين و المتأخرين دراسيا لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتلبية احتياجات كل منهم .
- 5- الاتصال بأسرة الطالب لمتابعة أوضاع التلميذ وتزويدهم بالمعلومات والنشرات التي يمكن أن تساعده في التكيف مع الإعاقة.
- 6- دراسة الحالات الفردية للتلاميذ الذين تظهر عليهم بواد انحرافات في السلوك.
- 7- إعداد التقارير اللازمة عن الاحتياجات الخاصة في المدرسة.
- 8- اتخاذ كافة الإجراءات الممكنة لتوعية التلاميذ وتقديم المعلومات الممكنة للمعلمين لمساعدة الطالب.
- 9- توجيهه التوجيه المهني الذي يلائم احتياجاته.
- 10- الاستفادة من المؤسسات التي تقدم أنواع من الرعاية أو العلاج لذوي الاحتياجات الخاصة.
- 11- العمل على تهيئة الظروف التعليمية للطالب بما يتوافق مع احتياجاته.
- 12- مساعدة الطالب على التكيف مع المواقف التي يواجهها ومع احتياجاته ومع زملائه.

13- توجيه أسرة الطالب إلى الجهات التي يمكن أن تقدم لهم الخدمات اللازمة إن توفرت هذه الجهات.

14- توجيه الطالب لاستخدام الوسائل المعينة له على إعاقته.

إعداد برامج الإرشاد النفسي

إن إعداد برامج الإرشاد النفسي الفعالة التي تهدف إلى تعديل سلوك الأطفال المعوقين تتطلب من الأخصائي النفسي (ضرورة التقدير الشامل والتشخيص السليم والتقييم الدقيق لنمو الطفل المعوق وسلوكه ككل) وهذا يتطلب أن يكون العمل من خلال الفريق المتعدد التخصصات والاهتمامات كل في مجال تخصصه والذي علي أساسه يتم تصميم برامج الإرشاد والعلاج النفسي الفعالة - ولابد من معرفة السياق الاجتماعي للطفل المعوق وعلاقاته الاجتماعية المتبادلة بينه وبين المحيطين به سواء في المنزل أو في المدرسة وكذلك لابد من معرفة الحالة الجسدية العامة للطفل ومعرفة نموه المعرفي واللغوي ومهاراته الأكاديمية ومهاراته الإدراكية الحركية المتعلقة بتشامل اللعب ومدى مشاركته في الأنشطة، ويتطلب كذلك معرفة تأثيرات الإعاقة عليه (بمعنى تحديد طبيعة الإعاقة وشدتها ومدىها وزمانها ومدى تلازمها مع الاضطراب السلوكي)... ومن أجل أن يقوم الأخصائي النفسي بهذا الدور علي الوجه الأكمل لابد له من التقييم بالمهام التالية:

أ. فهم الحالة

ويتضمن هذا الفهم ضرورة القيام بجمع كل المعلومات المتعلقة بحالة الطفل للمعوق ومشكلته السلوكية - ثم القيام بتحليل هذه المعلومات التي حصل عليها وكتابة تقرير مبني عنها - ثم القيام بربط هذا التقرير مع باقي تقارير فريق العمل وملاحظات الوالدين والأسرة والمدرسين بهدف الوصول إلي استنتاجات تتعلق بطبيعة المشكلة.

ب. وصف المشكلة

بمعنى التحديد الدقيق لاسم الاضطراب السلوكي أو الانفعالي المصاحب لإعاقة الطفل ووضع مؤشرات لهذا الاضطراب (ضعيف - متوسط - شديد).

ج. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب:

أي تحديد كل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يترتب عليه من عواقب. بمعنى

ضرورة التحديد المفقوق (السوابق والالواحق السلوكية) والتي تشمل علي (تحديد نوع السلوك مصصير الشكوي - وتحديد تاريخ حدوثه - والوقت الذي يستغرقه - ومع من يحدث - وعند مرات حدوثه في اليوم)، وتحديد الأشياء التي حدثت قبل ظهور السلوك المضطرب (غير السوي)، وتحديد أيضا ردود فعل الآخرين المحيطين بالطفل تجاه سلوكه المضطرب، وتوضيح المكاسب التي قد يجنيها الطفل المعوق من جراء سلوكه الخطأ.

د. وضع برنامج الإرشاد والعلاج النفسي (برنامج الخطة العلاجية

الذي يتضمن ضرورة تحديد الأهداف السلوكية التوعوية التي نتطلع لإتجازها بحيث يتم إتجاز البسيط والقريب منها قبل المعقد والبعيد . وضرورة إعداد خبرات ومواقف متدرجة يتم فيها إعادة تعليم الطفل المعوق وتدريبه علي السلوكيات الجديدة (المرفوب فيها) في إطار الخبرة المعدلة، ومن ثم القيام بتعديل العلاقات والاستجابات ونتائجها والمواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب كما في حالات عدم القدرة علي التفاعل الاجتماعي السليم حتى تنتهي عملية الإرشاد والعلاج النفسي عند الوصول إلي السلوك المنشود .

أمور يجب مراعاتها أثناء عملية الإرشاد النفسي للأطفال المعوقين.

- 1- من الضروري توفير البيئة المناسبة التي تتم فيها جلسات الإرشاد النفسي وهو ما يعرف باسم الوسط العلاجي الجيد الذي تتوفر فيه كافة الشروط والتيسيرات والأساليب العلاجية المناسبة للأطفال المعوقين ليحققوا أعلى درجات النجاح في هذه البيئة .
- 2- ضرورة الاهتمام خلال الجلسات الإرشادية بالاستعانة بالعلاجات المساندة الأخرى التي تتضمن الموسيقى والفن والتمرينات الرياضية وطرق الاسترخاء وغيرها .
- 3 . ضرورة العمل دائما من خلال الجلسات علي تجسيد وتحقيق أهداف الصحة النفسية المتمثلة في (التنمية والوقاية والعلاج) ويأتي ذلك من خلال العمل علي تنمية مفهوم ذات موجب لدي الطفل المعوق عن طريق إشعاره بالقبول التام وبلا أي شروط وكذلك إشعاره بالحب والعطف والتقدير وإتاحة الفرصة الكاملة له لإظهار كل ما لديه من مواهب وإيجابيات لزيادة وتنمية ثقته بنفسه .
- 4- تحقيق مبدأ التتفيم الانفعالي أثناء الجلسات عن طريق إتاحة الفرصة الكاملة له للتعبير عن مشاعره والتحدث بحرية عن مشكلاته ومخاوفه ونواحي قلته .

- 5- ضرورة استخدام فنيات وتقنيات التعزيز الإيجابي التي تساعد الأطفال المعوقين علي تعلم السلوك السوي.. بمعنى ضرورة التركيز علي أي سلوك إيجابي يصدر عن الطفل المحوق ومكافئته عليه فوراً حتى نضمن استمرار هذا السلوك مرة أخرى عملاً بالقاعدة السلوكية التي تقول إن السلوك محكوم بنتائجه - فإذا كانت نتائج السلوك، بالنسبة للطفل لتنتج إيجابية (كأن يحصل علي مكافأة أو تعزيز) فسوف تزداد احتمالاته، تكرار الفعل لهذا السلوك.
- 6- ضرورة التركيز خلال الجلسات علي إضعاف السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً بتجاهلها (بمعني عدم التركيز عليها وعدم مكافئتها).

الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة العقلية

من المبادئ الهامة التي يجب علي الإخصائي النفسي مراعاتها عند إرشاد المتخلفين عقلياً ما يلي:

- 1- يتعين علي الأخصائي أن يفهم الخصائص المرتبطة بالتخلف العقلي، وأن تكون لديه معرفة بمستوى العقل من حيث توظيف قدراته وإمكاناته.
- 2- استخدام العبارات المحسوسة والكلمات والجمل البسيطة يعتبر ملائماً تماماً لكل طلاب فئات الإعاقة وخاصة مع الأطفال ذوي التخلف العقلي.
- 3- إن روح العناية لدى الأخصائي النفسي ستمكته إلى حد كبير من أن يتعاضد بنجاح مع الأسئلة أو الملاحظات الشخصية أو غير الملائمة، أو التعليقات التي قد توجه له فجأة أثناء جلسات الإرشاد النفسي.
- 4- التكرار والتوضيح، بالإضافة إلى استخدام الوسائل المعينة المحسوسة مثل الأفلام وشرائح الإيضاح التعليمية، والنماذج قد تساعد الطفل المتخلف عقلياً في فهم المفاهيم ذات المعاني المجردة على نحو خاص.
- 5- يتعين علي الأخصائي النفسي الالتزام بحدود سلوكية زمنية ثابتة من خلال وقت محدد داخل بناء أو تنظيم واضح المعالم.

إرشاد ذوي الإعاقة السمعية

ويتم من خلال التركيز على النشاط التالية:

- 1- إتاحة الفرص أمام الأصم لتوظيف الحواس والتواحي الحركية، واستخدام الوسائل البصرية والأسمعية المختلفة، وتدريب أعضاء النطق لديه على قراءة الشفاة، والأيدي على تعريف الإشارات المختلفة، هذا إلى جانب التدريب المهني واليدوي مستقبلاً.

2- تنمية الوعي لديه بالمفاهيم والمدرجات ومخاطر البيئية وإلى غير ذلك من نواحي تتمثل بالنمو المعرفي لديه، ويمكن تهيئتها بالتكرار والممارسة.

3- تشجيعهم على الانخراط في المجتمع والاندماج مع أقرانهم ومع الآخرين دون خوف، وتوفير جو اجتماعي ملائم لهم يعالج السلوكيات غير السوية لديهم ويكسبهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة، وتعليمهم الدور الاجتماعي كما يتوقع منهم بعد خروجهم للحياة والعمل وإدماجهم في نشاطات الحياة ومجالاتها الإنتاجية التي تناسبهم.

4- ملاحظة الانحرافات السلوكية أولاً بأول، وأسبابها والعوامل المؤدية إليها ومن ثم كيفية الحد منها وتعديلها.

5- اكتساب الأصم القيم الاجتماعية السوية وترسيخ العقائد الدينية لديه بدرجة كبيرة، والتي تكون لديه الوعي الديني والاجتماعي والانتماء للمجتمع.

6- إرشاده إلى مختلف أنواع الأنشطة واللعب الحركي والتركيبي والتمثيلي والجماعي في إطار مواقف التدريس غير التقليدية بشرط أن تكون في مستواه الفعلي حتى لا يصاب بالإحباط أو بالملل.

ويذكر جمال الخطيب (1995) أن على الأخصائي النفسي الذي توكل إليه مهمة تقييم الأطفال المعوقين سمعياً أن يكون على معرفة بالعوامل التالية:

أ. بوجه عام، يجب أن يكون المقياس أو الاختبار أدائياً غير لفظي فبدون ذلك يكون صدق الاختبار موضع شك وتساؤل. فالاختبارات اللفظية غير مناسبة عموماً لأنها تقيس القصور اللغوي وليس الخصائص المستهدفة. ليس ذلك فحسب، ولكن بعض الاختبارات الأدائية غير مناسبة لأنها تشمل تعليمات لفظية.

ب. غالباً ما تكون الدرجات المتدنية وليس الدرجات المرتفعة التي يحصل عليها الأطفال المعوقين سمعياً غير صادقة. وذلك يعود إلى جملة من العوامل التي قد تمنع الفرد المعوق سمعياً من إظهار قدراته القصوى. وبناء على ذلك، يشرح استخدام مفاهيم عديدة وليس مقياساً واحداً. وعند اختلاف النتائج يقترح الأخذ بالدرجات الأعلى لأنها تعكس أداء الطفل المعوق سمعياً بشكل أوضح.

ج. إن الاختبارات التي يطبقها أخصائيون نفسيون ليس لديهم خبرة مع الأطفال الصم أقل صدقاً من تلك التي يطبقها أخصائيون لديهم خبرة كافية مع هذه الفئة من

الأطفال. ولذلك فمن الأهمية بمكان أن يتم تقييم الأطفال المعوقين سمعياً على أيدي أخصائيين ذوي خبرة. ومن الواضح أن الأمر يقتضي تدريب عدد كاف من الأخصائيين النفسيين في هذا المجال.

د- إن التواصل يلعب دوراً حاسماً في عملية التقييم النفسي التربوي ولذلك يجب علي الفاحص أن يكون قادراً علي الاتصال مع الطفل المعوق سمعياً في الموقف الاختياري سواء من خلال التواصل الكلي أو قراءة الكلام أو لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع. وإذا لم يحدث ذلك فالنتائج تكون غير صادقة ويجب التويه إلي ذلك في التقرير الذي يتم إعداده.

هـ- بسبب مشكلات التواصل المرتبطة بالإعاقة السمعية، فإن اختبارات الشخصية تنطوي علي صعوبات خاصة. فهذه الاختبارات تعتمد علي التواصل اللفظي أو علي مهارات القراءة مما يجعل بعضها غير قابل للاستخدام لدراسة شخصية الفرد المعوق سمعياً. ولأن تقييم الشخصية يتطلب بناء الثقة مع المشحوس فإن المراجع ذات العلاقة تقترح الاستعانة بمرجع لغة إشارة إذ أن الطفل الأصم قد لا يفهم ما يكتب أو يقال له وذلك يمنع حدوث التواصل والثقة.

و- إن التقييم النفسي التربوي للأطفال المعوقين سمعياً الصغار في السن غالباً ما يفتقر إلي الثبات والصدق و لا يمكن الاعتماد علي نتائجه.

ز- إن التقييم الجمعي للأطفال المعوقين سمعياً ليس مناسِباً إلا إذا تم التعامل معه بوصفه وسيلة تهدف إلي الكشف السريع. ولكنه أسلوب غير مقبول لقياس مهارات الطفل وقدراته.

ح- إن التقييم الشامل والصادق للأطفال المعوقين سمعياً غالباً ما يتطلب وقتاً أطول من تقييم الأطفال السامعين، وذلك يعني ضرورة اعتماد اختبارات لا تهتم بعنصر الوقت أو متابعة أداء الطفل في جلسات عديدة.

ط- يجب أن يكون الفاحص علي وعي كاف بتأثيرات الموقف الاختياري وسلوكه كفاحص علي سلوك الطفل المعوق سمعياً. وبوجه عام، يجب أن يخلو مكان الفحص من المشتتات البصرية ومن الأصوات ويجب أن تتوفر فيه إضاءة جيدة.

القواعد العامة التي يجب مراعاتها عن إجراء مقابلة إرشادية مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

المقابلات الشخصية لذوي الإعاقة الجسدية

- 1- جعل أدوات الحركة في متناول أيديهم أو بالقرب منهم: المكاز - العصا - الكرسي المتحرك.
- 2- قد يحتاج الشخص المعاق والذي يستخدم الكرسي المتحرك إلى الانتقال إلى كرسي مكتب عادي لموول مدة المقابلة.
- 3- عندما نتحدث إلى شخص على كرسي متحرك أو على عكاز حتى لو كان ذلك لمدة دقائق، عليك بالجلوس أمامه حتى يكون مستوى عينيك عند مستوى عينيه وتسهل من إجراء الحديث.

المقابلات الشخصية لذوي الإعاقة البصرية:

- 1 عندما تحيي شخص لا يستطيع الرؤية لابد من تعريف نفسك أولاً وتعريف أي شخص آخر موجود بالمكان أو يدخل المكان.
- 2 إذا لم يمد يده بالمصافحة، عليك بتوجيه التحية شفهيًا: 'مرحبًا بك ...'.
- 3- عندما تعرض عليه الجلوس على مقعد، عليك بوضع يدك على ظهر الكرسي أو ذراعه ولا مانع من بعض الإرشادات الشفهية التي تساعد كثيرًا أيضًا.
- 4- عليك بإخبار الشخص عندما تترك المكان أو تنتهي المحادثة.
- 5- ينبغي أن تكون الأدوات المساعدة لهم على الحركة في متناول أيديهم أو بالقرب منهم مثل: العصا - المكاز - الكرسي المتحرك.

مقابلات الشخص الذي لا يستطيع الكلام (الأبكم):

- 1- الانتباه له بشكل كامل مع الاهتمام عند التحدث معه.
- 2- طرح أسئلة قصيرة تحتاج إلى إجابات قصيرة أو التي تحتاج إلى الإيماءات بالرأس.
- 3- عدم التظاهر بفهم شيء إن لم يكن ذلك بالفعل، ومحاولة إعادة صياغة العبارات أو سؤال الشخص أن يعبر ما لم تستطع فهمه.
- 4- عدم محاولة رفع الصوت فمعظم الأشخاص الذين لا يستطيعون الكلام يسمعون أن يسمعون أصوات من حولهم ويفهمونها.

مقابلات الصم

- 1- إذا أردت أنتظر الشخص الأصم أو من لديه ضعف في السمع، عليك بتوجيهه للحدث بلمس كتفه.
- 2- إذا كان الأصم يوسعه قراءة الشفاه عليك بالنظر إليه مباشرة، مع التحدث بالمعدل الطبيعي للصوت ويوضح لا تحاول المبالغة أو رفع نبرة الصوت، عليك بالكلام المعبر الذي يعتمد فيه الشخص على تعبيرات الوجه أو الإيماءات أو الاتصال العيني.
- 3- الجلوس في مكان واضح به إضاءة كافية، مع عدم شغل الفم بالسيجارة أو بالأيدي أو بالطعام.
- 4- عدم الصراخ أو استخدام نبرة صوت مرتفعة، إلا إذا ملا ذلك. وكتابة بعض الملاحظات المختصرة قد تساعد كثيراً.

ويستمر الإرشاد النفسي للمعاق ذهنياً في مراحل حياته التالية لمساعدته على :

- 1- الاختيار المهني.
- 2- التأهيل المهني.
- 3- التشغيل .
- 4- التوافق مع المجتمع.
- 5- الاستفادة من الخدمات (كالوقاية من أمراض منتشرة بالبلد، العلاج، الترفيه.

ثانياً: إرشاد أسر ذوي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

تقديم

أن تزايد الاهتمام بالفئات الخاصة من الناس بإعطائهم حقوقهم من الرعاية والتأهيل أصبح ليس مقتضياً عليهم فحسب بل تعدى إلى الاهتمام بأسرهم، حيث وجد أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية غالباً ما يواجهون أنواعاً من المشكلات والهموم التي تتفق مسؤوليات تربية الأطفال التي يواجهها الآباء ذوو الأطفال الأسوياء، وكلما تطورت تلك الحاجات والمشكلات اتجه الآباء للبحث عن طرق لتحديد هذه المشكلات ومناقشتها وحلها وهنا يأتي دور المرشد في مساعدة هؤلاء الآباء للتغلب على بأسهم ومشكلاتهم وتقديم واعداداتهم الخائفة نحو طفلهم المعاق وبالتالي يساعد المرشد هؤلاء الآباء على التكيف مع وضع طفلهم وعلى تقبله وحببه وذلك من خلال حلول يتم اختيارها من قبل الآباء

بالإضافة إلى مساعدة المرشد لهؤلاء الآباء، على تطوير مهاراتهم وخبراتهم الضرورية ليكونوا قادرين على استخدامها والاستفادة منها لحل مشكلاتهم المستقبلية.

وتعد الأمرة أولى المؤسسات الاجتماعية للطفل ذي الاحتياجات الخاصة، حيث توفر له الرعاية الأسرية المتمثلة في الكيان الأسري، و العلاقات الأسرية المتوازنة و الأدوار الاجتماعية السليمة بين أفرادها لها آثار بالغة الأهمية للحياة التنشئية المتبادنة بين الآباء و الأبناء و خاصة في مرحلة الطفولة و هي مرحلة البناء النفسي و اكتشاف الحالة.

إن اكتشاف حالة الطفل يعد البداية لسلسلة طويلة من الضغوط و الجهود و المحاولات و السعي للحث لتوفير أفضل فرص ممكنة للطفل. إلا أن للمعلومات عن الإعاقة و طرق المساعدة تعد قليلة جداً. إضافة لذلك فإن الأهل عند اكتشاف الحالة يكونون في حالة سدمة و غير قادرين على التفكير السليم. لذا فإنهم بحاجة أن يداهم على الطرق التي يمكنهم استخدامها لمساعدة ابنهم و عدم الاعتماد على جهودهم الفردية في البحث.

تكمن ضرورة الإرشاد في أنه يدل الأهل على الخيارات الطبية و العلاجية و التربوية و الاجتماعية المتوفرة و يداهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات و المشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة و إيفائهم كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة. و من هذه الحقوق حصولهم على مهن تتناسب مع قدراتهم و تمكنهم من العيش باستقلالية و توفير خدمات اجتماعية تباعد في تحقيق هذه الحياة لهم.

ولا يقتصر دور الإرشاد على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فقط بل يشمل توضيح أهمية دور الأبناء و تقبلهم لوجود أخ باحتياجات خاصة في المنزل على هذا الأخر. و في سبيل ذلك يقوم الإرشاد بتوضيح كيفية التعامل مع احتياجات الإخوة و الأخوات و المشاكل التي يواجهونها.

تعريف إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

الإرشاد هو عملية يقوم بها محترفو مهنة الإرشاد من ذوي الخبرة الواسعة لمساعدة آباء الأطفال غير العاديين الذين يعملون نحو فهم أفضل لهومهم ومشكلاتهم ومشاعرهم. فالإرشاد هو عملية تعلم تركز على النمو الشخصي للآباء الذين يتعلمون لاكتساب الاتجاهات والمهارات الضرورية وتطويرها واستخدامها لحل مشكلاتهم وهومهم حيث تتم مساعدة الآباء ليصبحوا أفراد يعملون على أكمل وجه لمساعدة أطفالهم والاهتمام بالتوافق الأسري الجود.

عما سبق يتضح أن الإرشاد هو عملية مساعدة تتم بين متخصص في هذه المهنة ويسمى المرشد والثاني المسترشد والذي يطلب المساعدة للتغلب على المشكلات التي تواجهه وذلك بمساعدة وخبرة المرشد والذي يوجه المسترشد نحو تطوير مهاراته واستخدامها في حل مشكلاته.

المراحل النفسية التي تمر بها الأسرة

1- الصدمة

هي أول ردة فعل للأسرة عندما تترقق بموارد واحتياجات خاصة. تتميز هذه الصدمة بمشاعر القلق، الشعور بالذنب الارتباك، العجز، الغضب، عدم التصديق، الإنكار و النفوط (فقدان الأمل)- و بعض الأهل يفتقدون في مشاعر من الحزن العميق والحيرة وانعدام القدرة على التفكير والشعور بالحرمان وفقدان شيء عزيز، و في هذه الأوقات تكون الأسرة بأشد الحاجة للدعم والإرشاد. فتويعيتهم بفرص أبنائهم العلاجية والتعليمية والاجتماعية هي من أكبر العوامل المؤدية إلى تجاوز الأهل لهذه المرحلة. إلا أن الإرشاد يجب أن يعي مراعاة مشاعر الأسرة والتأكد من وعي الأسرة إلى أن هذه الإعاقة لم تكن نتيجة لإهمال من قبلهم والابتعاد عن استخدام ألفاظ توحى بالأمر من ضروريات مساعدة الأسرة في تقبل الحقيقة .

2- الإدراك

في هذه المرحلة قد يشعر الأهل بالخوف أو القلق من عدم قدرتهم على أداء الأدوار المتوقعة منهم بالشكل المناسب مما يجعلهم شديدي الحساسية ويقضون أغلب أوقاتهم في الحسرة والحزن على حالهم وندب حظهم. إلا أنهم سيدركون وجود شخص بحاجة لعناية مختلفة في المنزل .

3- الانسحاب الدفاعي

في هذه المرحلة يتجنب الأهل تصديق الواقع المؤلم بالنسبة لهم فبعضهم يسعى لإيجاد سكن داخلي للطفل أو يتخلى عن زيارة الطفل في المستشفى- كما يشهد الأهل في هذه المرحلة محاولة التهرب من مواجهة الأقارب.

4- تقبل الحقيقة

في هذه المرحلة يتقبل الأهل الواقع ويدورون في شحنة طاقاتهم لمساعدة الطفل. فقد أدركوا احتياجاته وتهموا حلقته وبذلك بدأوا يسعون لتعلم المزيد عن طرق المساعدة والتفاعل أكثر مع البرامج المساعدة. هنا يبدأ الأهل في العمل من أجل الطفل وليس أنفسهم ويبدأ البحث الفعلي عن إبحار فرص تعليمية وطبية وعلاجية وبرامج تدريبية و فرص اجتماعية ومهنية.

إن ردة فعل كل أسرة تعتمد على التكوين التنمسي للأسرة ومدى الإعاقة و كمية الدعم الذي تلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والأخصائيين. وعلى الرغم من وجود بعض التشابه في ردود الفعل إلا أن الأسر التي تتمتع بوضع اقتصادي واجتماعي وأسري مريح تكون في الأغلب أقدر على التعايش بشكل فعال مع وجود ظروف خاصة بينما تعاني الأسر ذات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والأسرية السيئة من مزيد من الضغط والمشاكل وعدم القدرة على التكيف. وحتى يتم دعم الأسر وإرشادهم فإن معرفة خصائص الأسر تكون ضرورية.

خصائص العلاقات في أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

تعد أقيمت المراسمات أن أسر الأطفال العاديين أكثر استقراراً وأهل تعرضاً للضغوطات من أسر الأطفال المعوقين. إن وجود طفل باحتياجات خاصة في المنزل يؤثر بشكل كبير جداً على نمط حياة الأسرة وبالأخص حياة الأم. ففي أغلب الأسر تكون الأم هي محور التفاعل مع الأطفال عمومها، لذا فهي معرضة أكثر من غيرها للضغوط والصدمات. وفي مجتمعاتنا تعاني الأم أيضاً من اللوم المباشر أو غير المباشر من قبل الأقارب والمجتمع وأحياناً الزوج أيضاً. فللضعف والأقارب يكونون أحياناً غاية في القسوة على أهل الشخص المصاب ويتهمونهم أحياناً بعدم السعي بشكل جدي لمساعدة أبنائهم أو أنهم هم الذين تسببوا في الإعاقة. أما الأب فإنه يكون أحياناً عامل ضغط على الأم عندما يلقي باللوم عليها ويثقل من قيمة مجهودها أو يعيبتها بعدم الجدوى من بذل الجهود لمساعدة الطفل. ونتيجة للأعباء الإضافية للأم فإنها قد تصبح غير قادرة على أداء أغلب المهام التي كانت تؤديها من قبل. عندها فإن باقي أفراد الأسرة يصبحون ملزمين بإداء مهام أكثر. بالإضافة إلى أن الأسرة إذا كانت تعاني من وضع مادي صعب فإن احتياجات هذا الطفل ستكون عبء إضافي يسبب ضغوط إضافية.

وعندما يكبر الطفل فإن الأم تعاني من التوازن بين فطرتها الأساسية التي تدعوها إلى حماية ابنها و حاجته للاستقلال و تجربت سلوكيات جديدة، خاصة عندما تشاهده يتألم و يفضل لمرات متعددة، في هذه المرحلة تكون الأسرة في بحاجة لدعم من أسر أخرى مرت بنفس التجربة و إرشاد فتي متخصص، و دعم من مؤسسات المجتمع في توفير حياة مستقلة للمعاقين.

توفر الأم للطفل ذي الاحتياجات الخاصة وسيلة لتوصيل احتياجاته و تنفيذ رغباته، مما يجعل الأم مشغولة عن باقي أفراد الأسرة و يؤدي بهم ذلك إلى البحث عن مصادر أخرى للتفاعل مع احتياجاتهم كالأصدقاء أو الإخوة و الأخوات الأكبر سناً، مما يؤدي إلى إعطاء سلطة أكبر للأبناء..

أما بالنسبة لاشاعر الأب فعلى الرغم من أن الأم يفتقرها للعب دوراً أكبر في تربية الأبناء و الاهتمام بكافة أفراد الأسرة، إلا أن الأب يلعب دوراً إيجابياً و فعالاً إذا قرر المشاركة في تحمل بعض المسؤوليات و تقديم الدعم المعنوي للأم، بالإضافة إلى ذلك فإن اهتمامه و حبه ضروريان جداً لإشعار الطفل بالقبول و إشراكه في العديد من الأنشطة الاجتماعية التي تمنح الأم عن دمج ابنها فيها مثل المناسبات الاجتماعية و الذهاب إلى المسجد.

ردود فعل الإخوة

إن ردود فعل الإخوة و الأخوات إذا علموا بإضافة طفل باحتياجات خاصة للأسرة، لا تختلف كثيراً عن ردود فعل الوالدين، و تتمثل في الخوف و الغضب، و الرفض و غيره.. إلا أنهم تسألهم بعض التساؤلات التي قد لا تجد من يتجاوب معها، مثل: ما هو سبب الإعاقة؟ لماذا لا يستطيع الأخ / الأخت التصرف بشكل طبيعي؟ لماذا لا يتم معاقبة الأخ/ الأخت على التصرفات الممنوعة؟ لماذا تهتم أمي بأخي/ أختي أكثر مني؟ كيف أتعامل مع أسديقتي عندما يعلمون بأن لي أخ/ أخت معاق؟ من سيهتم بأخي في حالة وفاة الوالدين؟

وعلى الرغم من أن بعض هذه التساؤلات لا تأتي إلا لاحقاً، إلا أنها تمثل مصدر حيرة وقلق للإخوة منذ سن مبكرة و الذين يتقبلون الحقيقة في نهاية المطاف، وهناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلى تكوين صورة سلبية عن الأخوة ذوي الاحتياجات الخاصة و بالتالي صعوبة في تقبلهم هذه العوامل منها:

- 1- تقارب السن بين الإخوة يجعل الضغوط في القدرات أكثر وضوحاً و محاباة الوالدين أكثر غموضاً بالنسبة للأطفال.
- 2- أن يكون الأخ أو الأخت ذو الاحتياجات الخاصة من نفس الجنس حيث يتمم الأخوان المتماثلين في الجنس بمستويات عالية من الصراخ، وقد يعود ذلك لكونهم متشابهين مع بعضهم البعض .
- 3- إذا كان هناك أخ أو أخت أكبر للطفل ذي الاحتياجات الخاصة فإنه يعطى من ضرورة المشاركة في الاعتماء بالأخ ذي الاحتياجات الخاصة مما يعوق الأخ الأكبر من المشاركة في الحياة الاجتماعية على النحو الذي يرغب به.

إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

بعد تقبل الأسرة لوجود طفل باحتياجات خاصة فيها، فإن أهم عامل في مدى فاعلية تعاضدها مع هذا الطفل يكمن في نوعية الخدمات الإرشادية المقدمة للأسرة. فالأهل يرغبون في توفير أفضل حياة ممكنة لأبنائهم، إلا أنهم لا يعرفون بنوعية الخدمات المتوفرة وكيفية الحصول عليها.

إن هدف الإرشاد يتمثل في التأكيد من أن ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وذويهم يحصلون على أفضل مستوى معيشي ممكن و يتمتعون بفرص تعليمية عالية المستوى و رعاية صحية و اجتماعية مناسبة، لذا فإن من واجبات الإرشاد التأكيد من زيادة فاعلية الخدمات المقدمة .

مراحل الإرشاد لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة حسب وقت ظهور الحالة

- أولاً: الإرشاد عند اكتشاف الحالة

عند اكتشاف الحالة تمر الأسرة بمجموعة من ردود الفعل قد تكون الأصعب بالنسبة لهم، لذا تكون الأسرة بحاجة لدعم و إرشاد أكثر من أي وقت آخر. يتمثل هذا الإرشاد في تفهم وضع الأسرة و الحالة التي تمر بها و الاستجابة للحاجات النفسية و مساعدتهم على تقبل الحالة و كيفية التعامل مع الظروف النفسية التي يمررون بها . و إعلامهم بالخدمات المتوفرة و الخيارات المتاحة و كيفية الوصول للخدمات و أنواع الدعم المتوفرة كما يحرص مقدم الإرشاد على الحصول على معلومات عن الحالة و الوالدين و وضع الأسرة. و مناقشة مشاكل الأسرة و اقتراح الحلول كتهيير خدمات نفسية أو مناقشة مشاكل الأخوة في المدارس.

ثانياً: الإرشاد لتنسيق الخدمات وتوفير الاحتياجات

لقد بدأت الأسرة تتقبل وجود طفل بالاحتياجات الخاصة في المنزل، و الآن ترقب في الحصول على أفضل خدمات ممكنة. يجب على المرشد في هذه المرحلة إطلاع الأهل على التكنولوجيا المتوفرة لمساعدة الطفل والتأكد من صلاحية هذه الأجهزة كالسماعات مثلاً.

تطلب الأمر المساعدة الفنية بالحصول على أجهزة أو مساعدة في المشكلات اليومية مثل النوم أو التغذية أو التحصيل من أجل الحصول على خدمات إضافية و تتيح هذه الفرصة مهمة لبناء الثقة، فمع احترام الالتزامات و تلبية الحاجات، تبنى الثقة.

ويعرف تنسيق الخدمات على أنه نشاطات تنفذ لمساعدة الطفل المستفيد من تلك الخدمات و تمكينه و أمرته من الحصول على الحقوق و الضمانات الإجرائية و الخدمات.

و مهمة تنسيق الخدمات، تشمل تسويق التقييمات المتعلقة بالطفل و الأسرة و الوصول للخدمات العلاجية و مساعدة الأسر في التعرف على الخدمات المناسبة و الوصول إليها. وعلى منسقي الخدمات التأكد من حصول الطفل على كافة التقييمات التي يحتاجها للحصول على الخدمات المناسبة فيوفر على الأهل الجهد و المعاناة، كما أنه يخطط للخدمات و ينسق بين مواءمتهما و ينسق بين الأهل و مقدمي الخدمات و يسعى لحل الأزمات. كما أن من مهامهم التأكد من إجراء خطة فردية خاصة و تطوير هذه الخطة لتناسب مع احتياجات الطفل المناسبة. وإحدى أهم الوظائف التي يقوم بها منسقي الخدمات تتمثل في إعلام الأهل بحقوقهم و بوجود تجاوزات قانونية خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة.

الإرشاد المهني

و يتمثل الإرشاد المهني في مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة على إيجاد وظائف تكفل لهم الاكتفاء و الإحساس بقيمة أدائهم للمجتمع، إذا و جب على المجتمع توفير إرشاد مهني لهم ليمكنهم من استغلال طاقاتهم و توفير حياة كريمة له يحصلون فيها نتيجة أعمالهم و جهودهم. و لا يتوقف هذا الإرشاد على تحفيز مؤسسات المجتمع على توفير الوظائف لذوي الاحتياجات الخاصة بل يتعداه إلى متابعة أعمال الأفراد و مستوى أدائهم و التفاعل الإيجابي مع احتياجاتهم، كتوفير مواصلات.

الإرشاد الجماعي

إن من أهداف التربية الخاصة مساعدة الأفراد على العيش باستقلال. هذا الهدف لا يمكن تحقيقه بدون توفر أهل واعيين و إرشاد منيقتظ لاحتياجات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

و يتمثل هذا الإرشاد في توفير وظائف تتناسب و قدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة و السعي لتوفير مساكن رعاية لهم بحيث يسكن مجموعة منهم في وحدة واحدة مع مرشد يقوم بمساعدتهم على تدبير شؤون حياتهم اليومية و التأكد من نهائهم لأعمالهم في الأوقات المحددة أو لتناولهم للأدوية أو تقديم الخدمات المناسبة عند الحاجة.

إرشاد الإخوة

إن أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تعاني بالإضافة لتربية طفل باحتياجات خاصة من أعباء تربية أطفال آخرين، و كثيراً ما تشتكي من المشاكل التي يمر بها الإخوة و الأخوات في حياتهم اليومية و ما يعانونه من ضغوط نتيجة لتراكم مسؤوليات إضافية عليهم. إن إخوة و أخوات الطفل ذي الاحتياجات الخاصة يمررون بمجموعة مختلفة من المشاعر التي تتراوح بين الحب و الكره، المنافسة و الولاء. فهم يمررون بتجارب إما أن تقرب أفراد الأسرة أو تبعدهم عن بعضهم البعض، تتمثل هذه التجارب فيما يلي:

- 1- مضايقات في المدرسة من قبل الزملاء.
- 2- الشعور بالغيرة من الطفل ذي الاحتياجات الخاصة .
- 3- التمرد على الأسرة لمحدودية الفرص الترفيهية المتاحة .
- 4- عدم انتظام عادات النوم و الشعور بالإرهاق في المدرسة .
- 5- وجود صعوبة في إكمال الواجبات نتيجة لانشغال الوالدين .
- 6- الشعور بالإحراج من تصرفات الإخوان في المواقف الخارجية نتيجة للنظرة السلبية من المجتمع .

وتوفر علاقات الإخوة تفاعلاً جديراً بالاعتبار مع قضاء الإخوة كثيراً من الوقت معاً و تستمر علاقات الإخوة في إتاحة الفرصة لتعلم العديد من المهارات الاجتماعية المهمة مثل المحاوررة، و التفاهم، و حل النزاعات و هذا ما يجعل دور الإخوة و إرشادهم ضروري لمساعدتهم على لعب دور إيجابي في تطور الأخ ذي الاحتياجات الخاصة و تفهم ظروفه و

نموهم هم كأفراد بشكل سوي و طبيعى. و على الإرشاد أن يعي أهمية دور الإخوة و احتياجاتهم و يهين الأسرة للتفاعل معها. إذ أن دعم الوالدين و تفهمهم لاحتياجات الإخوة عامل فعال في مساعدتهم على التغلب على مشاعرهم و تجاوز الأوضاع الناتجة عن العناية بطفل ذي احتياجات خاصة. و

وهناك بعض المشاكل التي يمر بها الإخوة وإرشاد الأسر لكيفية التعامل معها:

1- محدودية الوقت و الرعاية من قبل الوالدين.

يشعر بعض الإخوة بالغيرة من الطفل ذي الاحتياجات الخاصة لأنه مركز اهتمام الأميرة مما يسبب لهم نكد في الصورة عن الذات، لذا فإن على الوالدين وضع احتياجات الإخوة أولاً في بعض الأحيان و تحديد وقت خاص بهم و محاولة عدم التنازل عن هذا الوقت بأي حال كما أنه من الأفضل أن يوفروا خبرات و رعاية أخرى للطفل ذي الاحتياجات الخاصة كوضعه عند الجدة أو الخالة .

2- اوم الذات

تكون للأطفال الصغار الذين لهم إخوة ذوو حاجات خاصة ردود فعل خاصة إلى حد ما لأنهم يواجهون صعوبة في استيعاب المعلومات المتعلقة بالإعاقة فقد يعتقد الأطفال المسافر أن شيئاً ما قد فعلوه أو شكروا به يكون قد سبب الإعاقة في هذه الحالة يجب على الأهل استخدام الصراحة التامة مع الأطفال و توضيح أن ما من شخص يمكن لومه على وجود هذه الصعوبات. على الإرشاد أيضاً أن يوضح للأهل أن مدى تقبل الإخوة للطفل ذي الاحتياجات الخاصة يعتمد على مدى تقبل الوالدين و نمذجة هذه المشاعر للبناء. لذا فإن عليهم أن يوضحوا للإخوة المميزات التي يتمتع بها الأخ ذو الاحتياجات الخاصة. ومن الممكن أن يقوم الإرشاد بتعريف الإخوة على مجتمعات لذوي الاحتياجات الخاصة و الانخراط في أعمال مساندة لهذه المجتمعات.

3- الخوف من مجابهة الأصدقاء

قد يشعر الأطفال بالخجل من أخوتهم الذين يعانون من ظروف خاصة فلا يستطيعون أن يسمحوا لأصدقائهم أن يزورهم في المنزل، وعلى الإرشاد في هذه الحالة أن يوضح

للأسرة ضرورة مناقشة هذه الأمور مع الإخوة مسبقاً ، وتحديد كيفية شرح وضع الأخ لهم. كما أنه من الممكن تنظيم زيارات للأصدقاء في الأوقات التي يكون فيها الأخ في جلسات علاج أو غيرها من الخدمات التي يتلقاها. وعلى الأهل أن يموأ أن للإخوة حياتهم الخاصة التي لا يرغبون في دمج أخيهم ذي الاحتياجات الخاصة فيها، وعلى الأهل احترام هذه الرغبات.

4- مواقف صاعدة

قد تمر الأسرة بمواقف تسبب ضغطاً حاداً جداً، خاصة عندما يتسبب الأخ أو الأخت ذو الاحتياجات الخاصة في إتلاف ملكيات أحد الإخوة، وعلى الأسرة توقع حدوث ذلك ووضع أنظمة تحد من حدوث مثل هذه الحوادث، كحث جميع أفراد الأسرة على إلتحاق حجرهم و تزويدهم بمفاتيح لها. ويستحسن أن توفر الأسرة حياة اجتماعية آمنة للإخوة يلجأون لها في حال كانت الأوضاع الأسرية مشحونة جداً أو تشهد الكثير من الضغوط. وقد يكون من المفيد أيضاً المحافظة على روح الدعابة و مساعدة الإخوة على تفهم عدم مسؤولية الأخ عن تصرفاته.

5- عدم كتابة الأنشطة الأسرية.

يعاني إخوة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من حرمانهم من مزاولة الكثير من الأنشطة التي يمارسها أقربائهم من نفس العمر وفي هذه الحالة على الإرشاد أن يدل الأسرة على العديد من الأنشطة التي بإمكان كافة أفراد الأسرة ممارستها ودمجهم مع أسر أخرى تعاني من نفس الأوضاع.

6- الشعور بالندب من الانفعال على الأخ ذي الاحتياجات الخاصة

على الأسرة توقع حدوث ذلك و عدم لوم الأخوة على مشاعرهم، فالمشاعر القوية تعتبر جزءاً من العلاقات الأخوية المثالية. وعند حدوث مصدامة بين الأخوة على الأسرة أن تشارك في محاولة توضيح وجهات النظر و مساعدة الأخ على تجاوز هذه المشاعر و تدريبه على طرق للمساعدة في الرعاية و تقدير هذه المساعدة ليتمكن من أن يغير لنفسه انفعاله.

7- الشعور بالإحراج من مرافقة الأخ ذي الاحتياجات الخاصة في الخارج

إن نظرة المجتمع لذوي الاحتياجات الخاصة تؤثر بشكل مباشر في مشاعر الأخوة تجاه

أخيهم ذي الاحتياجات الخاصة. فكما كانت المشاعر سلبية كلما ازدادت صعوبة تقبل الأطفال لإخوتهم .

وعلى الأسرة شرح أن إعاقته الأخ ظاهرة بينما توجد إعاقات شخصية غير ظاهرة لدى العديد من الأفراد. و أن هذه الإعاقة لا تقلل من حب أفراد الأسرة للأخ مع مساعدة الإخوة على التواجد مع أخيهم في أوضاع اجتماعية يكون الأخ فيها مقبول و مقدر. كما يجب على الأسرة تفهم مشاعر الأخوة و السماح لهم بالتبول بمفردهم بعض الأوقات.

8- المضايقات المدرسية

يميل الأطفال عموماً إلى إيجاد نقاط ضعف في واحد أو أكثر من أفراد المجموعة و يقومون باستغلالها و مضايقة الأطفال أصحاب هذه العيوب ليثبتون أنهم أقوى. ووجود أخ ياحتياجات خاصة يعتبر أحد نقاط الضعف التي يستخدمها باقي الأطفال. على المرشد تهيئة الأهل لهذا الاحتمال و حثهم على تعويد أبنائهم على كيفية الرد على تعليقات الأطفال و كيفية التعامل معها. كما يفضل أن يقوم الأهل بالتفاهم مع المدرسة و التواصل معها قبل حدوث المضايقات، وعند وجود حالة خاصة في المنزل و رغبة الأهل أن تقوم المدرسة بالمساعدة في بث انطباعات إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة فإن للمعلمين و المعلمات دوراً هاماً جداً في مساعدة الأطفال على التغلب على هذه الأنكار السلبية نحو الإعاقة و النظرة للذات و عدم القلق من ردود فعل الأصدقاء و تقبل كافة أفراد المدرسة للطفل المعاق.

مراحل الإرشاد النفسي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة

عندما تبلغ الأسرة بإصابة أحد أفرادها بعجز ما وأنه يحتاج إلى رعاية خاصة ليواصل سيره في الحياة ويحقق النجاح والإنجاز فإنها تمر بعدة مراحل حتى تصل للتقبل والتكيف. لذا فإننا بحاجة إلى إتباع عدد من الخطوات للوصول بها إلى بر الأمان ومواصلة الإنجاز. وهي:

المرحلة الأولى

مرحلة بناء الثقة: من الضروري بناء علاقة ثقة متبادلة مع الوالدين، وعلى الرغم من صعوبة هذه الخطوة بسبب أن الوالدين يمانيان من مشاعر مختلطة ومعقدة، إلا أنها ضرورية لاجتياز مرحلة الأسى.

وتبنى الثقة بأن تجعل الأمور جميعها واضحة أمامهم، وتشجعهم على التعبير عن مشاعرهم، من قلق أو خوف، أو انزعاج، أو حتى الشعور بالرفض.

المرحلة الثانية

شرح كل الأمور المتعلقة بإعاقه الطفل، والمشاعر التي قد يعانون منها، وشرح التحايل الطبيعية، وردد عمل العائلة من المعلومات التي تعطى لها، والمساعدة على فهم مواضع الضعف والأعباء مع الاهتمام بالاحتياجات الإنسانية الطبيعية. كما يحتاج أفراد العائلة أيضاً إلى المساعدة والمساندة لتعلم كيفية التكيف مع ظروف الطفل ذو الاحتياجات الخاصة وإرشادهم بالطريقة التي تجعل من العائلة تتحرك في نطاق طبيعي، مثل العلاقات فيما بين أفراد العائلة، الأسباب الناتجة، ووسائل التأقلم.

كما يجب النظر إلى هرم ماسلو عند التعامل مع هذه العائلات فمفص مواهب القوة والضعف، فإذا كانت حالة العائلة الاقتصادية متدنية جداً، فإننا لا نتوقع التزامها بالراجعات اللازمة بسبب ارتفاع رسوم الخدمات العلاجية في المقابل.

المراحل: الثالثة والرابعة والخامسة

خطة للوصول إلى حلول وبدائل وإرتباطات مناسبة للحاجة

المرحلة السادسة

الوصول إلى الحل والتغلب على المشكلة.

إرشاد أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

أولاً: حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

إن وجود طفل ذو إعاقة عقلية يفرض على والديه وأسرته ظروفًا خاصة وحاجات خاصة لمواجهة هذه الظروف والتعامل معها، ويمكن القول بأن وجود مثل هذا الطفل في الأسرة يمثل مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة، وهذا يفرض على الوالدين مجموعة من المهام ويولد لهما مجموعة من الحاجات وقد وصف كل من كاري Carey وولكن Wilkin واقع الرعاية المجتمعية للأسر بصيغة روتين العناية اليومية والأعمال المنزلية وإن العبء الأكبر تتعمله الأمهات مع تقديم

الآباء للدعم ومن ثم تأتي الأخوات كما وجد أن الدعم من المصادر الأخرى محدود جدا من ناحية التوجيه والمعلومات والدعم المعنوي والمادي.

إن آباء المرهقين والراشدين المعاقين عقليا مجموعة لا يتم البحث عن حاجاتها في معظم الأحيان، فحاجاتهم والصعوبات التي يواجهونها قد تختلف إلى أبعد الحدود عن حاجات ومشكلات آباء الأطفال الأسوياء، حيث أن نسبة كبيرة من الراشدين وذوي الإعاقة العقلية عاطلون عن العمل أو منهمكون بنشاطات مهنية غير مندية وهناك مشكلة كبيرة يفكر بها الآباء حول مستقبل أنهم عندما لا يعود بمقتورهم تقديم العناية له والتسائل حول أين وكيف سيمشى مطلقهم المعاق في سنين الرشد .

كما أن حاجات واتجاهات أخوة الأطفال المعاقين عقليا قليلا ما يتم الاهتمام بها، فقد عبر الأطفال في دراسة أجريت لهم عن رغبتهم في الحصول على المزيد من المعلومات عن الإعاقة وعن مسارات المساعدة وطرقها، كذلك عبروا عن الحاجة إلى التوجيه فيما يتعلق بسبل التعامل مع الطفل والإرشاد الجيني والتفاعل مع أخوة الآخرين .

هناك بعض الاقتراحات التي قدمها جوردون Jordan حول ما يمكن أن يساعد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أن يعمل من أجلهم:

- 1- إن الآباء يحتاجون من اللحظة الأولى التي يحدد فيها أن الطفل غير عادي إلى خدمات تقدم لها دون الحاجة أن يبحثوا عنها، خدمات تنظم من أجلهم بدلا من أن تكون خدمات يحركونها لأنفسهم .
- 2- إن والدي الأطفال المعاقين يحتاجون إلى التحدث مع آباء مثلهم لديهم أطفال معوقون حتى ولو كان مجرد أن يدرك الأب أو الأم أن هناك غيرهما لديهم مثل مشكلاتهم أي لديهم أطفال مثل طفلهم وأنهم يعيشون مع هذا العبء الكبير .
- 3- إن الآباء يحتاجون إلى المتخصصين الذين لديهم إمداد أكاديمي مناسب ولديهم ثبات انفعالي، وعلى استعداد أن يواجهوا الموقف معوم، وأن يتعاملوا معهم وينقلون لهم صورة واقعية للحالة الراهنة للطفل المعاق والتوقعات التي يمكن إجراؤها والتكهن بها .
- 4- ربما تكون أكبر مساعدة أولية يمكن تقديمها للوالدين هو احترام مشاعر الصدمة والخوف والقلق لديهم، ويكون الوالدين بحاجة إلى التعبير عم مشاعرهما أكثر من الاستماع إلى تأكيدات بأن كل شيء سيكون على ما يرام .

يتضح مما سبق بأن الأسرة تحتاج إلى شخص يربط بينها من جهة والخدمات الصحية والاجتماعية والتربوية ويقوم بالتفسير والتوضيح والتوجيه من جهة ثانية بالإضافة إلى أن الخدمات لن تكون فعالة إلا إذا قدمت المساعدة بشكل منتظم يعتمد عليه وإذا انسجمت مع بنية العائلة وأسلوبها في العيش والتكيف في المجتمع .

ثانياً: المشكلات الخاصة بالإرشاد في مجال الإعاقة العقلية

تختلف الإعاقة العقلية عن أي إعاقه أخرى يمكن أن تصيب الطفل مثل الإعاقات السمعية أو البصرية أو الحركية، فمشكلة الإعاقة العقلية متعددة الأبعاد ولجوانب، فهي مشكلة صحية ونفسية وتربوية واجتماعية وهذه المشكلات أو الأبعاد متشابكة ومتداخلة حيث يعاني الطفل من العديد من المشكلات في آن واحد، ونتيجة لذلك فإن طبيعة الإعاقة العقلية تفرض مجموعة من المشكلات وهي:

1- مشكلة التشخيص

يمتبر موقف التشخيص واحد من أصعب المواقف التي يتعرض لها الوالدان فعند التوجه بالطفل للطبيب بعد ملاحظة مجموعة من الأعراض البهيمية أو السلوكية فإن الوالدين لا يتوقعان تلك الصدمة التي يلقونها عادة نتيجة إخبارهم بوجود إعاقه لديه وفي الواقع فإن الوالدين يكونان في العادة غير قادرين على مواجهة هذه المشكلة بشكل واقعي أو أن ينظروا إليها في صورة بناء، وبذلك فإنهما يكونان في حاجة إلى المساعدة في التعامل مع انفعالانهم وكذلك في التخطيط لطفولهم، ويشتمل إرشاد هؤلاء الآباء على تشجيعهم على تقبل التقدير الواقعي للتغيرات التي ستحدث ولتحديد لتوجه المناسب .

وهناك بعض الإرشادات التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في عملية تشخيص الإعاقة العقلية مثل:

- 1- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص معيابة وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بمقراته الحقيقية، وحتى لا ينفر منها أو عليها فيوجب استجابته نتيجة لنفوره من التفاعل أو مله منه وليس لعدم قدرته على الاستجابة .
- 2- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة .

- 3- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة إلى الطفل واضحة ومباشرة بحيث لا يحتفل السؤال أكثر من معنى واحد، ولا يحتاج الإجابة عليه إصدار تعليقات أو وضع افتراضات .
- 4- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكاناته، وأن تبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة ثم ننتج إلى الأصعب ...
- 5- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محدودة بدقة .
- 6- أن يراعى عند رصد استجابات الطفل ألا نلجأ إلى تفسير معناها أو الإرشاد إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل نسجل كما هي دون تأويل.

2- الوعي الكامل

- أ. إقرار الأب بإعاقه طفله .
- ب. معرفة الأب لجوانب القصور في أي علاج .
- ج. طلب الأب معلومات عن الرعاية والتدريب المناسبين ووضع الطفل في المؤسسات الخاصة .

3- الوعي الجزئي

- 1- يصف الأب أعراض الإعاقه وي طرح أسئلة عن أسبابه .
- 2- يأمل الأب بتقدم حال الطفل ولكنه يخاف من عدم نجاح العلاج .
- 3- يتساءل الأب عن قدرته الخاصة للتكيف مع المشكلات .
- 4- يقوم المتوقف ووعي هذا الأب بمشكلة طفله الحقيقية بأنه وعي جزئي .

4- الحد الأدنى للوعي

- 1- يرفض الأب الاعتراف بأن بعض الخصائص الساوكية المعينة تعد غير عادية .
- 2- يلقى الأب باللوم لظهور هذه الأعراض على أسباب أخرى غير الإعاقه .
- 3- يعتقد الأب بأن العلاج سوف ينتج طفلاً عادياً - إن الطبيب في الغالب يقوم بالدور المبني للمرشد وهذا المستوى الإرشادي يكون عادة غير مناسب، ويسهم في زيادة الأزمة، وذلك لأن الطبيب غير قادر على التواصل الفعال، ويخلص بعض الباحثين

إلى أن الأطباء تكون لديهم صعوبات في توصيل ظروف المعجز للوالدين بل إنهم قد يكونون في بعض الأحيان عوامل في بث الخوف، وكذلك التشويش والتحريف لدى الوالدين.

إن تعدد فئات الإعاقة العقلية، وتعدد الأسباب والعوامل المؤدية إليها ثم تعدد مظاهر الإعاقة وملازمها واختلاف هذه المظاهر والملازم من حالة إلى أخرى، يجعل من عملية تشخيص الإعاقة العقلية عملية صعبة جداً أو معقدة، ويحتاج إلى دقة وذلك لأن تشخيص حالة الطفل بأنه معاق عقلياً يعني وضعه في فئة معينة من الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة وتأهيل من نوع خاص وحتى يمكن انتقاء أنواع البرامج العلاجية والتأهيلية المناسبة لهم. بالإضافة إلى أن الأطباء والمتخصصين يجب أن يكونوا عموماً ويتمتعون بقدر جيد على الإصغاء وأن يكونوا قادرين على الاستجابة للحاجات النفسية للأسرة ولا يقتصر دورهم فقط على تقديم المعلومات.

ثالثاً: ردود فعل الوالدين على الإعاقة العقلية

إن كثيراً من الآباء يتوقعون طفلاً سليماً معافاً ويخططون على هذا الأساس، وقبل الولادة لا يفكر أهل عادة تكثيراً جدياً في خطر ألا يكون مولودهم طبيعياً، حيث يشعر بعض الأهل عند إبلاغهم بأن طفلهم معاق عقلياً بأنهم لن يستطيعوا أن يحيوه ويرعوه، ولكن هذا الشعور الذي هو رد فعل طبيعي للصدمة، يزول عادة بعد بضعة أيام أو أسابيع وقد تقرر الأسرة ألا تصدق الإنسان الذي شخص الإعاقة العقلية، وتنتقل الأسرة من طبيب إلى آخر على أمل العثور على واحد يمكنه أن ((يعالج)) الطفل وكثيراً ما يفضل الأطباء والأخصائيون الآخرون في أن يفسروا بوضوح، وبثريته يتقبلها الأهل ما هي الإعاقة العقلية، وكيفية مساعدة الطفل، وعندما يتأكد الأهل أن طفلهم متخلف حقاً فإنهم قد يشعرون بالأسى والغضب كما لو أن الطفل قد مات، فالطفل الذي خططوا له وحلموا بمستقبله لم يولد، بل إنهم حصلوا على طفل معاق عقلياً لم يكونوا يتوقعونه ولا هم يفهمونه.

ولكن بعض الأهل يستمرون في رفض تصديق أن الطفل معوق عقلياً بالتحل، وقد يرجعون هذه الإعاقة إلى أن طفلهم يواجه مشكلات وصعوبات ولكنه سيشفى منها، وكثيراً ما يرفض أمثال هؤلاء الأهل إرسال ابنهم إلى مدرسة للمعاقين عقلياً ومن ضمن ردود الفعل:

أ. الشعور بالذنب

يشعر كثير من الأهل أحياناً بالذنب اتجاه ابنهم وقد يخالجهم الشك بأن الطفل سحوق لأنهم ارتكبوا خطيئة ما وأن ما حصل إنما كان نتيجة مباشرة لما فعلوا أو عقاب سماوي لارتكابهم الخطيئة، ويزيد هذا الموقف من صعوبة تقبلهم الطفل ومساعدته على تحقيق التقدم، وقد تعتقد الأم أن عجز ابنها عن المشي أو الأكل بعمره ليس إلا عقاباً لها على خطيئتها، ولكي لا ترفض العقاب فإن الأم تقرر عدم تعليم ابنها للمهارات، أما الأب الذي يظن أن خطاياها قد فعلت ما فعلت من أذى فقد لا يسمح لابنه بالخروج من البيت تجنباً لأي أذى آخر أو حدث يحصل للطفل.

وقد يلوم الوالدان أحدهما الآخر أحياناً، وقد يلوم الأجداد الابن أو زوجته على ما حدث وتكون نتيجة ذلك شجارات عائلية لا فائدة منها ويجاول بعض الأهل إبقاء الطفل بعيداً عن اللقاءات عائلية وعند زيارة الأقارب لكي لا يكتشف الأقارب إعاقة الطفل.

وقد يشعر الأهل بفقدان كبير في الثقة بأنفسهم نتيجة إنجاب طفل معاق وبالتالي فإنهم يشكون بقدرتهم على فعل أشياء أخرى بشكل جيد، وقد يصاب الأهل وخصوصاً الأمهات بالاكتئاب نتيجة لهذه المواقف والمشاكل .

ب. الحماية الزائدة

يشجع بعض الآباء إلى الزيادة في حماية ابنهم المعاق عقلياً حيث إنهم يعتقدون أنه من القسوة أن تدفع الطفل المعاق إلى أن يحقق إنجازات يتصورون أنها أكبر من قدراته وإمكانياته، ولنا فقد يستقر في أذهان الآباء حدوداً غير واقعية عن إمكانيات الطفل وقدراته على أداء الوظائف والتي قد تكون أقل من قدراته الفعلية ويعمل الآباء على أن يحتفظوا بالطفل في مدى هذه الحدود .

ويعتقد بعض الآباء أن طفلهم قد يكون موضع سخرية أو استغلال من المجتمع إذا لم يكونوا هناك لحمايته، وإذا ما خاف الوالد على ابنه من المجتمع وعهد إلى حمايته حماية زائدة فإن الطفل لن يكون عاجزاً من الناحية الذهنية فقط بل ومن الناحية الاجتماعية أيضاً .

وهكذا فإن ذوي الاحتياجات الخاصة يمرون منذ معرفتهم بأن طفلهم يختلف عن بقية الأطفال ببعض المشاعر التالية أو بها مجتمعة (كالشعور بالصدمة، الحزن، الغضب،

الإحباط، الخوف، العزلة، انقلاق، فقدان الثقة بالنفس، مشاعر رفض الطفل، الخوف الشديد من المستقبل، التعب والتوتر).

رابعاً: مجالات إرشاد أسر ذوي الإعاقات العقلية

1 الإرشاد الجيني

يتضمن تقديم المساعدة من قبل المرشد للأباء المتوقع إنجابهم لطفل معاق. وإن الإرشاد الجيني يمكن أن يوفر للأباء معلومات قيمة وصحيحة ويملكه تقرير ما إذا كان الطفل سيخلق بشذوذ صبغي من عنده كما هو الحال في مرض داون سندروم. والهدف من الإرشاد الجيني هو توفير معلومات دقيقة للمسترشدين حتى يتمكن لهم اتخاذ قرار مفيد فيما يتعلق بإنجاب أطفال. والإجراءات الطبية تستخدم لتشخيصات ما قبل الولادة بصورة متكررة. وتعتبر مفيدة للأباء الذين سبق لهم إنجاب طفل ذي شذوذ صبغي أو عندما تقع الأم ضمن جماعة معرضة للخطر الكبير.

وقد أشار كل من (بيسون ودوجلاس) إلى أن الإجراء الطبي يعتبر ملائماً للحمل في الأسر ذات الماضي الطبي بتشخيص المرض الوراثي، مثل مرض (تايسانثز) وهي ملة ذهنية هي الخلق تؤدي زيادة المخزون منها إلى تدهور في الأداء الوظيفي للمخ ووظيفة الطفل في العام الأول أو الثاني. وفقر الدم البحري وأنيميا الخلية المجلية وكثير من الأخطاء الوراثية الخاصة بالأبيض. يتم إجراء الاختبار الطبي خلال الثلاثة أشهر الثانية من الحمل (16 إلى 18) أسبوعاً من اليوم الأول لأخر دورة شهرية.

ويستغرق إجراء هذا الاختبار حوالي (10 إلى 15) دقيقة، وهذا الإجراء يتضمن استخراج عينة من سائل كيس السائل المحيط بالجنين، فالمسائل الذي يحتوي على خلايا جنينية يتم تحليله لغرض الشذوذ الصبغي ويحتاج إجراء لاختبارات أيضاً أسبوعين أو 3 أسابيع. وهذا يعطي الأم وقتاً قليلاً للتفكير في الإجهاض في الثلاثة أشهر الثانية إذا كان الجنين غير طبيعي. وهذا الإجراء الذي يطبق في الأسبوع المباشر من الحمل يستطعم نسيجاً إضافياً مطابقاً تماماً لخلايا الجنين الجرنية، فالنسيج فيما بعد يحلل للكشف عن الكروموسوم الصبغي الإضافي كوجود في زملة داون سندروم ويخبر مع العنصر الأساسي في الجينة الموروثة لتحديد أنيميا لخلية المتجلية، أو لإجراء فحص لمرض تايسانثز .

إن الإرشاد الوراثي يقوم به مرشد متخصص في الجوانب الوراثية حيث يقوم بمناقشة زوجين أو شخصين يتويان الزواج حول احتمال أن يكون لديهما نسل يعاني من عيوب ترجع لعوامل وراثية ومن ثم اتخاذ القرار المناسب حول إتجاب أطفال من زواجهما.

2- الإرشاد حول الإلحاق بالمعاهد الداخلية

يجب على المرشد أن يهيئ نفسه لمناقشة مسألة إيداع الطفل في معهد مع الوالدين وهذا الإيداع يشرب عليه فصل الطفل عن أسرته وهناك أربعة جوانب تؤثر على التوجه نحو إيداع الطفل أحد المعاهد وهذه العوامل هي:

1- مستوى الإعاقَة العقلية لدى الطفل: إنه لمن المعتاد أن يبدأ التفكير في إيداع الطفل إذا كانت أعاقته من النوع الشديد أو العميق حيث تكون حاجات الطفل بعيدة عن أن يمكن تربيته على الوفاء بها.

2- الحالة الاقتصادية: ولأن الطفل الذي لديه إعاقَة عقلية شديدة أو عميقة يحتاج إلى رعاية خاصة ومراقبة فإن الأسرة قد تحتاج إلى إنفاق أكبر لمواجهة هذه الحاجات وحين نمجز مورد الأسرة عن ذلك فإن التفكير يتجه إلى الإيداع في معهد للإقامة والرعاية.

3- ظروف البيئة وإمكانياتها: قد تدعو الحاجة أحياناً إلى إيداع بعض حالات الإعاقَة العقلية معها للإقامة شبه الدائمة نتيجة لعدم وجود معهد في البيئة المحلية (مثلاً قرية صغيرة) وعدم وجود إمكانيات نقل الطفل يومياً إلى معهد للرعاية النهارية وهنا يبدأ التفكير بالتبديل المناسب وهو إلحاق الطفل بمعهد داخلي

4- المشكلات السلوكية: تعتبر المشكلات السلوكية عاملاً هائلاً يدفع الآباء إلى التفكير في إلحاق الطفل بمعهد الإقامة الداخلية.

5- ظروف الأسرة: في حالات الأسر التي تعيش درجة عالية من الانضباط بسبب وجود الطفل المعاق فإنها عادةً تفكر في إلحاقه بمعهد داخلي كنوع من أنواع إبعاد مصدر الضغط.

لاشك أن إلحاق الطفل بمركز داخلي وفصله عن الأسرة يمثل مشكلة سواء للطفل أو للوالدين، ويجب على المرشد أن يساعد الأسرة في حل هذه المشكلة والقاعدة الأساسية أن الإلحاق بمعهد داخلية تبدو الحاجة له عندما تدعو ظروف الطفل إلى خدمات من نوع

يصعب توفيقه في الأسرة، أو يكون الطفل قد أصبح يمثل خطراً على نفسه أو على أسرته أو على المجتمع، أو تكون معاناة الأسرة نفسها من وجود الطفل قد وصلت لدرجة تهدد وحدة الأسرة وتوافقها، ويجب ألا يكون التكبير في الإحلاق بالمعاهد الداخلية قائماً على مجرد مستوى الذكاء أو الفئة التنشيطية التي أُنصفت بالطفل.

ويقترح (باتشاور وبيريل) خطوط إرشادية للإبداع في المعاهد مثل:

- 1- يجب أن ينظر للإبداع في معاهد داخلية على أنه المنهج الأخير الذي تأخذه بالاعتبار فقط، بعد أن يصعب الاستفادة من البيئات الأقل تقييداً.
- 2- إن قرار الإحلاق أو الإبداع بمعاهد يجب أن يكون قراراً مشتركاً يشمل كلاً من الوالدين والمتخصصين المشتركين في الاهتمام بالطفل.
- 3- إذا كان ممكناً على الإطلاق فيجب أن يستمر الوالدان في اندماجهما مع الطفل وزيارته وإصطحابه إلى البيت في عطلات نهاية الأسبوع وغيرها من المناسبات والعطلات.
- 4 إن حاجة للإبداع في معاهد يجب طرق الإرشاد :

لا شك أن أسرة الطفل المعاق تكون على صلة بمجموعة كبيرة من الناس أما بحكم العلاقات الشخصية مثلاً الأصدقاء والأقارب الباشرين وإما بحكم أنهم متخصصون مهنيون مثل الأطباء والأخصائيين النفسيين والمدرسين وغيرهم. وهؤلاء في الغالب يفترون الوالدين بمجموعة كبيرة من التصانيع غير أن هناك مجموعة من الجوانب يجب على من يساعد الوالدين أن يأخذها في الاعتبار :

- 1- لا تحاول أن تدعي فهمك التام للخبرة التي يعيشه الوالدان وبمكتك بالطبع أن تكون حساساً متعاطفاً نحو الوالدين ومع ذلك، فما لم تكن قد خبرته موقفيهما فإن عليك أن تكون أميناً معهم .
- 2- يمكنك في حدود إمكانياتك أن تقدم للمعلومات المناسبة والهامة وأن تريح وتساند الوالدين الذين لديهما طفل شديد الإعاقة.

من بين الجوانب التي يجب أن يأخذها المرشدون ومن يعملون في مساعدة الوالدين لاتجاهات التي يتبنّاها هؤلاء الآباء اتجاه أبنائهم بشكل خاص واتجاه العجز بشكل عام وكذلك مشاعرهم نحو هؤلاء الأبناء، ويجب على هؤلاء المرشدين ألا يأخذوا موضوع

الاتجاهات والمشاعر في شكل شواذب معينة يعممون منها إلى الوالدين والأمسر والأطفال المعوقين الذين يعملون معهم. وإنما يجب تقييمهم للاتجاهات والمشاعر قائما على أساس كل حالة وكل موقف على حدة وأن تكون معلوماتهم التي يبنون عليها عملهم قائمة على أساس ما يأخذونه من المتخصصين من معلومات وأن تراجع من جانب كل المهتمين على فترات منتظمة وأن تختار بيئة أقل تقييدا لخدمة الطفل عندما يصبح ذلك ملائما

3- الإجراءات الإرشادية

إن إرشاد الوالدين يمر عبر العديد من الإجراءات أولها تكوين العلاقة الإرشادية والتي تتم بين المرشد والمسترشد في حدود معايير اجتماعية تحدد ما هو دور كل منهما وتهدف إلى تحقيق الأهداف العامة والخاصة للعناية الإرشادية .

ويعتمد نجاح هذه العلاقة على العديد من العوامل منها: الثقة، والتقبل، وحسن الإصغاء، والسرية، والخصوصية، والاحترام، والهدف، و الحب، والتحلان، والمشاركة الوجدانية.

ويعد ذلك تأتي عملية تحديد الأهداف ويجب أن يحدد المرشد والمسترشد أهداف عملية الإرشاد والبدء بالأهداف العامة ومن ثم الخاصة وبالتدريج. بعدها يتم جمع المعلومات المرتبطة بالمسترشد ومشكلته وبيئته وهذه المعلومات يأخذها المرشد من الاختبارات والمقاييس التقديرية والمقاييس السوسيومترية. بالإضافة إلى ذلك معرفة المرشد وشخصيته ومشكلته من كل الجوانب ومن أهله أو زملائه أو بيئته واستخدام كافة وسائل جمع المعلومات الممكنة مع مراعاة تعددها والشروط العامة التي تكفل نجاحها والثقة هي المعلومات. ومن ثم يتم اتخاذ أسلوبه لحل المشكلات حيث يقوم المرشد بمساعدة المسترشد على حل مشكلته وذلك من خلال اقتراح عد من الحلول الرئيسية والحلول البديلة ومن ثم يختار المرشد الحل الأفضل والمناسب له. بعدها يتم تقييم تلك العملية في ضوء نتائجها وآثارها ويشترك في تقييم عملية الإرشاد كل من المرشد وزملائه والمسترشد والوالدين والرفاق. وأخيرا تكتي خطون إنهاء العلاقة الإرشادية.

ومن المهم أن يدرك المرشدون أن العمل مع الوالدين ليس موجبا فقط نحوهما ونحو راحتهما أو مجرد إزالة الضغوط الناتجة عن وجود الطفل المعوق وإنما هذا العمل موجبا أيضا وبشكل أساسي نحو اندماج الطفل في أسرته وفي المجتمع، وتحسين الاتجاهات نحوه ونحو إعاقته ويشمل هذا العمل الاستفادة من المصادر الاجتماعية المتاحة في المجتمع بأقصى ما يمكن لتحقيق أهداف الإرشاد .

ويجب أن يكون التدخل الإرشادي في وقت مبكر من الأزمة الوالدية والأسرية الناتجة عن تعريف أحد أطفال الأسرة على أنه معوق وبدء وجود الفعل نحوهم، فالإرشاد المبكر من شأنه أن يساعد على الوالدين على التوافق وتقبل الموقف كله كما يعطي نظرة إيجابية للتأهيل في المستقبل .

ويجب أن يتلقى الوالدان مساندة وتعريضا من المرشد وكذلك معلومات خاصة بالمشاعر المتوقع أن يعيشوها بمجرد دعوة الطفل إلى البيت، وبهذه الطريقة يكون المرشد قد قدم رعاية شاملة ومتكاملة للأسرة التي تركز بمولود غير مكتمل ويكون قد سهل توافقهم لطفاهم وتقبلهم غير المشروط لهذا الطفل والمرشد النفسي الذي يعمل مع الوالدين يوسعه أن يستخدم مجموعة من طرق الإرشاد والمعالج النفسي مثل الطرق السلوكية (أساليب العلاج السلوكي) وهذه الأساليب يمكن أن يعلمها أيضا للوالدين للتعامل بها مع مشكلات الطفل، والطرق العرضية وهذه تشمل تنوعا كبيرا يبدأ من أساليب تعديل الاتجاهات وأساليب بث الثقة بالنفس مراعاة تصوير المشكلة وتصحيح الأفكار الخاطئة حول الإعاقة وكذلك أسلو حل المشكلات وأساليب مواجهة الأزمات وخاصة في المراحل الأولى للمشكلة وتشمل هذه الطرق بشكل خاص على المساندة العلاجية، ومن ملاحظاتهم هم أنهم ومن الوالدين والطفل وبذلك يمكنهم أن يعدوا خططا إرشادية.

توصيات إرشادية للوالدين الذين رزقا بطفل لديه إعاقة عقلية

- 1- إن أختل ما يداوي سبعة الآباء عند علمهما بحالة طفلها هو اللجوء إلى الله سبحانه وتعالى والاسترجاع والدعاء إلى الله أن يلهما الصبر على ما أصابهما وأن يعينهما على أن يرعيا هذا الطفل
- 2- إن يعلم الوالدان أن للرسول (ص) أوصى بأن ذرعى الضعفاء وأن رعاية الطفل المعوق واجب على الوالدين .
- 3- أن يعلم الوالدان أنهما لهما وحدهما فيم أصابهما وأن هناك عشرات ومئات بل وآلاف من مثل حالة طفلها .
- 4- يحسن أن يعبر الوالدان عن مشاعرهما، وأن يعرف كل منهما شعور الآخر إزاء الموقف الذي يمران به، وأن يشجع كل منهما الآخر على عمل شيء إيجابي وأن تكون لهما خططا مشتركة في التصرف وأسلوب منسجم في التعامل مع الطفل المعاق .
- 5- التحدث مع الأشخاص المقربين في حياة كل إنسان أشخاص يرتاح إليهم ويشعر

بالطمأنينة وهو يتحدث معهم عما يشغله وعما يشعر به ويمكن للوالدين أن يستفيدوا منهم للتخفيف من المشاعر المؤلمة التي تعريهم .

6- ابحث عن المعلومات حيث أن بعض الآباء يبحث عن كم كبير من المعلومات بينما آخرون لا يفعلون ذلك والمهم هو البحث عن المعلومات الدقيقة .

7- حافظ على نظرة إيجابية لأن النظرة الإيجابية تعبير واحدة من الأدوات القيمة في حياة الإنسان ليتعامل مع المشكلات .

8- ابحث عن البرامج المناسبة لطفلك فهناك كثير من البرامج التي تساعد المعاقين بتعليمهم أو تأهيلهم أو إرشاد الآباء أو تقديم العلاجات الطبية وجوانب الإعداد البدني وغيرها .

9- تجنب الشفقة حيث أن الإشفاق على النفس ومعايشة الشفقة الصلابة من الآخرين والشفقة على الطفل إنما هي أمور مميقة فالموقف ليس بحاجة إلى الشفقة إنما بحاجة إلى المشاركة الوجدانية .

10- تذكر أن الطفل هو ذلك هذا الشخص الذي تشغل به إنما هو طفلك أولاً وقبل كل شيء ومع التسليم بأن نمو هذا الطفل قد يختلف عن ذلك الذي يمر به الأطفال الآخرون لكن هذا لا يجعل طفلك أقل قيمة أو أقل إنسانية أو أقل أهمية أو أقل حاجة لحبك ورعايتك وامتنع بوجوده فالطفل يأتي أولاً وبعد ذلك تأتي حالة الإعاقة

وإن هذه التوصيات تعتبر مفيدة وهامة لأسر ذوي الإعاقة العقلية على أن يتخطوا الضغوط النفسية ويواجهوا المشكلات التي تتعرض لهم في حياتهم وذلك بمساعدة المرشد الذي يتمتع بخصائص شخصية مهنية فعالة والتي تسهم في نجاح العلاقة الإرشادية .

إرشاد أسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم

يعد التعاون بين الآباء والمعلمين لتعزيز التعلم في المدرسة والبيت ضروري في حالة وجود أطفال ذوي صعوبات تعلم، حيث يساعد هذا التعاون في تخفيف الكثير من المشكلات التي تنشأ خلال مرحلة التقدم التربوي للطفل، فالطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم وأسرته بحاجة إلى مساعدة بهدف المحافظة على العلاقات والبناء الأسري وزيادة فهم أفراد العائلة للطفل وقبولهم لصعوبات التعلم التي يعاني منها .

اهمية مشاركة أسر ذوي صعوبات التعلم

لقد ركز العديد من الباحثين على مشاركة أولياء الأمور في كل مرحلة من مراحل الملاج، ابتداءً من مرحلة التعرف إلى مرحلة التقسيم ويظهر دور الأهل على النحو التالي:

- 1- مرحلة التعرف. ويكون دور الأهل من خلال ملاحظاتهم للإشارات المبكرة لصعوبات التعلم، والوعي بالخدمات التي ينبغي أن تقدم لهم .
- 2- مرحلة الفياس. ويكون دورهم من خلال جمع البيانات عن الطفل في المنزل وتقديم المعلومات التي تتعلق بالقياس .
- 3- مرحلة اختيار البرامج . حيث يشارك الوالدين في اختيار البديل التربوي المناسب للطفل، وفي وضع الأهداف التي تتضمنها خطة الطفل التربوية الفردية .
- 4- مرحلة التنفيذ. وهنا يشارك الآباء في الأنشطة المدرسية، وقد يتطوع لمساعدة المعلم في المدرسة، وقد يشاركوا بالأنشطة المعتمدة على المنزل.
- 5- مرحلة التقييم. حيث يزود الآباء المعلمين بمعلومات أساسية تتعلق بمدى تقدم الطفل في المهارات الأكاديمية التي يتعلمها وأيضاً المهارات السلوكية .

تكيف الوالدين مع حالة الطفل ذو صعوبات التعلم

إن الأسرة لا تكون مهيئة لاستقبال طفل يعاني من صعوبات تعلميه، فالآباء والأمهات يتوقعون أن يكون لديهم أطفال لا يعانون من مشاكل منذ البداية، وهناك العديد من العوامل التي تؤثر على كيفية تأثر العائلة بوجود طفل ذوي احتياجات خاصة من مثل خملنس الإعاقلة و طبيعتها وشدتها وخصائص العائلة والخصائص الشخصية لكل فرد من أفراد العائلة بالإضافة إلى التحديات التي تواجهها العائلة، إلا أنه يجب التأكيد على أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوع ردود الأفعال وحدتها واستمراريتها، حيث تتراوح ردود الأفعال بين مشاعر الحزن والأسى ولوم النفس، والشعور بالذنب والغضب والإنكار، وعملية تكيف الأهل تتضمن النقاط التالية: الإحساس بالمشكلة

و الوعي بالمشكلة، و مرحلة البحث عن المسبب، ومرحلة البحث عن الملاج، قبول الطفل.

ويستطيع الأخصائيون توفير الخدمات التالية لأسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

- 1- توفير المعلومات الخاصة بصعوبات التعلم، ومساعدة الآباء على الفهم ومراعاة مشاعرهم فيما يتعلق بمشاكل أطفالهم .
- 2- التمتع بين البيت والنشاطات المدرسية .
- 3- مساعدة الأهل على إدراك أن السلوك الظاهر مهم في علاج الصعوبة التي يعاني منها الطفل، فالآباء بحاجة ملحة لأن يكونوا مهئين لهذه التقديرات، وإن يتم تزويدهم بالافتراحات لمساعدتهم في أن يتعاملوا معه .
- 4- مساعدة الآباء على تطوير الاستقلالية لدى أبنائهم .
- 5- توضيح أساليب العناية الأساسية لكلا الوالدين، بحيث يصبحوا أكثر قابلية للتفكير بواقعية حول احتياجات طفلها والعناية التي يحتاجها .
- 6- الحصول على الدعم والتعزيز المتواصل من قبل المرشدين، بحيث تزود الأسرة بالعناية الشاملة المتكاملة والمساعدة على التكيف .

استراتيجيات إرشاد أسر ذوي صعوبات التعلم

- تساعد برامج الإرشاد الآباء في التعامل مع مشاعرهم، فهذه البرامج يتم تنظيمها بناء على طبيعة العائلة ومشاكل الطفل وهذه البرامج:
- 1 - العلاج فردي؛ ويكون للطفل وحده، في حالة صعوبة تواجد الأبوين معه (الآباء المدمنين، الكحوليين، النهميين، والذين يرفضون الطفل رفضاً باتاً .
 - 2- العلاج الجماعي للآباء والأمهات؛ وذلك للذين يرغبون في الاستفادة من تجارب غيرهم في حل المشكلات الأساسية .
 - 3- علاج الطفل والوالدين بشكل منفصل؛ وذلك في الأسر التي فيها العلاقات متوترة، ويكون من غير المفيد إرشاد الطفل وأبويه سوياً .
 - 4- علاج الطفل ووالديه سوياً؛ وهذا يكون للأسر التي يمكنها أن تشارك للمعالج دون أي نزاعات أو توتر .

المراجع العربية

- الروسان، فاروق (2000)، مقدمة في الاضطرابات اللغوية، دار الزهراء للنشر والتوزيع: الرياض
- القاسم، أنس محمد (2000)، مقدمة في سيكولوجية اللغة، ط1، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة- مصر..
- يوزر، هديه (2000)، اضطرابات اللغة، ترجمة أنس القاسم، ط1، عيادات للنشر والتوزيع: بيروت، لبنان.
- جوهانسون، أرنه (1998)، النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ترجمة أحمد قاسم، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة- مصر.
- أمين موهوب محمود (2000)، اللجاجة أسبابها وعلاجها، ط1، دار الفكر العربي: القاهرة، مصر.
- الزباد، فيصل محمد (1990) اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار فارغ: الرياض.
- السيد، محمود (1988)، اللغة تدرأً واكتساباً، ط1، إدار التفصيل الثقافية: الرياض.
- عيده، داود (1984)، دراسات في علم اللغة النفسي، ط1، مطبوعات الكويت: الكويت.
- منصور، عبدالجديد أحمد (1982)، علم اللغة النفسي، ط1، مطبع جامعة الملك سعود: الرياض.
- شقير، زينب محمود (1999) سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، ط1، مكتبة النهضة المصرية: طنطا، مصر.
- الفريشوطي، يوسف، والسرطاوي، عبدالعزیز والمصحاوي، جمال (2001) المنحأ، إلى التربية الخاصة، ط1، دار العلم للنشر والتوزيع: دبي، الإمارات.
- عبود، ماجده السوي (200) مدخل التربية الخاصة ط1، أدار المنفا: عمان، الأردن.
- القريشي، عبد المطلب (2001)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتربيتهم، ط1، دار الفكر العربي: القاهرة.
- الوقفي، راضي (2003)، أساليب التربية الخاصة، هيئة للنشر والتوزيع، عمان.
- جروان، فتحى (1998)، التوهية والتفوق والإبداع، دار الكتاب الجامعي: عمان.
- الروسان، فاروق (1996)، سيكولوجية الأطفال لير العاقدين.
- زهران ، حامد (1977) التوجيه والإرشاد النفسي .
- الشنولي ، محمد محروس (1998) ناهيل للمعوقين وإرشادهم
- عطا، محمود (1996)، الإرشاد النفسي والتربوي
- الحديدي، منى (1419هـ)، الإعاقفة البصرية ، دار الفكر للطباعة والنشر: عمان.
- 1- فايد، حسين علي (2001)- الاضطرابات السلوكية . الطبعة الأولى منشورات جامعة حلوان: مصر.

2. العزة ، سعيد حسني (2000) التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية الطبعة الأولى: عمان .
- 3- الروسان، طارق (2000). تعليم الناهج الثانوية والذرية لدى الأطفال. دار الفكر: عمان
- 4- كرم الدين ، ليلي (1995). اللغة عند الطفل. مكتبة أولاد عثمان، القاهرة.
- 5- نوري الشمس، مصطفى (2000). الإعاقة السمعية واضطرابات النطق اللغة، دار الفكر: عمان
- الروسان، طارق (2000). مقدمة في الاضطرابات اللغوية، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض
- النحاس، أنس محمد (2000). مقدمة في سيكولوجية اللغة، ط 1، مركز الإنكسورية للكتاب، القاهرة، مصر..
- يور، دينجيم (2000). اضطرابات اللغة، ترجمة أنس النحاس، ط 1، عبورات للنشر والتوزيع: بيروت، لبنان.
- جوهانسون، أرنه (1998). النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ترجمة أحمد قاسم، مركز الإنكسورية للكتاب، القاهرة، مصر.
- أمين سهير محمود (2000). اللجاجة أسبابها وعلاجها، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- الزباد، هيسل محمد (1990) اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المروخ، الرياض.
- السيد، محمود (1988)، اللغة تدرياً واكتساباً، ط 1، أدار الفصيل الثقافية، الرياض.
- عيده، داود (1984)، دراسات في علم اللغة النفسي، ط 1 ، مطابع جامعة الكويت: الكويت.
- منصور، عبد المجيد أحمد (1982). علم اللغة النفسي، ط 1، مطابع جامعة الملك سعود: الرياض.
- شكير، زينب، منصور (1999) سيكولوجية الفئات الخاصة والموقنين، ط 1، مكتبة النهضة المصرية: طنطا، مصر.
- القرقيوطي، يوسف، والسرطاوي، عبدالعزیز والسحوي، جميل (2001) لتدخل إلى التربية الخاصة، ط 1، دار العلم للنشر والتوزيع: دبي، الإمارات.
- عبيد، ماجده السيد (200) مدخل التربية الخاصة ط 1، أدار الصفا: عمان، الأردن.
- سميرة عبداللطيف السعد (1992): مفاهيم والتوحيد، دار النشر المؤلفة، الطبعة الأولى.
- عبد العزيز ، الهادي (1999) الذنوية لدى الأطفال ، دراسة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، معهد دراسات الطفولة.
- عبد الحلوم محمد عبد الحلوم: الذاكرة لدى الصابيح بالذنوية. رسالة ماجستير في علم النفس جامعة عين شمس 2004.

- سفيون كوهين وباتريك بولتون: حقائق عن التوحد ترجمة: هبة الله إبراهيم الحميدان، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- عكاشة، أحمد (1982): علم النفس الفسيولوجي، الطبعة السادسة، دار المعارف.
- عبدالرحيم، محمد عبدالرحيم (2004): الذاكرة لدى المسابن بالذاتوية Autism والمسابن بالتخلط العقلي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- فراج، عثمان لبيب (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، الطبعة الأولى، المجلس العربي للطفولة والأمومة.
- فراج، عثمان لبيب (2001) توحديون ولكن موهوبين، النشر الدوري لاتحاد هيئات رعاية أفتات الخاصة والموقنين مع (67) 2: 26 .
- انطليبي، جمال؛ الحميدي، منى و السرطاوي، عبد العزيز (1992) إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1992م.
- الفرغ شعبان، كاملة و تيم، عبد الجابر (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- الضريوتني، يوسف؛ الحمادي، جميل والسرطاوي، عبد العزيز (1995) لدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.
- القريظي، عبد الملبي (2005) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، دار المنكر العربي، القاهرة.
- الروسان هاروق، (2000). دراسات و بحوث في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار الفكر، الأردن.
- بيلولا ج بيكمان (2003) استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى مترجم دار القلم، دبي .
- جاك سي استيهوارت (1993). إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير المعانين، ط1 مترجم، مطبع جامعة الملك سعود بالرياض.
- حواشين، مفيد نجيب وحواشين، زهدان نجيب (2002). إرشاد الطفل وتوجيهه، دار الفكر العربي، القاهرة .
- روزعاري لامبي، ديبى دانيلز مورنج (2001). الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط1، مترجم دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- عبد اليافي إبراهيم، علا (1993). التعرف على الإعاقات العقلية وعلاجها، وإجراءات الوقاية منها، ط1 مطابع المطبوعي التجارية بالقاهرة.
- عبد، محمد إبراهيم (2006) مقدمة في الإرشاد النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية بالقاهرة .

- كريستين، مايلز (1994). التربية المختصة (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، مترجم، ورشة الموارد العربية للنشر والتوزيع.
- محمود شقير، زينب (2005). أسرتي مدرستي ، أنا ابنكم المعاق. ط2، دار النهضة المصرية القاهرة.
- مهدي ، ضيف (1428هـ) كيف تسبح مرشدا متميزا ، دعوة مقدمة لمرشدين الطلابيين في يومي الثلاثاء والأربعاء الموافق 16 و17/2.
- الخطيب، جمال الحديدية، منى و السرطاوي، عبد العزيز (1992) إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار خنن للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1992م.
- الفخر شعيان، كملة و شيم، عبد الجابر (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، دار سفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- القريوتي، يوسف؛ الصمادي، جميل و السرطاوي، عبد العزيز (1995) للدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع؛ دبي.
- القريوتي ، عبد المطلب (2005) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم ، ط4، دار الفكر العربي القاهرة.
- الروسان خازوق (2000). دراسات و بحوث في التربية الخاصة، الطلعة الأولى، دار الفكر: الأردن
- يانولا ج بيكران (2003)، استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى مترجم دار القلم: دبي .
- جاك سي استيفورت (1993). إرشاد الأباء ذوي الأطفال غير العاطلين ط4 مترجم ، مطابع جامعة الملك سعود الرياض.
- حواشين ، مفيد نجيب و حواشين ، زيدان نجيب (2002). إرشاد الطفل وتوجيهه ، دار الفكر العربي: القاهرة .
- روزماري لامدي، ديبى داتيلز مورنيج (2001). الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط1، مترجم دار سفاء للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة.
- عبد اللطيف إبراهيم، علا (1993) ، التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها، وإجراءات الوقاية منها، ط1 مطابع الطوبجي التجارية القاهرة.
- عبد، محمد إبراهيم (2005) مقدمة في الإرشاد النفسي ، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة .
- كريستين، مايلز (1994). التربية المختصة (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، مترجم، ورشة الموارد العربية للنشر والتوزيع.
- محمود شقير، زينب (2005). أسرتي مدرستي ، أنا ابنكم المعاق، ط2، دار النهضة المصرية: القاهرة.

- مهدي، شيف (1428هـ) كيف تصبح مرشداً متميزاً، دورة مقفمة لمرشدين الطلابيين في يومي الثلاثاء والأربعاء، الموافق 16 و17/2.
- الشناوي، محمد محروس (1998) تأهيل الموهوبين وإرشادهم
- عطاء، محمود (1996) الإرشاد النفسي والتربوي .
- السعيد، خالد حمزة (2002). اضطرابات النطق عند الأطفال، مجلة الطقولة والتنمية، ج(5)، (2).
- سيسلم، سالم كمال (1988) الفروق الفردية لدى العاهلين، وغير العاهلين، مكتبة الصفحات النفسية، الرياض.
- عبيد، ماجدة (2000)، تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دار صفاء للنشر والتوزيع: عمان.
- عبيد، ماجدة (2001) منهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة دار صفاء للنشر والتوزيع: عمان.
- العزة، حسني (2000) الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة، الدار العلمية الدولية، ودار الثقافة للنشر والتوزيع: عمان.
- أسعد، يوسف ميخايل (1988)، المشكلات النفسية، دار نهضة مصر للطبع والتوزيع: القاهرة.
- حقي، ألفت (1995)، الاضطراب النفسي، مركز الاسكندرية: مصر.
- أبو عيطة، مهنم (1997)، ميادين الإرشاد النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر: عمان.
- الروسان، طارق: سالم، ياسر وصديهي، تيسير (1994)، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة: عمان.
- الزيات، فتحي (1988)، صعوبات التعلم، دار النشر للجامعات: القاهرة.
- كفاشي، علاء الدين (1999)، الإرشاد النفسي الأمري، دار الفكر العربي القاهرة.
- السرطاوي، زيدان (1987)، العاهلون أكاديمياً وسلوكياً، دار عالم الكتاب: الرياض.
- داوود، فوزي (1981)، مراكز الموهوبين عقلياً، انتشارها، ادارتها، وزارة التثمية الاجتماعية.
- بني جابر، جودت و عبدالمعز، سعيد (2002)، المدخل إلى علم النفس، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع: عمان.
- سلطان، السيد عبدالرحمن (1999)، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، ج(1)، مكتبة زهران الشرق: القاهرة.
- فهمي، محمد سيد (2001)، السلوك الاجتماعي للموهوبين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث: الاسكندرية.
- 3. فاود، حسين علي (2001)، الاضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى منشورات جامعة حلوان: مصر.

المراجع الأجنبية

- Cook , E Ruth , Annette Tossier , and Diane Klein(1992)*Early Childhood Curricula For Children With Special Needs* , Third Edition ,Macmillan Publishing Company , NewYork.
- Hallahan , Daniel P. , James M. Kauffman(1996) *Exceptional Learners* Seventh Edition. Allyn and Bacon ;Boston.
- Hadrum ,Michael L. , Clifford J. Drew , M. Winston Egan(1996) *Human Exceptionality* , Fifth Edition. Allyn And Bacon: Boston.
- Bender ,WN(1993)*Learning Disability: Best practices for professional* Philadelphia:PA ,Butter worth -ben.
- Mercer ,C.R&Mercer,A(1993)*teaching students with learning Problems*(3 ed)Mcmillan .ny.
- Smith ,C.R(1994)*Learning Disability ,The Instruction of Learning Task And setting* (3 ed).BostonMA: allyn and Bacon.
- American Association on Mental Retardation} AAMR /{available at :www.eric.org/digests/e637.html.
- Colatta ,R , Tompkins ,J , Wert ,ms} 2003 .{*Fundamentals of special education what every teacher needs to know* ,2ed ed ,Ohio :Merrill Prentice Hall.
- International Standard Classification of Education -ISCED) 1997- .{
- National Joint Committee on Learning Disabilities)1990 .{*Providing appropriate education for students with learning disabilities in the regular education classrooms* .ASHA 2002 desk reference .Vol .3.
- Kauffman ,J.M} .1981 .{*Characteristics of Children's Behavior Disorder* ,2ed ed ,Columbus ,OH :Merrill.
- Boucato , L. Rogers , S. (1996); *Autism spectrum disorders*. In James Jacolison , A.M (Eds.) *Psychiatric Secrets*. New York , Hanly and Belfast , Inc.
- Beth , A. (1998); *the Development of tools for earlier diagnosis of autism is moving quickly*. American Psychological Association (APA) , Nov. Vol. (11) 29.
- Boucato , L. Rogers , S. (1996); *Autism spectrum disorders*. In James Jacolison , A.M (Eds.) *Psychiatric Secrets*. New York , Hanly and Belfast , Inc.
- Campbell , M. & Gueva , J. (1995); *Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry , a review of the past seven years. Part 2*. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , Vol. 34 , 1234 -1262.

- David , L. & Martin , E. (1995); *Abnormal psychology*. Third Edition , New York, London , W. W. Norton & Company.
- Denel , R. (2002); *Autism: a cognitive developmental riddle*. *Journal of Pediatric Neurology* , May, 26 (5) 349 -357
- Ellis , K. & Wang , L. (1990); *What is autism?* Family Services , The National Autistic Society.
- Fred , R. Volkmar , (1999); *Autism and pervasive developmental disorders*. Cambridge Monographs in Child and Adolescent Psychiatry , Cambridge University Press.

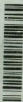
Inv: 27

Date:4/2/2014

ذوو الاحتياجات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم

Bibliotheca Alexandrina



1213847

ISBN 957161499-7



9 789571 614995

دار المناهج للنشر والتوزيع
Dar Al-Manahej Publishers



عمان-شارع الملك الحسين- عمارة الشركة المتحدة للتأمين
تلفاكس ٦٢١-٦٦٥ من ب. ٨-٢١٥٢ عمان ١١١٢٢ الأردن

Info@daralmanahej.com
WWW.daralmanahej.com