

محتوى المادة.

- مفهوم ذوي الفئات الخاصة وتصنيفهم -بعض المصطلحات المرتبطة بها.
- التفوق العقلي (المفهوم- التصنيف- الخصائص)
- الإعاقة البصرية (المفهوم- التصنيف- الخصائص)
- الإعاقة العقلية (المفهوم- التصنيف- الخصائص)
- المتلازمات النادرة
- الإعاقة الحركية (المفهوم- التصنيف- الخصائص)
- الشلل الدماغي
- اضطراب التوحد (المفهوم- التصنيف- الخصائص)
- تشتت الانتباه وفرط الحركة

ضبط مفاهيم المقياس:

مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

القصد بالفرد الخاص كل فرد يحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرّب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية ليتمكن من المشاركة في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن و من ثم فان هؤلاء الأطفال هم ذوي الحاجيات الخاصة.

كما تعود حقيقة استعمال مصطلح غير عادي أو ذوي الحاجيات الخاصة إلى مختلف النعوت و التسميات من قبيل أعمى-أعرج-أبكم- ضرير-أبله-معتوه.....هذا ما دفع العديد من العلماء إلى استخدام مصطلحات تشير إلى كل فرد يحتاج إلى خدمات خاصة بكل فئات ذوي الحاجيات الخاصة.

ينتمي الفرد من ذوي الحاجيات الخاصة إلى فئة من هذه الفئات التالية:

التفوق العقلي و الموهبة الإبداعية.

الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة.

الإعاقة السمعية الكلامية و اللغوية بمستوياتها المختلفة.

الإعاقة الذهنية (العقلية) بمستوياتها المختلفة.

الإعاقات البدنية و الصحة الخاصة .

صعوبات التعلم الأكاديمية و النمائية.

الاضطرابات السلوكية و الانفعالية .

التوحد. (عبد الرحمن سيد سليمان، د ت ط)

2- سينولوجيا: سينولوجي Psychologie.

هو العلم الذي يدرس الوظائف العقلية و السلوك، ويهم علماء النفس بدراسة الشخصية، السلوك، الإدراك و العلاقات بين الأشخاص....الخ

كما ورد في معجم المعاني الجامع سينولوجيا تعني نفساني-نفسي-خاص بعلم النفس.

3- التربية الخاصة: المقصود بالتربية الخاصة جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعا خاصا و مواد و معدات خاصة، وطرائق تربية خاصة، وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال من ذوي الحاجيات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية.

يستخدم مصطلح التربية الخاصة للتعبير عن البرامج والخدمات المقدمة للأطفال الذين لا يتماثلون مع أقرانهم العاديين في الجانب الجسمي أو العقلي أو الانفعالي بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات وأساليب و مواد تعليمية خاصة تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي سواء في الفصول العادية أو الفصول الخاصة.

كما تعتبر أنها مجموعة الخدمات والتوجيهات التي توفر للأطفال معينين دون التقيد بزمان ومكان.

-أهداف التربية الخاصة:

1- التعرف على الأطفال الغير عاديين من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسب.
إعداد البرامج التعليمية لكل فئة.

إعداد طرق تدريس لكل فئة، وذلك لتنفيذ و تحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.

إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجيا الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين والمعاقين سمعياً...الخ
إعداد برامج للوقاية من الإعاقة بشكل عام، و العمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة .

مبادئ التربية الخاصة:

تحديد مستوى الأداء الحالي.

تحديد الأهداف طويلة المدى.

تحديد الأهداف قصيرة المدى

تحديد معايير الأداء الناجح.

تحديد المواد والأدوات الالزمة.

تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج و موعد الانتهاء منها.

- توفير الخدمات التربوية الخاصة فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.

- الإعاقة لا تؤثر على المصاب فقط و لكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة و الأسرة هي المعلم الأول و الأهم لكل طفل.

- التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية في المراحل العمرية.

- مصطلحات مرتبطة بذوي الحاجيات الخاصة:

فئة ذوي الحاجيات الخاصة هم الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين و تستخدم عدة مصطلحات في ميدان التربية الخاصة ومنها:

العجز - Disability

يتصف بالضعف الوظيفي على النمو السوي و تنتج عن مشكلات جسمية أو حسية أو صعوبات في التعلم و التكيف الاجتماعي.

العجز مصطلح يشير إلى تدني الوظيفة أو فقدان أحد أجزاء الجسم أو أعضائه مما يحد من قدرة الفرد على أداء بعض المهام (كالمشي أو السمع أو البصر) كما يؤديها الفرد العادي.

الإصابة- Impairment

تحدث عندما يولد الفرد بنقص أو عيب خلقي أو قد يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل فسيولوجي أو جيني أو نفسي .

الإعاقة – Handicap

عبارة عن عدم قدرة الفرد على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو جسمية أو عقلية. والعجز هو مسبب المشاكل عند تفاعل الفرد المصايب مع البيئة.

المحاضرة رقم 2 الموهبة والتفوق.

تعريف الموهبة و التفوق:

اختلف الباحثون في تعريفهم للموهبة و التفوق و استخدموا مصطلحات متباعدة على الموهبة مثل التفوق، الإبداع، العبرية و التميز.

مشكلة تعريف الموهبة و التفوق يأتي من اختلاف الباحثين حول مجالات التفوق التي يعتبرونها هامة في تحديد الموهبة.

في بينما يركز بعضهم على التفوق في القدرة العقلية العامة يركز آخرون على القدرات الخاصة أو التحصيل الأكاديمي أو الإبداع أو بعض خصائص و سمات الشخصية (Hallahan et Kaufman)

أما التعريف الأكثر رواجا في أوساط الباحثين هو تعريف مكتب التربية الأمريكي وينص:

الأطفال الموهوبين و المتفوقيين هم أولئك الأطفال الذين تم تحديدهم و التعرف عليهم من قبل لأشخاص مهنيون مؤهلون و الذين لديهم قدرات عالية و القادرين على القيام بأداء عال وهم بحاجة إلى برامج تربوية مختلفة وخدمات إضافية إلى البرامج التربوية.

كما يقصد بالأداء العال التحصيل المرتفع و الإمكانيات و القدرات في المجالات التالية مجتمعة أو منفردة وهي:

قدرة عقلية عامة.

قدرات تحصيلية محددة .

إبداع أو تفكير منتج.

قدرة قيادية.

فنون بصرية أو أدائية.

قدرة نفس حركية .

حذف مكتب التربية الأمريكي القدرة النفس حركية في مراجعته مكتفيًا بالقدرات الخمس الأولى.

تعريف رنزوولي (Rinzulli 1978)

اقترح رنزوولي أن الموهبة و التفوق هي حصيلة التفاعل بين ثلاثة من الخصائص التالية:

قدرة عقلية عامة فوق المتوسط .

مستوى عال من الالتزام في المهمة.

مستوى عال من الإبداع .

فالطفل الموهوب أو المتفوق هو الذي يتمتع بمستوى قدرة عقلية عامة تظهر على شكل أداء متتفوق في المدرسة كما تقييسها اختبارات التحصيل الدراسي ، بالإضافة إلى أداء عال في اختبارات الذكاء .

تعريف تاننباوم (Tannenbaum) اقترح ضرورة توفر خمسة عامل يمكن أن تساهم في تحديد المohoبيين ونجاحهم وهي: القدرة العقلية العامة و التي تعبر عن العامل العام و القدرة الخاصة، و تعرف بأنها التقوّق الذي يؤدي إلى أداء الإرادة و الرغبة للقيام بتضحيات من أجل الإنجاز العوامل البيئية الأسرية و المدرسية و المجتمعية التي تشجع وتحفز الفرد على زيادة إمكاناته . عوامل الصدفة وهي تلك الظروف الحياتية غير المتّبأ بها و التي تعبر عن الفرص للأداء المتفوق.

الكشف و التعرف على الأشخاص المohoبيين و المتفوّقين. يعتمد الكشف و التعرف على الطلبة المohoبيين على التعريف المستخدم، حيث لاقى استعمال هذه الاختبارات التقليدية في الكشف على المتفوّقين والمohoبيين انتقادات من قبل الباحثين لعدم نجاعتها و ضرورة استعمال إجراءات وسائل أخرى متعددة و متّوّعة .

أولاً: اختبارات الذكاء .

اختبارات الذكاء الفردية : تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، وقدرة تنبؤية جيدة بالنجاح الأكاديمي ومن أشهرها.

مقياس ستانفورد بينه.

مقياس وكسنر لذكاء الأطفال .

بطارية تقسيم كوفمان للأطفال.

مقياس ماكري لتقدير قدرات الأطفال.

ت تكون من عدة اختبارات تشتمل الجوانب اللفظية و العددية و المجردة و قوة الذكاء . تقسيم القدرة العقلية العامة و التي يعبر عنها بمعامل الذكاء.

اختبارات الذكاء الجمعية من أهمها:

مصفوفات ريفن التتابعية المتقدمة و التي تتتألف من تصاميم هندسية حذف جزء منها وعلى المفحوس أن يختار من بين البدائل البديل الذي يكمل التصميم.

تميز هذه المصفوفات بسهولة تطبيقها و تصحيحها و تحويل الخام إلى نسب ذكاء و انحرافية. أهم الانتقادات التي وجهت إليها هي قصورها عن قياس الإبداع و التفكير الناقد التي يتميز بها الأشخاص الموهوبين.

ثانيا: مقاييس التقدير السلوكية:

تركز هذه المقاييس على فحص الخصائص السلوكية من خلال عبارات تصاغ بطريقة إجرائية تعكس هذه الخصائص و مثال ذلك مقاييس رنزوولي هارتمان و كلاران (Renzuli- Hartman- Callahan scale)

ثالثا: ترشيح المعلمين: يطلب من المعلمين ترشيح عدد من الطلبة الذين يعتقدون أنهم موهوبين أو متقوفين، ولكن هذه الطريقة لا تخليوا من التحيز أو عدم الدقة و الاعتماد على التحصيل الدراسي و استبعاد منخفض التحصيل أو الطلبة المبدعين.

رابعا: ترشيح الوالدين تكون ترشيحات الوالدين أكثر دقة من ترشيحات المعلمين، وعادة ما يطلب منهم ذكر هوياتهم و اهتمامات الطفل الحالية و الكتب التي يستمتع بقراءاتها و الإنجازات التي حققها النشاطات أوقات الفراغ.

خامسا: ترشيح الزملاء (الأقران)

يمكن للزملاء و الأقران يمكنهم ذكر زملائهم و إمكاناته، وما يقدمه لهم من مساعدات قصد إتمام مشاريعهم.

سادسا: الحوار مع الطفل الموهوب: التوجه إلى الموهوب بأسئلة عن جوانب الإبداع و الموهبة التي يمتلكها و السبب الذي دفعه للاعتقاد بأنه موهوب.

- سابعا: **التشخيص بواسطة اختبار "تورانس"** للتفكير الإبداعي في الولايات المتحدة الأمريكية.
- يستخدم في قياس القدرة على التفكير الإبداعي الصور اللفظية، و الصور الشكلية.
- ثامنا: **مقاييس المهارات الأكاديمية**: وهي ثلاثة أنواع .
- اختبارات التحصيل التشخيصية.
 - اختبارات التحصيل المسحية.
 - قياس مستوى التهيئة Reedines test.
- تاسعا: **حكم الخبراء** : تحديد الخبراء و المختصين بدرجة القدرات و تميزها.
- خصائص الأطفال المهووبين: لخص كل من ترمان و أودان (Terman et Oden, 1951) خصائص الطلبة المهووبين و المتقوفين على النحو التالي:
- الخصائص الجسمية: يتميزون عن أقرانهم العاديين بأنهم أطول و أكثر وزنا و أكثر حيوية وصحة جيدة و يحافظون على هذه الخصائص.
 - الخصائص المعرفية: تشير غالبية الدراسات إلى تفوق المهووبين على أقرانهم العاديين في كثير من الخصائص العقلية.
 - الخصائص الاجتماعية: متفتحون على المجتمع مشاركون في الأنشطة الاجتماعية المختلفة.
 - مستقرون عاطفيا و مستقلون ذاتيا.
 - أقل عرضة للاضطرابات الذهانية و العصابية مقارنة بأقرانهم.
 - مستوى من النضج الأخلاقي وضبط النفس.
 - حسن الرعاية وروح النكتة .
 - القدرة على التأثير في الآخرين .
 - الحساسية الشديدة لما يدور حولهم.
 - التعلق بالمثل العليا و قضايا الحق و العدالة و الأخلاق.

مبررات البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين المتفوقين:

عدم كفاية البرامج العادية.

التربية الخاصة حق للطفل الموهوب و المتفوق.

التربية الخاصة ضمان لرفاه المجتمع و تتميته.

التربية الخاصة للموهوبين تطبيق لمبدأ تكافؤ الفرص.

التربية الخاصة ضرورة للنمو المتوازن.

أنواع البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين و المتفوقين:

تنظيم البرامج للطلبة الخاصة بالطلبة الموهوبين و المتفوقين: تنظيم البرامج التربوية للطلبة الموهوبين و المتفوقين ضمن نوعين رئيسيين هما:

الإثراء

التسريع.

أولا- الإثراء: تزويد الطلبة بخبرات متنوعة و متعمقة في موضوعات و نشاطات تقوق ما يعطي في المناهج المدرسية العادية.

أنواع الإثراء:

أ- الإثراء العمودي: وهو يخص خبرات في مجال واحد.

ب- الإثراء الأفقي: إثراء في عدد من الموضوعات.

ثانيا: الإسراع: يعني إتاحة الفرصة للطالب قادر على إتمام المناهج الدراسية المقررة في مدة أقصر أو عمر أصغر من المعتاد.

كما أن هناك العديد من الأشكال و البديل لتتنفيذ برنامج التسريع:

القبول المبكر في المدرسة .

تكتيف المناهج.

تخطيط الصفوف.

القبول المبكر في الجامعة.

تسريع القبول المزدوج

تسريع المحتوى.

الاتجاهات العامة السائدة و البديل لتنفيذ برامج التسريع:

دمج الموهوبين مع الطلبة العاديين في المدارس العادية

فصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين ووضعهم في مدارس خاصة.

دمج الموهوبين في المدارس العادية في الأقسام الخاصة.

7- إرشاد المعلم لمساعدة الطالب الموهوب:

عدم إجباره أن يقوم بكل ما يقوم به غيره.

عدم إجباره على التدريب على المهارة التي يقوم به غيره.

إسناد الأعمال الصعبة.

إسناد الأدوار القيادية إذ كان يرغب في ذلك.

عدم الحد من تقدمه في المنهاج.

توفير الأجزاء المناسبة.

عدم تعميم العقاب.

معاملته باحترام إذا رغب في التعامل مع المعلم خارج الصف.

مساعدته على تقبل المضيقات .

إسناد له دور القيام بالمشاريع الهمامة المعززة للمنهاج.

إعطائه دور مساعدة الضعفاء في القسم.

المراجع:

مصطفى القمش وعبد الرحمن المعايطة (2006): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة
مختار حمزة (1956): سيكولوجية ذوي الحاجات ، دار المعارف ، مصر .

عبد الفتاح عبد المجيد الشريف: التربية الخاصة و برامجها العلاجية ، مكتبة الانجلو مصرية
القاهرة .

المحاضرة 2

الإعاقة السمعية

مقدمة: حاسة السمع من أهم الحواس بالنسبة للإنسان ، ويؤكد ذلك ورودها في المرتبة الأولى في العديد من آيات القرآن الكريم حيث يقول سبحانه وتعالى في كتابه العزيز" أن السمع و البصر و الفؤاد كل أولئك كانوا عنه مسئولاً" وفي آية أخرى " صم بكم عمي فهم لا يعقلون". حيث أن السمع يجعل الإنسان قادرا على تعلم اللغة وفهم البيئة و التفاعل معها و مع فقد حاسة السمع منذ الولادة فإنه لا يستطيع التكلم ولا القراءة و الكتابة.

تشريح الأذن: بما أن الإعاقة السمعية مرتبطة بخل فسيولوجي يصيب الجهاز السمعي، فلا بد من الإلمام بأجزائه.

الأذن الخارجية: يتكون هذا الجزء من الصوان والقناة السمعية الخارجية، والصوان هو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن ووظيفته تجميع الموجات الصوتية و تسهيل دخولها إلى القناة الخارجية.

الأذن الوسطى : وهي تجويف مليء بالهواء للمحافظة على توازن الضغط على طبلة الأذن .

الأذن الداخلية: تشمل على جزأين أساسين هما القنوات شبه هلالية ووظيفتها حفظ التوازن وتربيد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه والإحساس بالسرعة.

تعريف الإعاقة السمعية: ارتبطت تعريفات الإعاقة السمعية ب مجالات التخصصات،

فالأطباء ورجال القانون يهتمون بدرجة فقدان السمعي من أجل التمييز بين ضعاف السمع

و المصابين بالصمم الكلي ، بينما يهتم التربويون بالمصابين التربوية و الآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم و التواصل .

كما يعرف مصطفى فهمي (1980) الطفل الأصم من الناحية الطبية أنه ذلك الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام لدرجة أن أثار التعلم فقدت بسرعة، ثم يرى أن الفرق بين الأصم و ضعيف السمع ليس فرقا في الدرجة ، فالأصم هو المتعذر عن الاستجابة لفهم الكلام المسموع، بينما الشخص الذي يشكو ضعفا في سمعه يستطيع الاستجابة للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله شريطة أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية.

فالأصم هو من تعطلت حاسة السمع لديه لذا لا يمكنه اكتساب اللغة و ضعيف السمع يعاني من نقصا في قدرته السمعية و يكون النقص غالبا على درجات.

يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى المشكلات السمعية التي تترواح في شدتها من البسيط إلى المتوسط إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم.

يعرف الصمم كذلك على أنه درجة من فقدان السمعي تزيد عن 70 د بـ Dcl تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السمعيات أو بدونها.

ضعف السمع هو درجة من فقدان السمع تزيد عن 35 دو تقل عن 70 د يجعل الفرد يعاني من صعوبات فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط.

شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع و تفاعله مع عوامل أخرى

أهمها:

العمر عند فقدان السمع.

العمر الذي تم فيها اكتشاف فقدان السمعي و معالجته.

المدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع.

نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.

فاعلية أدوات التضخيم الصوتي.

الخدمات التأهيلية المقدمة.

أسباب الإعاقة السمعية:

تنقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب.

مجموعة الأسباب التي تعود لعوامل وراثية جينية :

العوامل الوراثية (الجينية) مثل عدم توافق دم الأم الحامل و الجنين

مجموعه الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل

مرحلة الولادة و أثنائها و بعدها و أهم هذه الأسباب.

الحصبة الألمانية التي تصيب بها الأم.

التهاب الأذن الوسطي.

العيوب الخلقية في الأذن الوسطى.

تشوهات في الطلبة أو عظيمات المطرقة و السنдан و الركاب.

الإصابات و الحوادث مثل ثقب الأذن، إصابات الرأس، الكسور.

تجمع المادة الصمغية يفرزها الغشاء الداخلي للأذن و بالتالي تصلبها يؤدي إلى سداد

جزئي للقناة السمعية يحول دون دخول الصوت إلى الداخل.

سوء تغذية الأم.

تعرض الأم الحامل للأشعة السينية خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

تعاطي الأم الحامل للأدوية و العقاقير من دون مشورة الطبيب.

نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة.

التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية حيث تكمن أهميتها في الأثر

الذي تركه الإعاقة السمعية على نمو و اكتساب اللغة و التعرض لخبرة الأصوات

المختلفة في البيئة وهي:

صم ماقبل تعلم اللغة : يحدث في سن مبكرة قبل اكتساب الطفل اللغة، سواء أكانت

الإعاقة ولادية أو مكتسبة ، في هذا النوع من الصمم لا يستطيع الطفل أن يكتسب اللغة

أو الكلام بطريقة تقليدية طبيعية. فعندما لا يسمع لا يستطيع

تقليد كلام الآخرين أو ملاحظة كلامه وعليه يحتاج الطفل أن يتعلم اللغة عن طريق حاسة البصر أو إلى استخدام لغة الإشارة. يطلق عليه لغة الصم البكم.

صم ما بعد اللغة: يطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً من قدرتهم السمعية كلها أو بعضها فقدت بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام لأنها سمعت وتعلمت اللغة ويطلق عليها ضعاف السمع.

تصنيف حسب شدة الإعاقة السمعية:

فئة الإعاقة السمعية البسيطة: قيمة الخسارة لهذه الفئة (20-40) DB LOSS

فئة الإعاقة السمعية المتوسطة: قيمة الخسارة السمعية لهذه الفئة (40-70) DB LOSS

فئة الإعاقة السمعية الشديدة: قيمة الخسارة السمعية لهذه الفئة (70-90) DB LOSS

فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً: قيمة الخسارة السمعية لهذه الفئة (من 92) DB LOSS

قياس و تشخيص الإعاقة السمعية:

أولاً: الطريقة التقليدية: وهي طريقة غير دقيقة و تهدف للكشف المبئي عن الإصابة .

طريقة الهمس: **Wisper test**: مناداة الطفل باسمه بصوت منخفض للتأكد من سلامة الجهاز السمعي.

طريقة دقات القلب: **Watch test**: سماع دقات الساعة من عدمه مؤشر وجود خلل في حاسة السمع.

ثانياً: الطريقة العلمية الحديثة:

طريقة القياس السمعي الدقيق: **Audiomètre**

طريقة استقبال الكلام وفهمه: **Speech audiometry**

يعرض الفاحص أصواتا ذات شدة متدرجة و يطلب من المفحوص التعبير عن مدى سماع و فهم الأصوات المفروضة عليه.

القياس السمعي للأطفال الصغار: يعتمد مع صغار السن المنعكست الأولية من خلال ملاحظة استجاباتهم للأصوات العالية أو إصدار أصوات بدرجات مختلفة من جميع الجهات و ملاحظة استجاباتهم.

خصائص المعاقين سمعياً:

الخصائص اللغوية: يتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً، فهو أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية و ترجع إلى التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناقعة (سماع الطفل لمناغاته)

ومن مظاهر القصور اللغوي إضافة إلى الصعوبة في اللفظ، لغتهم غير غنية ، مفرداتهم أقل، جملهم أقصر، تتصف بالتركيز على الجوانب الحسية و عدم اتساق في نبرات الصوت.

الخصائص العقلية (المعرفية) : تؤثر الإعاقة السمعية على النمو اللغوي للفرد و يشترط معظم علماء النفس التربوي ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية ، فمن البديهي أن تكون نتائج المعاقون سمعياً متذمّرة على اختبارات الذكاء و ذلك بسب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية .

تشير معظم الدراسات بقدرة المعاقون سمعياً على التعلم و التفكير التجريدي و أن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقة.

الخصائص التربوية (التحصيل الدراسي) : تتأثر الجوانب التحصيلية لديه و بخاصة في مجالات القراءة و الحساب لاعتماد هذه المواد على النمو اللغوي، ولعل من أهم هذه أسباب انخفاض التحصيل الأكاديمي للصم عدم ملائمة المناهج الدراسية المصممة للسامعين. انخفاض الدافعية للتعلم نتيجة الصم . عدم ملائمة طرائق (أساليب) التدريس لاحتياجاتهم.

الخصائص الاجتماعية والانفعالية: للنقص الواضح في القدرات اللغوية وصعوبة التعبير عن أنفسهم و صعوبة فهمهم لآخرين في الأسرة، العمل أو المحيط الاجتماعي، فيبدوا أن الأصم يعيش في عزلة، فيميل المعاينين سمعيا إلى تكوين النواحي و التجمعات الخاصة بهم.

أما من الناحية الانفعالية ، فأشارت العديد من الدراسات إلى تعرض الصم للضغوطات النفسية و القلق و التوتر من أقرانهم العاديين.

أما من الناحية العاطفية فيجد الأصم صعوبة لأن اللغة تعتبر مفتاح الإدراك الذهني ولا بد للأصم أن يحصل على إدراك ذهني كاف لكي يفهم ويتذوق مضمون و مغزى الظواهر الطبيعية و الحوادث اليومية و القيم و العلاقات و العادات الاجتماعية.

ومن بين الصعوبات التي يتعرض له الأصم عدم تفهم روح الدعابة و النكتة التي يعبر عنها بواسطة التعبيرات الصوتية المكتوبة و نغماتها.

أما الإدراك الذهني و النمو العاطفي و تطوره الاجتماعي فكلها مرتبطة بعاهته و يمكن من خلال استخدام وسائل مساعدة الأصم لتنمية إدراكه الذهني و العاطفي و على الاتصال الاجتماعي.

كما أجريت العديد من الدراسات و البحث حول النواحي المزاجية ومن جملة النتائج المتحصل عليها:

النسبة المئوية للأشخاص الصم الذين يعانون من عدم الاتزان العاطفي ويحتاجون إلى علاج نفسي عن ضعف النسبة من الطلبة الجدد الجامعين من نفس السن، فحالة عدم الاتزان بين الصم أكثر قليلاً من زملائهم العاديين و الصم أكثر انطواء على أنفسهم و أقل حباً للسيطرة ممن يسمعون.

كما سجل الصم أكبر نسب لإصابة بالعصبية من غيرهم من العاديين .

الأهداف التربوية لمرحلة ما قبل المدرسة:

تزويد الطفل بخبرات في التعامل مع الآخرين وتتضمن المشاركة، انتظار الدور.

تنمية قدرات الطفل اللغوية و مهاراته في الكلام و قراءة الشفاه.

مساعدة الطفل على الاستفادة من القدرة المتبقية لديه من حاسة السمع من خلال استخدام الوسائل السمعية المعينة.

تنمية معرفتهم بمفاهيم الأعداد.

تنمية ميولهم و استعداداتهم لقراءة بعض الكلمات و التعبيرات بحيث تبني مهارات القراءة.

تعويذ الطفل على الجلوس و الإنصات مع الاستعانة بالمعين الصوتي .

تمكين الطفل من التعرف على اسمه مكتوباً، وتدريبه على محاولة كتابته.

تنمية مهارات جيدة في التميز البصري (مثلاً أوجه التشابه، الاختلاف، النواحي الدقيقة)

تنمية التنسيق الحركي البصري (مهارات الحياة اليومية)

المحاضرة 3

الإعاقة البصرية

يعتبر البصر من أهم الحواس لارتباطها بمعظم الخبرات اليومية المتعلقة بالصور كاللون و الشكل و فقدانها يحرم الطفل من تكوين الصور الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة، حيث من أهم مقومات عملية التعلم هو تكوين الصور الذهنية عن الأشياء و خزنها و استدعائهما عند الحاجة.

وعليه الفاقد للبصر أو الذي يعاني من المشاكل بصرية، تصبح فرصته للتواصل مع البيئة و التعلم العرضي أقل بكثير من أقرانه المبصرين.

الجهاز البصري (أجزاء العين)

الجهاز البصري عند الإنسان جد معقد و عموما يتكون من:

العين: التي تقوم باستقبال الأشعة الصادرة عن الأجسام المبعثرة ونقل الصور المبصرة على شكل ومضات كهربائية إلى الدماغ الذي يقوم بادراكها و تفسيرها.

العين كروية الشكل تكمن في مجدها داخل الجمجمة لحمايتها من المؤثرات و الصدمات الخارجية و تتألف العين من الأجزاء الأساسية التالية.

جفنا العين : العلوي و السفلي ووظيفتها حماية العين.

الملتحمة: عبارة عن غشاء يبطن العين وكرة العين نفسها.

القرنية: عبارة عن غشاء شفاف يغلف الجزء الأمامي من مقدمة العين و تقوم القرنية بكسر الضوء بهدف تركيزه على الشبكية.

الصلبة: هي الجزء الصلب الأبيض اللون الذي يكسو العين و يحمي أجزائها الداخلية.

القزحية": وهي الغشاء الملون المستدير خلف القرنية و الذي يعطي العين لونها المميز ويوجد في وسط القزحية فتحة صغيرة تسمى البؤبؤ، تحكم القزحية في كمية الضوء الداخل إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ.

السائل المائي: سائل مائي يوجد بين العدسة و القرنية و يقوم بتغذيتها، كما يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكية.

العدسة: نسيج شفاف محدب يقع خلف القزحية دوره تركيز الضوء على الشبكية.

السائل الزجاجي: سائل هلامي يملأ التجويف العين خلف العدسة ينكسر الضوء عندما يمر من خلاله ليتم تركيزه على الشبكية.

الشبكية: نسيج حساس للضوء، يقوم مقام الفيلم في كاميرا التصوير إلا أن الصور لا تتطبع في الشبكية بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري.

العصب البصري: يتكون من خلايا عصبية تتلخص وظيفته في نقل الإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار في الدماغ.

عضلات العين: بعضها خارجي يتحكم بحركة العين إلى الأسفل والجانبين وهي 06 عضلات تعمل بتناسق وفي حالة عدم التحكم أو الخل الوظيفي قد يحدث حول أو تذبذب لإرادي لملقة العين أو عدم وضوح الرؤيا بسبب عدم التوازن وتسمى باسم العمش التخطي (Amblyopie).

أما العضلات الداخلية فهي تتحكم في شكل عدسة العين، أما وظيفة العين فتشبه إلى حد ما طريقة عمل الكاميرا مع اختلاف في درجة التعقيد.

تعريف الإعاقة البصرية:

التعريف القانوني ظهر قبل التعريف التربوي، ويشير إلى الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره من جهة نظر الأطباء عن 200/200 قدم في أحسن العينين.

التعريف التربوي: هو الشخص الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل (Braille (Méthode

تصنيف الإعاقة البصرية: يصنف المعاقون بصريا ضمن مجموعتين رئيسيتين.

الأولى: مجموعة المعاقون بصريا كلية (Totally Blind) وهي المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصريا جزئيا وهي تلك المجموعة التي

تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكببة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبر و تترواح حدة إبصار هذه المجموعة ما بين 20/200 إلى 20/70 في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية.

تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية و خبرات التذكر، وحسب ذلك التصنيف يمكن أن نميز الدرجات المختلفة التالية من - الإعاقة البصرية.

فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.

فقد بصر تام مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.

فقد بصر جزئي ولادي.

فقد بصر جزئي مكتسب.

ضعف بصر ولادي.

ضعف بصر مكتسب.

أشكال ضعف البصر:

هناك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية وأكثرها انتشاراً ممليلاً:

طول النظر: يعني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادلة. حيث يعني الطالب من طول في النظر أثناء القراءة يميل إلى وضع الكتاب أمامه على مسافة أبعد من بقية الطلبة.

قصر البصر: Myopia

وهي حالة عكس طول النظر، حيث يواجه الفرد صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة، ولذا يقرب الطالب المادة المقرؤة من أعينهم بشكل غير مألوف.

يمكن التغلب على هاتين المشكلتين باستخدام النظارات و العدسات اللاصقة.

الجلاكوما: (Glaucome) يشار له عادة بالماء الأزرق وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الرطوبة المائية) داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين و الضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر و قد يتطور المرض إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه و الإصابة بكف كلي للبصر. وتشيع الجلاكوما في الغالب بين كبار السن أو تكون وراثية أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع العدوى كالحصبة الألمانية.

عاتمة عدسة العين (Cataract)

ويشار لها باسم (الماء الأبيض) وتنتج عاتمة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة .

الحول (Strabisme) هو اختلال في وضع العين أو إدراهما، مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية بالإضافة إلى إرهاق العين و قد يكون الحول عرضا من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية.

انفصال الشبكية: هو انفصال الشبكية عن جدار العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح بالتجمع، ومن ثم ينتهي بانفصال الشبكية، يشعر الفرد بضعف في مجال الرؤية و الألم الشديد.

توسيع الحدقة: ويحدث بسبب تشوه ولادي تتسع فيه الحدقة نتيجة لعدم تطور القرحية، يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء و ضعف البصر.

البهق (Albinism) يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة ، مما يؤدي إلى عدم امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية وسبب البهق هو خلل في البناء بحيث يكون جلد الشخص وشعره أبيض وعياناه زرقاء و القرحية تكون شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء .

الرأتة: هي عبارة حركات لا إرادية سريعة في العين، مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي، و غالباً ما ترتبط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.

أسباب الإعاقة البصرية: يمكن تلخيص مجمل أسباب الإعاقة البصرية فيما يلي:
الأسباب الخلقية : وهي انعكاس للأسباب الوراثية، كمرض تحل الشبكية و التشوهات الخلقية وأمراض القرحية و الماء الأبيض الوراثي وحالات البهق و الحصبة الألمانية ...
الأمراض التي تصيب العين و أهمها : التراخوما و الرمد الحبيبي و الماء الأبيض و الماء الأزرق و السكري .

الإصابات التي تصاب بها العين كالاصدمات الشديدة للرأس، التي قد تؤدي إلى انفصال الشبكية أو تلف في العصب البصري أو إصابة العين بأجسام حادة أو تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأكسجين في الحاضنات إلى تلف في الشبكية.

خصائص المعاقين بصرياً :

عموماً ليست هناك شخصية الكفيف، بل هناك سمات خصوصية مثل الخمول الذي يسببه المحيطون به خشية عليه من خوض تجارب الحياة، فينشأ الطفل من خلالها في إطار من التعبية و الحماية المفرطة اللذان يتسببان بدورهما في التخلف الملاحظ في مختلف المكتسبات، فيسجل فقر في التعبير

الإيمائي سببه اضطرابات في التواصل وعليه تكون أثار الكف البصري تاركة بصماتها في تكوين شخصية الكفيف تبعاً لتاريخ ظهور الحالة. أولاً: **الخصائص المعرفية**

1. التصور العقلي المحدود للبيئة

- يعتمد الفرد البصري على البصر في تكوين الصور العقلية، بينما يفتقد الكفيف لهذا المصدر، مما يؤدي إلى بطء في تكوين المفاهيم المجردة والمعقدة.

2. الاعتماد على التعلم الممسي والسمعي

- يكون المعلومات عبر الأصوات والملمس، وهذا يستلزم وقتاً أطول مقارنة بالاعتماد البصري.

3. صعوبات تمييز العلاقات المكانية

- مثل: فوق/تحت، أمام/خلف، يمين/يسار، نتيجة غياب إدراك الفراغ البصري.

ثانياً: **الخصائص الاجتماعية**

1. قلة المبادرة الاجتماعية

- لأن الكفيف لا يرى تعابير الوجه أو الإشارات غير اللفظية، فيظهر أحياناً أقل تفاعلاً.

2. التردد في تكوين الصداقات

- نتيجة الحاجة إلى المساعدة أحياناً، أو بسبب نظر الآخرين.

3. السلوك التكيفي

- يستخدم استراتيجيات تعويضية: الميل للاستماع المكثف، لمس الأشياء، وتقريبيها.

ثالثاً: **الخصائص الانفعالية**

1. التحسس المفرط للنقد

- 2. الخجل أو الانسحاب الاجتماعي في بعض الحالات.

3. الاعتماد الزائد على الآخرين عند غياب التدريب المبكر على الاستقلالية.

رابعاً: **الخصائص الحركية**

1. تأخر في مهارات التوازن والمشي

- بسبب غياب التغذية الراجعة البصرية.

2. مشكلات في التنقل

- كصعوبة تقدير المسافات أو تحديد العقبات.

خامساً: الخصائص الأكاديمية

1. بطء في القراءة والكتابة (برايل أو أدوات التكنولوجيا المساعدة.)

2. صعوبات في المواد القائمة على الصور والرسوم

- مثل الهندسة، الخرائط، الب.

سادساً: اضطرابات اللغة عند المعاقين بصرياً

مع أن القدرة العقلية عادة سليمة، إلا أن غياب الإدراك البصري يؤدي إلى سمات لغوية خاصة، منها:

1. تأخر لغوي (Delay) وليس اضطراباً ذهنياً

◦ يتاخر الطفل الكفيف في اكتساب بعض المفاهيم اللغوية المرتبطة بالرؤية مثل:

- الألوان

- وصف الأشياء بصرياً

- المفردات التي تحتاج خبرة بصرية مباشرة

2. أخطاء في استخدام الضمائر

◦ يخلط بين:

- أنا - أنت

- هنا - هناك

لأن هذه المفاهيم تعتمد غالباً على الملاحظة البصرية للسلوك المتبادل.

3. الميل إلى اللغة اللفظية الزائدة (Verbalism).

- استخدام المصطلحات التي لم يخبرها الطفل فعلياً، مثل:
أري، يشبه، يبدو، الزرقة، لمعان الشمس
دون أن يكون لديه تصور بصري لها.

4. محدودية المفردات المرتبطة بالأحداث السريعة

- مثل وصف الألعاب الرياضية أو الحركات غير المسموعة.

5. فقر اللغة الوصفية المكانية

- لأن مفاهيم الاتجاه والمكان يصعب اكتسابها دون تدريب خاص.

6. مشكلات في الإيقاع والتنغيم في بعض الحالات

- نتيجة الاعتماد الأكبر على السمع دون وجود ملاحظات بصرية تخبر الطفل بكيفية تحريك الفم أو تعابير الوجه أثناء الحديث.

سابعاً: كيف ينعكس اضطراب اللغة على التعلم؟

- صعوبة الفهم القرائي للمواد الوصفية.
- ضعف التعبير الكتابي بسبب نقص المفردات البصرية.
- مشكلات في التواصل الاجتماعي لعدم تمييز لغة الجسد ونبارات الصوت الدقيقة.

ثامناً: استراتيجيات تربوية لمعالجة اضطرابات اللغة لدى المعاقين بصرياً

1. التعليم الحسي متعدد الوسائل: لمس + سمع + حركة.
2. تعويض المفردات البصرية بالتجربة المحسية المباشرة (نمذج مجسمة، مواد ملموسة).
3. تدريب لغوي على الضمائر والمفاهيم المكانية فعلياً وليس نظرياً.
4. التحفيز على الحوار المستمر لتوسيع الحصيلة اللغوية.
5. استخدام الوصف اللفظي الدقيق من جانب المعلم عند تقديم أي نشاط.

أولاً: مراجع عربية

1. القريري، يوسف، والسرطاوي، عبد الرحمن، والزايد، إسماعيل. (2010).

مدخل إلى التربية الخاصة.

عمان: دار الفكر.

2. جابر، عبد الحميد. (2003).

التعلم وتعليم الأطفال المكفوفين.

القاهرة: دار الفكر العربي.

3. الخطيب، جمال. (2013).

التربية الخاصة: مدخل إلى الإعاقات المختلفة.

عمان: دار المسيرة.

4. القحطاني، سالم. (2005).

المحاضرة 4:

الإعاقة العقلية: **intellectual disability**

يستخدم مصطلح الإعاقة الفكرية كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته ، و إلى الآن ليس ثمة اتفاق كبير على التسمية و لا التصنيف الصحيح للإعاقة الفكرية . فلقد تبنى اتحاد الطب العقلي الأمريكي كلمة " النقص العقلي الصحيح للإعاقة الفكرية " . وفى التسمية اللاتينية يستخدم الأطباء العقليون اسم **Mental Deficiency** ، وفى التسمية اللاتينية يستخدم الأطباء الروس **Hypothermia** و معناها التأثر التركيبى أو الوظيفي ، ويستخدم الأطباء العقليون العديد من اصطلاح " قلة العقل " **Oligophrenia** . وكذلك تضمن التراث السينكولوجي العديد من

المصطلحات و التي استخدمت للدلالة على الظاهرة ككل ، من أمثال الضعف العقلي **Mental Handicap** ، والإعاقة العقلية **Mental Deficiency** ، العادي **Mental Sub normality** ، وانعدام العقل أو قصور نموه **Amentia** ، وصغر العقل أو قلته **Oligophrenia** ، وكذلك للدلالة على فئة بعينها أو ضعيف العقل من فئات التخلف العقلي ودرجاته **Moron** ، أو ضعيف العقل **Feeble-Mindedness** ، والبلهاء **Idiot** ، والمعتوهين **Imbecile** . (ولاء ربيع، هويدة الريدي

(15: 2011 ،

ولم يقتصر الأمر على تعدد المصطلحات بل امتد إلى التباين في التعريفات التي تناولت الظاهرة ، و يرجع هذا التباين إلى الاختلاف في الخلفيات العلمية ، و إلى المجال الذي ينظر من خلاله لهذه المشكلة . و بذلك فقد تم تعريف و تصنيف الإعاقة الفكرية من وجهات نظر مدارس مختلفة طبقاً لطبيعة و تخصص و اهتمامات الباحثين سواء كانوا أخصائيين نفسيين أو تربويين أو أطباء ، و قد ارتبط بكل اتجاه في تعريف التخلف العقلي تصنيف خاص ، و ذلك على النحو التالي :

أولاً : تعريفات الإعاقة العقلية :

التعريفات الطبية: **Medical Definitions**

التعريف الطبي من أكثر التعريفات شيوعاً حيث يعتبر الأطباء من الأوائل المهتمين بتعريف وتشخيص الإعاقة وتعرف الإعاقة العقلية أو الفكرية intellectual disability من المنظور الطبي بأنها ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ، و يؤدي وبالتالي إلى نقص في المستوى العام للنمو العام ، و عدم اكتماله في بعض جوانبه ، و نقص أو قصور في التكامل الإدراكي و الفهم و الاستيعاب ، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة بصورة عامة . و من ثم فإنه يتم النظر إلى مثل هذه الإعاقة في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها مهما اختلفت المجموعة التي تنتهي إليها مثل هذه الأسباب سواء كانت تلك المجموعة من الأسباب ترجع إلى ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة. (عادل عبد الله، 2011: 54 - 57)

وتعرف الإعاقة العقلية من المنظور الطبي بأنه : " ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية ، أو خارجية تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ، و يؤدي وبالتالي إلى نقص في المستوى العام للنمو ، و عدم اكتماله في بعض جوانبه ، و نقص أو قصور في التكامل الإدراكي ، والفهم، و الاستيعاب ، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة. (ولاء مصطفى، هوية الريدي ، 2011 : 16) ، (ولاء مصطفى ،

(19 : 2012

وعرفتها منظمة الصحة العالمية (1999) World Health Organization (W.H.O.) International Classification of Diseases (I.C.D-10) في التصنيف الدولي العاشر للأمراض من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله ، و يتميز بشكل خاص باختلال في المهارات ، يظهر أثناء دورة النماء ، و يؤثر في المستوى العام للذكاء ، أي القدرات المعرفية ، واللغوية الحركية ، والاجتماعية ، وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمى آخر ، ولكن الأفراد المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن معدل انتشار الاضطرابات الأخرى بين المعاقين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين عموم السكان ، ويكون السلوك التكيفي مختلاً. (منظمة الصحة العالمية، 1999: 238).

ويتضح من التعريفات الطبية التي تناولت الإعاقة العقلية التي ترجع إلى أسباب وراثية أو بيئية أدت إلى عدم اكتمال نمو العقل ، وبالتالي أدت إلى قصور في بعض الوظائف العقلية والمعرفية.

التعريفات السلوكية: Behavioral Definitions:

اعتمدت هذه التعريفات في تعريفها للإعاقة العقلية على أبعاد متعددة منها السلوك الخاص بالمعاقين عقلياً ، والمهارات الاجتماعية ، و هذه التعريفات تتخذ من ضعف الأداء العقلي و الخصائص السلوكية ، و نقص الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية **Social Competence** محاكياً أساسياً لتحديد الإعاقة الفكرية حيث اعتمدت تلك التعريفات في نظرتها للإعاقة الفكرية على أبعاد متعددة كالقدرة العقلية ، و الكفاءة الاجتماعية ، و على المظاهر السلوكية ، و السلوك التكيفي للأطفال المعاقين فكريا. (ولاء مصطفى، هوية الريدي ، 2011: 17) ، (ولاء مصطفى ، 2012 : 20)

وأشار عادل عز الدين الأشول (1987) ، إلى أن التخلف العقلي انخفاض في القدرة العقلية عن المستوى العادي أو المتوسط ، ويشير إلى أن هذا الانخفاض يرتبط عادة بعدم قدرة الفرد على التكيف مع البيئة المحيطة. ويرى أن الشخص المعاق عقلياً هو الذي يكون معدل ذكائه أقل من (70 درجة) بالإضافة إلى عدم تكيفه وعدم قدرته على التوافق وقصور مهاراته الاجتماعية (عادل الأشول، 1987: 588).

Social Définition:

يتم تعريف مثل هذه الإعاقة من المنظور الاجتماعي في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المعوق عقلياً أو فكرياً حيث يعد غير كفاء اجتماعياً و مهنياً ، و يعد دون نظيره الذي لا يعاني من أي إعاقة في القدرة العقلية و الاجتماعية حيث تعد تلك الحالة غير قابلة

للشفاء التام ، و تتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي والوظيفي . و يعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع و قدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه و في جماعته الثقافية. (عادل عبد الله ، 2011: 54 - 57)

و يعرف عادل عبد الله (2004) الإعاقة الفكرية في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المعاق فكريًا من المنظور الاجتماعي بأنه غير كفاء اجتماعيًا ، و مهنيا و دون نظيره السوي في القدرة العقلية ، و الاجتماعية ، عادة ما تبدأ منذ الميلاد أو في سن مبكرة من النمو ، و تستمر كذلك حتى مرحلة الرشد . و هي حالة غير قابلة للشفاء التام ، و تتسم بقصور واضح في الأداء الوظيفي .

ويعرفه عبد الرحمن سليمان (1998) الإعاقة العقلية من منظور اجتماعي على أنها افتقار المعاق إلى الكفاءة الاجتماعية والمعاناة من حالة عدم التكيف (عبد الرحمن سليمان ، 1998: 40) ..

التعريفات التربوية:

يقوم المنظور التربوي **Educational perspective** في الأساس على قدرة هذا الطفل الذي يعاني من الإعاقة العقلية أو الفكرية **Intellectual disability** على التعلم و التي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد حيث يعتبر الطفل المعوق عقليًا أو فكريًا غير

قادر على التعلم أو التحصيل الدراسي ، كما ينخفض أداؤه السلوكي بشكل واضح في العمليات العقلية نتيجة لانخفاض نسبة ذكائه ، و يصاحب ذلك قصور في اثنتين على الأقل من تلك المهارات التي يتضمنها سلوكه التكيفي . و تضم الإعاقة العقلية أو الفكرية من هذا المنظور ثلاثة فئات يمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

1- القابلون للتعلم **Educable** : و تكون لدى الفرد بعض القدرات الأكاديمية التي تساعد على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط بحد أقصى ، و يكون المتوسط هو الصف الثالث أو الرابع.

2- القابلون للتدريب **Trainable** : و تكون لدى الطفل قدرات أكاديمية أقل تؤهله حتى مستوى الصف الأول فقط بحد أقصى بينما يقل المتوسط عن ذلك ، و يمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهن البسيطة.

3- المعتمدون **Custodial**: و هم أولئك الذين تقل نسب ذكائهم عن 25، و يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم. (عادل عبد الله ، 2011: 57)
وتعتمد هذه التعريفات على مدى القصور في القدرة التحصيلية وعلى اكتساب مهارات التعلم الجيد القائم على التذكر والتحليل والفهم والتركيب وذلك من خلال سنوات البحث التي يتلقون التعليم من خلالها.

وتتناول قدرة الفرد المعاك عقلياً على التعلم والتحصيل ومن هذه التعريفات : تعريف Kirk (1972) المراهق المعاك (المتخلف) عقلياً القابل للتعلم هو الذي بسبب بطء نموه العقلي يكون غير قادر على الاستفادة من برامج المدارس العادية و يتميز بسمات النمو التالية :

تعلم بسيط في القراءة والكتابة والتهجي والحساب وغيرها .
إمكانية التوافق الاجتماعي الذي يمكنه من أن يمضى في المجتمع معتمداً على نفسه .
ملائمة مهنية في الحدود الدينامية فيما بعد على أن يعول نفسه ولو بشكل جزئي (السيد عبد النبي، 2004: 24) .

الإعاقة العقلية من المنظور السيكومترى:

يقوم المنظور السيكومترى فى تحديد لمفهوم الإعاقة العقلية أو الفكرية على استخدام نسبة الذكاء التى يصل إليها الطفل بحيث تقل نسبة ذكائه عن 70 ، أي تقل عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين على الأقل . وفقاً لما ورد فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض ، و الأضطرابات النفسية و العقلية DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA 1994) و المراجعة النصية له DSM- IV - TR (2000) فإن هناك أربع فئات لـ الإعاقة العقلية أو الفكرية بناء على

نسبة الذكاء التالى :

- 1- الإعاقة البسيطة : Mild و تضم 85% تقريبا من الأطفال المعوقين عقليا أو فكريا ، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال فيها بين 50 - 55 إلى أقل 70.
- 2- الإعاقة المتوسطة Moderate: و تضم حوالي 10% تقريبا من الأطفال المعوقين عقليا أو فكريا ، و تترواح نسبة الذكاء فيها بين 35 - 40 إلى 50 - 55.
- 3- الإعاقة الشديدة Severe: و تضم حوالي 3-4% تقريبا من إجمالي عدد الأطفال المعوقين عقليا أو فكريا ، و تترواح نسبة الذكاء فيها بين 20 - 25 إلى 35 - 40.
- 4- الإعاقة الحادة أو الشديدة جدا Profound: و تضم حوالي 1-2% تقريبا من إجمالي الأطفال المعوقين عقليا أو فكريا ، و تكون نسبة الذكاء فيها 20 - 25 فأقل.

(عادل عبد الله، 2011: 54 - 57)

ومن التعريفات السيكومترية التي ركزت على نسبة الذكاء :

تعريف التصنيف الاحصائى الدولى للأمراض النفسية (I.C.D-10) International statistical classification of Diseases and Related problem

التخلف العقلي عدم اكتمال العقل مصحوباً بقصور في مستوى الذكاء والمفاهيم الرياضية والحركية والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المصابين بالتخلف العقلي (عبد الله عسكر ، 2005 : 17) .

ثانياً : نسبة انتشار الإعاقة :

تعتبر فئة الإعاقة العقلية واحدة من فئات التربية الخاصة الأكثر شيوعاً مقارنة بالفئات الأخرى ، كالسماعية والبصرية والحركية واللغوية ، إذ تذكر ليرنر Lerner (2004) أن أكثر فئات الإعاقة شيوعاً في المجتمع الأمريكي هي فئة صعوبات التعلم تليها فئة الإعاقة العقلية جمال الخطيب وآخرون، 2007: 154).

يشير فاروق الروسان (1998) إلى أن تباين نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين المجتمعات تبعاً لعدد من العوامل من أهمها :

معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ، فإذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هير في عام (1959) للإعاقة العقلية (أقل بانحراف معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي (15.86%) في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان (1973) للإعاقة العقلية (أقل بانحرافين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي (2.27%).

معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ويقصد بذلك أن الفرد المعاق عقلياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاؤه عن (75) درجة في الذكاء ، وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقاييس السلوك التكيفي ، ويعنى ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة

على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعاقين عقلياً فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع من (2.27% إلى 1%).

العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية : تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ، وتأكد الدراسات هذه العلاقة إلى العلاقة العكسيّة بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع والعكس صحيح .

ولذا تزداد نسبة الإعاقة العقلية ، في الدول النامية مقارنة بالدول الصناعية المتقدمة. وفي دولة السويد تبلغ نسبة الإعاقة العقلية (0.4%) في حين تبلغ نسبة الإعاقة في دول أمريكا اللاتينية حوالي (11.3%) وتبعد نسبة الإعاقة في الدول العربية (3.8%). (فاروق الروسان ، 1998: 78 - 79).

ثالثاً: تصنيف الإعاقة العقلية : Classifications

تنوع التصنيفات للإعاقة العقلية تنوعاً كبيراً نظراً لاختلاف الكبير في المستويات الخاصة بالمعاقين عقلياً ومنها مستوى في القدرات العقلية والقدرات النفسية والقدرات الاجتماعية ، كما تختلف طبقاً للتصنيف الذي صفت على أساسه ، ومن هذه التصنيفات ما يلى:

التصنيف الطبي :

ويقوم على إحدى المحكات التالية وسوف نستعرضها بشيء من الإيجاز:

- درجة الإصابة.
- مصدر الإصابة.
- المظاهر الإكلينيكي.
- توقيت حدوث الإصابة.

ونعرض هذه المحكات كما يلى :

أ- التصنيف حسب مصدر الإعاقة :

قسم تريد جولد (1952) حالات التخلف العقلي إلى :

ضعف عقلي أولى.

ضعف عقلي يرجع إلى حدوث أخطاء في الجينات.

ضعف عقلي يرجع إلى عوامل بيئية "أثناء الحمل أو أثناء الولادة نفسها .

(نبیه إبراهيم إسماعيل، 2006: 71-72).

ب- التصنيف حسب درجة الإصابة :

اقتصر كانتر التصنيف التالي:

- تخلف عقلي مطلق (Absolute).
- تخلف عقلي نسبي (relative).
- تخلف عقلي ظاهر (Appearance) (زينب محمود شقير، 1999: 108-109).

التصنيف حسب توقيت الإصابة:

يقترح يانيت Yannet تقسيماً ثلاثة لحالات التخلف العقلي بسبب توقيت حدوث الإصابة

إلى فئات ثلاثة وهي كالتالي:

• تخلف عقلي يحدث في مرحلة قبل الولادة : تعرض الجنين للاختناق .

• تخلف عقلي يحدث أثناء الولادة : يتمثل في حالات إصابات تعرض لها الجنين

الاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة (الشفط) .

• تخلف عقلي يحدث بعد الولادة: كتعرض الفرد لبعض الأمراض كالالتهابات السحائية ،

وإصابات المخ نتيجة التسمم بالرصاص (طارق و ربيع عبد الرءوف ، 2006: 150-)

.(151)

د- التصنيف حسب أسباب الإعاقة:

قدمت تصنيفات عديدة للإعاقة تبعاً لأسباب الإعاقة، إلا أننا نقتصر على تصنيف

الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي المكون من عشرة فئات على النحو التالي:

إعاقة عقلية بسبب أمراض معدية **Infection Disease** مثل الحصبة الألمانية،

الزهري، وعلى وجه الخصوص إذا كانت الإصابة في الشهور الأولى من الحمل.

إعاقة نتيجة التسمم **Anoxia disease** مثل إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم

بالرصاص أو الزرنيخ أو أول أكسيد الكربون.

إعاقة ناتجة عن أمراض ناتجة عن إصابات بدنية **Physical Trauma** مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها لأي سبب من الأسباب.

إعاقة عقلية بسبب أمراض اضطراب التمثيل الغذائي **Metabolism Disease** مثل حالات الفينيل كيتونوريا **Phenylketonuria** وغيرها.

إعاقة عقلية ناتجة عن خلل الكروموسومات مثل متلازمة داون .

إعاقة عقلية بسبب أمراض تنجم من أورام مثل الدرن .

إعاقة عقلية بسبب أمراض غير معروفة السبب تحدث قبل الولادة .

إعاقة ناتجة عن اضطرابات عقلية مثل التوحد .

إعاقة عقلية بسبب أمراض غير معروفة السبب تحدث بعد الولادة .

إعاقة عقلية ناتجة أسباب غير عضوية مثل العوامل الأسرية والثقافية كالحرمان الثقافي أو البيئي . (عبد العزيز السيد الشخص ، 2007 : 73-74)

التصنيف وفقاً للحالات الإكلينيكية (الزملاط)

و ذلك من خلال وصف الأعراض الجسمية المميزة و الظاهرة و التي على أساسها يمكن وصف الحالات أو ضمنها لمجموعة و هذا التصنيف قد شاع استخدامه في الأوساط الطبية و من أهم الزملاط المرتبطة بالإعاقة الفكريّة هي :

متلازمة داون Down Syndrome

هي من أكثر الأنماط الإكلينيكية شيوعاً و تنتشر بنسبة (1 : 700) أي يولد طفل ذوى عرض داون كل (700) طفل عادى و تكثر هذه الإعاقة بين أمهات الأطفال فوق الأربعين و تتميز بوجود جينات شاذة زائدة في الكروموسوم (21) في خلايا الجسم و بذلك تزيد عدد الكروموسومات إلى (47) بدلاً من (46) في الخلية الواحدة و ينتج هذا الكروموسوم غالباً واحد من ثلاثة احتمالات :

- شذوذ في انقسام خلايا البويضة قبل الحمل.
- شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان المنوى قبل الحمل.
- شذوذ في انقسام الخلايا التي تتضمنها البويضة الملقحة بعد أن يتم الحمل.

حالات القماءة أو القصاع **Cretinism**

و ينتج عن اضطرابات في الغدة الدرقية و خاصة نقص هرمون التيروكسين و تقع حالات القماءة في فئة الإعاقة المتوسطة و الحادة . ويكون الفرد قصيراً لا يتجاوز طوله (80 - 90 سم) في الرشد.

حالة كبر الدماغ **Macrocephaly**

و تعتبر من الحالات النادرة و يكبر فيها المخ و الوزن لدرجة كبيرة و تنشأ نتيجة تضخم أجزاء المخ ، يتبعها كبر حجم الجمجمة الذي قد يلاحظ منذ الميلاد ، فتظهر الجمجمة مربعة أكثر منها مستديرة و لا يتبعها كبر في الفجوات داخل المخ.

حالة صغر الدماغ **Microcephaly**

و ترجع هذه الحالة إلى مرض الزهرى الوراثى أو إصابة الجنين فى الشهور الأولى من الحمل و يصل حجم الجمجمة إلى نصف حجم الجمجمة العادية الأمر الذى لا يسمح بنمو المخ فيظل الطفل رغم استمرار نموه متأخراً مما يصاحبه إعاقة فكرية.

حالة استسقاء الدماغ **Hydrocephaly**

يولد الطفل بدماغ كبيرة مملوءة بالسائل الشوكي مع ضمور في أنسجة المخ نظراً لضغط هذا السائل وأحياناً ما يلجأ أطباء الجراحة إلى إجراء عملية جراحية لخفض هذا الضغط و لمن غالباً ما يصاب الطفل بإعاقة فكرية شديدة.

حالات الفينيل كيتون يوريا **(pku) phenyl ketonuria**

هو اضطراب أيضى وراثي ينتقل كسمة متنحية و فيه يعجز الجسم عن القيام بعملية التمثيل الغذائي الطبيعية لمادة الفنيل ألانين (وهي مادة حمضية أمينية توجد في البروتينات كالحليب) و ينتج ذلك عن قصور في الإنزيم الكبدي المعروف باسم الفنيل ألانين هايدروكسيل و تكون النتيجة هي زيادة معدل الحامض في مجرى الدم و ذلك وضع غير طبيعي مما يؤدي إلى حدوث تلفاً في الدماغ كذلك الذي يسببه التسمم و إذا لم تكشف هذه الحالة و تعالج مبكراً فإن النتيجة هي الإعاقة العقلية.

مرض التى ساش : **Tay-sach'sn Disease**

هو مرض وراثي ينتقل كسمة مت厚ية و فيه اضطراب لعملية التمثيل الغذائي للدهون في الجسم و بالتالي فإن الطفل الذي يعاني من هذا المرض يكون لديه قصور في الإنزيمات و نتيجة ذلك تراكم المواد الدهنية في الخلايا العصبية.

و يأخذ هذا المرض شكلين الأول هو الذي يظهر خلال السنتين الأولين من عمر الطفل و يحدث فيه تدهور سريع و من مضاعفاته هو فقدان البصر، و الشلل التشنجي و الموت المبكر و غالبا قبل بلوغ الطفل الأربع سنوات. أما الشكل الثاني فتظهر فيه الأعراض المرضية في الطفولة المتوسطة أو المتأخرة و يحدث فيه إعاقة عقلية شديدة و تنتهي الحالة بالوفاة في مرحلة المراهقة أو الشباب المبكر.

حالات الجلاكتوسيميا Glactosemia

يمثل مرض وراثي يعجز فيه الجسم عن تمثيل الجلاكتوز بشكل طبيعي (و الجلاكتوز هو مادة كيماوية تنتج عن هضم الحليب) و بسبب ذلك ترتفع نسبة الجلاكتوز في الدم و البول مما يقود أحيانا إلى حدوث إعاقة عقلية. (هوية الريدي، 2013، 11: 17-17)

التصنيف حسب نسبة الذكاء (السيكولوجي) :

تعتمد فكرة التقييمات السينولوجية على استخدام نسبة الذكاء كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة ، فمن المعروف أن الأفراد يتوزعون حسب الذكاء توزيعاً اعتمادياً بين الناس ، وأن الفرد متوسط الذكاء يحصل على 100 درجة على اختبار ذكاء مقمن ،

ومن المعروف أيضاً أن معظم الناس تقع نسب ذكائهم في وسط المنحنى الاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء ، بينما تقع فئة المتخلفين عقلياً على الطرف الأدنى للتوزيع .

(فاروق صادق : 1982 ، 80 - 81)

و يعد تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A) (1994) الذي ورد في الدليل التشخيصي للأضطرابات العقلية DSM-IV من أبرز التصنيفات و الذي صنف التخلف العقلي إلى أربعة فئات حسب نسبة الذكاء ، ولكن بشرط أن يقترن ذلك بقصور في السلوك التكيفي ، و تظهر الحالة خلال فترة النمو .

الإعاقة الفكرية البسيط Mild نسبة الذكاء من 55 إلى 70 .

الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate نسبة الذكاء من 40 إلى 55 .

الإعاقة الفكرية الشديدة Severe نسبة الذكاء من 25 إلى 40 .

الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound (العميقة) نسبة الذكاء أقل من 25 . (عادل عبد الله ، 2002 : 406 ، 407)

التصنيف حسب السلوك التكيفي .

يعتمد هذا التصنيف على السلوك التكيفي والذي يشير إلى درجة الفاعلية التي يحقق بها الفرد غاياته الذاتية ، ويستجيب بها لمسؤولياته الاجتماعية المتوقعة منه وفقاً لعمره الزمني ونوع وطبيعة الجماعة التي ينتمي إليها .

ويصنف الإعاقة الفكرية وفقاً للتصنيف الاجتماعي إلى أربع فئات على أساس درجة كل

فئة في مقياس السلوك التكيفي وهي:

فئة الإعاقة الفكرية البسيطة : وتنحصر نسب التكيف لأفرادها ما بين 84 - 71 .

فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة : وتنحصر نسب التكيف لأفرادها ما بين 70 - 58 .

فئة الإعاقة الفكرية الشديدة : وتنحصر نسب التكيف لأفرادها ما بين 57 - 45 .

فئة الإعاقة الفكرية الحادة : وتصل نسب التكيف لأفرادها ما بين 44 فأقل . (عادل عبد

الله ، 2002 : 416)

التصنيف التربوي :

يعتمد هذا التصنيف على معدلات الذكاء و قدرة كل فئة على التحصيل و التعلم الدراسي

و الاحتياجات التعليمية ، و ما يلائم كل فئة من الفئات من برامج تعليمية أو تدريبية ،

و مدى إمكانية الانتقال من برنامج تربوي إلى آخر . ويتضمن هذا التصنيف ثلاثة فئات

و هي :

فئة القابلين للتعلم : **Educable Mental Retardation**

وهم حالات الإعاقة الفكرية البسيطة الذين يمثلون حوالي 2.14 % من إجمالي عدد

السكان ، وتتراوح معدلات ذكائهم بين 50 و 70 درجة ، وغالباً لا يستطيعون البدء في

اكتساب مهارات القراءة و الكتابة ، و الهجاء ، و الحساب قبل سن الثامنة و ربما

الحادية عشر ، كما أنهم يتعلمون ببطء ، ولا يمكن لهم تعلم المواد المقررة في سنة دراسية واحدة مثل العاديين ، و عندما ينتهيون يكون تحصيلهم مقارباً لمستوى يتراوح بين الصف الثالث والخامس الابتدائي ، كما يتراوح عمرهم العقلي بين (6 - 9) سنوات ، كما أن لديهم استعدادات في التعلم للمجالات المهنية التي ربما يبلغون منها حد التفوق ، لذا يمكنهم ممارسة بعض الأعمال و الحرف (عبد المطلب القرطي ، 2001 :

.(240)

فئة القابلين للتدريب :Trainable

وهم يقابلون فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة الذين تتراوح نسب ذكائهم ما بين (40-55) ، والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في التاسعة من عمره ، وبالتالي يتم تدريبه على بعض المهارات البسيطة التي تساعده على أداء تلك المهام (عادل عبد الله ، 2002 : 417)

فئة غير القابلين للتعلم أو التدريب : Uneducable Or Untrainable

وهم يقابلون فئتي الإعاقة الفكرية الشديدة و الشديدة جداً أو الحادة ، و الذين تقل نسب ذكائهم عن 40 في الفئة الأولى و عن 25 في الفئة الثانية ، و الذين يصل عمرهم العقلي عند النطق إلى ما يوازي طفل في الثالثة من عمره ، و يمكن أن يستفيد الأطفال في الفئة الأولى من تدريبهم على القيام ببعض العادات المختلفة ، و لكنهم مع

ذلك يظلون هم و أقرانهم في الفئة الثانية في حاجة إلى رعاية خاصة (عادل عبد الله ،

(107 : 2004)

بعد الاستعراض السابق للتصنيفات التي يتم استخدامها مع فئة الأفراد ذوى الإعاقة

ال الفكرية لابد أن يقوم بعملية تصنیف هؤلاء الأفراد إلى فئات متخصص ذو خبرة في هذا

المجال حيث لابد من مراعاة الدقة الكاملة فوضع طفل في فئة دون مستوى يعد ظلم كبير

له فهذا سيحرمه من فرص التعلم و التدريب العديدة التي يمكن أن تقدم إليه و تعمل

على تحسين قدراته. وأيضا عملية وضعه في فئة أعلى من مستوى و قدراته المتاحة تعد

خطأ كبير فعندما لن يستطيع الطفل الوصول إلى التوقعات و الآمال المطلوبة منه مما

يساهم له و لأسرته و القائمين عليه خيبة أمل و إحباط وإهانة للجهد و المال و تأخير في

الخدمات التي لابد أن تقدم إليه.

رابعا : الخصائص العقلية المعرفية للأطفال المعاقين عقليا :

يمكن التمييز بين الطفل المعاق فكريًا إعاقة متوسطة و الطفل العادي في النمو العقلي و

القدرات العقلية في سن مبكرة ، لأن نموه العقلي بطئ جدا و قدراته العقلية ضعيفة ، و

حصيلته اللغوية بسيطة ، و نستطيع تشخيص إعاقته في مرحلة الروضة ونحن

مطمئنون إلى دقة التشخيص . أما الفروق بين حالات الإعاقة الفكرية البسيطة و

أقرانهم العاديين في النواحي العقلية فبسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة ، و كبيرة في

مرحلة الطفولة المتوسطة و ما بعدها ، و يتغدر تشخيص الإعاقة في مرحلة الروضة ، و يفضل تشخيصها بعد الالتحاق بالمدرسة الابتدائية و ملاحظتها فترة كافية لأن الخصائص العقلية لا تميز بين ذوى الإعاقة الفكرية و الطفل العادي في الأعمر الصغيرة

و تميز بينها في الأعمر الكبيرة . ومن أهم الخصائص العقلية التي تميز المعاقين فكريًا عن أقرانهم العاديين البطء في النمو العقلي، ضعف الانتباه، القصور في الإدراك، و القصور في التفكير. و يتميز الانتباه عند المراهق من ذوى الإعاقة الفكرية بأنه مثل انتباه الطفل الصغير محدود في المدة و المدى و ذلك نظراً لانخفاض القدرة العقلية لديه فلا ينتبه إلا لشيء واحد و لمدة قصيرة و يتشتت انتباهه بسرعة كما أنه لا ينتبه لكثير من المثيرات التي تتواجد أمامه و هذا يفسر عدم قدرتهم على عدم المثابرة في المواقف التعليمية لفترات طويلة. (هويه الريدي ، 2013 : 21 - 22)

تعد الصفات العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل المعاق عقلياً عن الطفل العادي ، فالمعاق عقلياً لا يصل في معدل نموه العقلي أو مستوى إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي الذي يماثله في العمر الزمني ، وحيث إن الطفل المعاق عقلياً يمر بنفس مراحل النمو العقلي للطفل العادي فهو يستطيع أن يتعلم عن طريق الممارسة و مروره

بالخبرات المختلفة و يستطيع أن يستخدم التفكير و التمرين و التصميم كأساليب للتعلم من خلال الخبرات المختلفة ، وذلك في حدود قدراته و إمكانياته و مستوى العقل .

وفيما يلي ذكر بعض الخصائص العقلية المعرفية التي تميز المعاقين عقلياً الميل نحو تبسيط المعلومات : يتصف هؤلاء الأطفال بقصور في قدرتهم على التفكير المجرد ، فهم لا يستطيعون استخدام المجردات في تفكيرهم ، ويلجئون دائماً لاستخدام المحسوسات ، ويميلون إلى تعريف الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة (الإدراك الشكلي أو الوظيفي) فإذا سئل أحدهم عن البرتقالة فإن إجابته قد تكون : نأكلها ، مستديرة ، أو صفراء .

و لذلك يستحسن على معلم الأطفال المعاقين عقلياً أن يستخدم أشياء و وسائل ثلاثة الأبعاد (مثل الشكل، الحجم، و اللون) عند تدريسهم لهؤلاء الأطفال حتى يستطيعوا التمييز بين هذه الأشياء .

قصور القدرة على التعلم : يميل الأطفال المعاقون عقلياً كما ذكر سابقاً إلى تبسيط المفاهيم و إعطائها الصبغة الوظيفية ؛ لأن قدرته على التعلم محدودة ؛ و لأن هذه العملية تستدعي قدرة من التجريد ، مثال ذلك أن الطفل يستطيع الإجابة على سؤال (5 + 5) فإن النتيجة هي (10) و يفشل عندما يسأل عن (5 و 5) لأنه فشل في إدراك العلاقة بين علامة (+) و الحرف (و) .

(أمل الهجرسي ، 2002: 181-184) ، (فتحي عبد الرسول ، 2008: 157)

و لذلك يستحسن على معلم الأطفال المعاقين عقلياً أن يسلسل المثيرات لهم من السهل إلى الصعب، و أن ينمى قدرتهم على التعليم ، و أن يهتم بدمج ما هو محسوس بال مجرد أثناء شرح الدرس أو أثناء تعامله مع هذه الفئة.

قصور في الانتباه للمثيرات : فالطفل العادي عادة ينتبه إلى المواقف التي تعرض أمامه ، أو لأي مثير في البيئة التي تحيط به ، أما المعاق عقلياً فلا ينتبه إلى تلك المواقف أو المثيرات من تلقاء نفسه ، لما يتميز به من ضعف قدرته على الانتباه. (فتحي عبد

الرسول ، 2008: 158)

صعوبة التذكر و الحاجة إلى التكرار : أكدت البحوث و الدراسات في هذا المجال أن الطفل المعاق عقلياً لا يستوعب الموقف التعليمي ، إلا بعد تكراره مرات و مرات لمساعدته على التذكر و الاستفادة من موقف التعلم ؛ و لذا ينصح بتطبيق مبدأ التعلم بعد تمام التعلم.

و لذلك نجد أن التكرارات بعد تمام التعلم هو أنساب وسيلة لتدريب الطفل المعاق عقلياً على التذكر طويلاً المدى ، و كذلك ربط المادة المتعلمـة بما يوجد في الحياة اليومية أثناء مراجعتها لهؤلاء الأطفال ، ويساعد على تذكرها عنده. (أمل الهجرسي ، 2002: 185)

، (فتحي عبد الرسول ، 2008: 158)

ضعف القدرة على استخدام العلامات أو الإشارة أو التلميحات غير الصريحة في المواقف التعليمية : حيث يفتقد الطفل المعاك عقلياً القدرة على الالتفات إلى ما يحتويه الموقف التعليمي من إشارات أو علامات للاسترشاد بها لأداء المهارة المطلوب تعلمها و التدريب عليها ، وهذا يستلزم من القائمين على تربية و تعليم الطفل التركيز المباشر على عناصر الموقف التعليمي و إبرازها و توضيحها بطريقة مقصودة و مباشرة.

ضعف القدرة على التمييز بين المتشابهات أو التعرف على أوجه الاختلاف بين الموضوعات و المواقف : يتطلب التمييز بين الموضوعات و المواقف المتشابهة قدرات عقلية معينة ، و كذلك معرفة أوجه الاختلافات بين الأشياء ، و يفتقر الطفل المعاك عقلياً إلى مثل هذه القدرات.

و كذلك يجب على القائمين على تربية هؤلاء الأطفال توضيح كل موقف تعليمي على حدة ، مع ربط الموقف نشئ مألف لدلي الطفل في البيئة التي يعيش فيها ، و ذلك لإيضاح ما نريد تعليمه له.

ضعف القدرة على الاستدلال : إن قصور الأطفال المعاكين عقلياً في الاستدلال هي الظاهرة التي تميزهم و ليس قصورهم في عملية التذكر فقط ، إذ لاحظ عدم ميل المعاكين عقلياً إلى استخدام الاستراتيجيات التنظيمية في الكثير من المواقف الجديدة ، مما يؤدي

إلى اختزان المعلومات بطريقة غير منظمة ، و يعني هذا أنهم يجدون صعوبة في المسائل التي تتطلب تفكيرا و استدلالا.

نقص القدرة على التعلم العرضي (غير المقصود) : يستطيع الطفل العادي اكتساب الكثير من المهارات عن طريق الملاحظة في المواقف المختلفة من خلال الحياة اليومية العادية ، و هذا ما يطلق عليه بالتعلم غير المقصود ، ولكن الطفل المعاك عقليا يفقد القدرة على الملاحظة التلقائية و لا يمكنه اكتساب أي مهارة دون تدريب.

القصور في القدرة على استخدام الخبرة : يصعب على المعاك عقليا استخدام ما تعلمه في المواقف السابقة في تعلم لاحق (و هذه الخاصية مرتبطة بالقصور في قدرته على الاستدلال)؛ و لذلك يتحسن تنوع الأنشطة التعليمية ، وتعدد أماكن التعلم فلا يقتصر تعليمه في الفصل فقط بل يمتد إلى أماكن متعددة في البيئة التي يعيش فيها الطفل و استخدام عناصرها في مواقف التعلم .

قصور في القدرة اللغوية (أو التعبير اللغوي) : يعاني أفراد هذه الفئة بصفة عامة من تأخر في النمو اللغوي عن الطفل العادي ، كذلك في قدرته على استخدام الألفاظ التي يعبر بها عن نفسه و عن حاجاته ، و يفشل في الاتصال اللفظي بالآخرين.

ضعف القدرة على التخيل و التصور : يصعب على الطفل المعاك عقليا أن يتخيل الأماكن و الأشياء و استخداماتها ، و هذا يتطلب أن نجسّد كل ما نريد تعليمه له ، و

أن نستخدمه في الموقف التعليمي أكثر من حاسة من حواس الطفل ، فيرى الشئ أو يلمسه أو يسمعه أو يشمء حسب كل موقف. (أمل الهرسى ، 2002: 185-186) ، (فتحى عبد الرسول ، 2008: 159)

خصائص التخلف العقلي:

إن الأهداف الأساسية لمعظم الأبحاث في ميدان الإعاقة العقلية، هو التوصل لمعرفة خصائص الأطفال المعاقين عقليا بقصد تكامل هذه المعلومات في النهاية للكشف عن طبيعة هذه المشكلة والتحكم فيها رغم الصعوبات التي يلاقاها العاملون في الميدان السينولوجي لدراسة الفروق الفردية من حيث اختلاف العوامل المؤثرة على الفرد، والهدف هو السعي للتوصى إلى الخصائص المشتركة لهذه الفئات المختلفة من المعاقين عقليا، بناء على الملاحظة الإكلينيكية المنظمة والمؤيدة بالدليل العلمي والتجريبي. (عثمان منيب ، 2008 ، 28)

أكّدت أبحاث كل من كونر "Connors" كليفور Clifford انجرام Ingram وكودمان Kodman على أن الطفل ضعيف العقل يعاني من اضطرابات انجعالية ونفسية معقدة ومتباينة وقدراته على الاتزان الحركي ضعيفة للغاية، كما اتضح أنهم يعانون من نقص في السمع بقدر 20 وحدة سمعية عن الطفل العادي.

اضطرابات في النطق

اضطرابات في مخارج الحروف

اضطرابات في الإدراك الحسي، ونقص في الاستجابات الحسية العادية. (Connor, 1959 , 64

وقد قام كل من جونسون وكابو بيانكو Cabo bianco وغيرهم بدراسة الخصائص

الاجتماعية لهؤلاء الأطفال لمدة سنتين، فوصلوا إثراها إلى إمكانية تحقيق الكفاية

الاجتماعية إلى حد كبير وخاصة في المهارات التالية:

الأكل، الشرب، التحكم في الإخراج، خلع اللباس، النظافة، استخدام المنديل وأدوات

تنظيف الأسنان وتمشيط الشعر، وضع اللعب في أماكنها، المحافظة على أشياء البيت،

إعداد الطعام، قراءة علامات المرور، أرقام السيارات، اللعب الفردي والجماعي، القدرة

على الإنصات والاستجابة لبعض المثيرات الخارجية. (Ingram et Bianco, 1958 , 24

كما سمحت دراسات "جول درج" والتي قام بها مع 85 معلما لضعف العقول على شكل

استبيان حول 1200 طفل، وكانت النتيجة كما يلي:

60% كانوا يعانون من الخجل، الخوف، الانسحابية، الأنانية، الاعتماد على الآخر،

التكاسل، التعب بسرعة، عدم الثبات الانفعالي. وأكملت أبحاث جونسون وكابو بيانكو

الخصائص الانفعالية الآتية لدى المتخلفين عقليا، المرح، البعد عن الخشونة، الغيرة، اللعب التلقائي، حب الاستطلاع الزائد.

الخصائص العقلية: إن قدرة المعوقين عقليا عموما في الإدراك الحسي والعقلي محدودة بسبب نقص نموهم العقلي، ويوضح ذلك في معالجتهم الرموز المعنوية، كما أن قدراتهم على التصور ضعيفة، كادراك العلاقات بين الأشياء التي تكاد تكون معدومة، القدرة على الانتباه محدودة للغاية، لا يتذمرون بأعمالهم، ينتقلون من عمل لآخر، يظهرون تشتيت في انتباهم، قدراتهم على التذكر معدومة، لا يتذكرون الخبرات التي مرت بهم، عمليات التداعي منحطة، قدراتهم على التحليل والترتيب متوسطة (بركات، 1971، 59 و 60) ويمتلك المتخلفون عقليا ضبطا قليلا لاندفاعهم، أما إحساسهم بال الصحيح والخطأ فضعيف، وسلوکهم تحتمه الحالة المباشرة، كما أنهم يعبرون عن حاجاتهم ومتطلباتهم الجنسية بحرية عندما يتم استثارتها. (عدنان إبراهيم، 2001، 57)

الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تذكر "سهير ساش" أن الخصائص الاجتماعية التي يتميز بها المعاقون ذهنيا إنما هي وليدة المناخ البيئي الذي يحيط بالطفل و تعرضه للفشل عند مقارنته بأخوه العاديين الذين يصغرون له سنا ويشعرون بالفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الأطفال المتناظرين معه في العمر الزمني. (عبد الله سليم، 2008، 84)

ونتيجة لاعتمادهم على الآخرين في حل مشكلاتهم، وكذا إخفاقاتهم ، يتطور لديهم الخوف من الفشل بل ويتوقعون الفشل الذي يدفع بهم في غالب الأحيان إلى تجنب تأدية المهام المختلفة ويتولد لديهم عدم الثقة بالنفس. وقد يميل المعاق العقلي إلى الانسحاب والتردد والحركة الزائدة وعدم تقدير الذات والعزلة والانطواء. (عشرة،

(03, 2010/2009

و قد نجد من المعاقين عقليا من يكون هادئا لا يتأثر بسرعة، حسن التصرف والسلوك، راض ب حياته كما هي، يستجيب إذا عاملته كالطفل الصغير، ويغضب إذا أهمل ولكن لا

يستمر فيه لوقت طويل، فسرعان ما يضحك. (ماجدة، 2000، 205)

و حسب سعيد العزة فإنه لا يمكن النظر إلى الخصائص الاجتماعية لهؤلاء الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجسمية والعقلية والمعرفية واللغوية والانفعالية، وانخفاض قدراتهم على التكيف الاجتماعي ناتجاً للخصائص المذكورة، بحيث القدرات العقلية المحدودة تجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المعاقين ذهنيا ما يلي:

قصور في الكفاءة الاجتماعية

عجز عن التكيف في البيئة التي يعيشون فيها

قصور في القدرة على التواصل

تدني مستوى المهارات الالزمة للتواصل، سواء اللغطي أو غير اللغطي

عدم القدرة على المبادرة في الحديث

صعوبة تكوين علاقات وصدقات مع الآخرين

صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم

عدم القدرة على الفهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية

قصور في مهارات العناية بالذات

قصور في المهارات الالزمة لأداء الأنشطة الخاصة بالحياة اليومية (عبد الله سليم،

(24، 2008

إمكانية توريط أنفسهم في سلوك اجتماعي غير مرغوب فيه كالسرقة، التخريب العام،

الانحراف السلوكي. (بركات، 1971، 59 و 60)

4- تشخيص التخلف العقلي:

عندما يشخص طفل بأنه غير قادر تعليمياً أو أنه يعاني من اضطراب سلوكي، فإنه يوجد

بعض المقاييس التي تقيس حدة إعاقته، كما يوجد نظامين للتعرف على حالتهم.

تشخيص حر مسمى (A A D) يقترح مستويات التشخيص ومقاييس الذكاء وهو الأنسب

لهذا الغرض، بالرغم من ضرورة التعرف على الوظائف العقلية.

وهناك نظام آخر استخدمه كل من "بول واي" و"باتون" و"باي" سنة 1989، حيث وضعوا إرشادات تحدد بطريقة طبيعية للمستويات الثلاثة، وهي القابل للتعلم، القابل للتدريب، وغير قابل للتدريب (حاد - متعمق). والتشخيص المبكر لأي مرض من شأنه أن يخفف الأضرار ويحد من استفحال العلة، بحيث أن الأم الذكية تلعب دوراً رئيسياً من خلال ملاحظاتها الدقيقة لوليدها، فتكتشف ما قد يعترفه من اضطرابات سلوكية وحركية أو تأثر في معدلات النمو الحركي والنفسي والعقلي. (خليفة، 2008، 38)

إن التبكيـر بعملية التشخيص يسـاهم في إنـقاذ الحالـات من التـدهـور، والإـسرـاع في عـرض الطـفل عـلـى المـختصـين بمـجرـد مـلاـحظـة أي أـعـراض غـير عـادـية عـلـى الطـفل مـنـذ ولـادـتهـ، وـمنـ الأـعـراض الـجـسمـيـة الواـضـحة بـعـد الـولـادـة، الـصـرـاخـ الـمـسـتـمرـ، التـشـنجـاتـ، كـثـرـةـ الـعـرـقـ، شـكـلـ الدـمـاغـ، (صـغـيرـ أوـ كـبـيرـ بـشـكـلـ مـلـحوـظـ) وـرـائـحةـ الـبـولـ غـيرـ العـادـيةـ. كـذـكـ مـلاـحظـةـ أيـ مـظـهـرـ نـمـائـيـ غـيرـ عـادـيـ كـالـحـبـوـ، المشـيـ، الجـلوـسـ، الـوقـوفـ، والتـواـزنـ الـحـرـكيـ وـانتـباـهـ الطـفلـ لـلـمـثـيـراتـ الـمـخـتـلـفةـ، وـاسـتـجـابـةـ الطـفلـ لـمـنـ حـوـلـهـ وـتـجـاوـبـهـ مـعـ عـنـاصـرـ الـبـيـئةـ مـثـلـ الـابـتسـامـ وـالـمنـاغـةـ وـالـاسـتـجـابـةـ لـلـأـصـوـاتـ. (خـليـفةـ، 2008ـ، 39ـ وـ40ـ)

الاتجـاهـ التـكـامـليـ فـيـ تـشـخـصـ الإـعـاقـةـ العـقـليـةـ:

صنـفتـ الجـمـعـيـةـ الـأـمـرـيـكـيـةـ لـلـتـخـافـ العـقـليـ (AAMD) الـأـشـخـاصـ الـمـتـخـلـفـينـ عـقـليـاـ إـلـىـ أـرـبـعـةـ أـقـسـامـ تـعـتمـدـ عـلـىـ درـجـةـ mental deficiency

الحدة من خلال تقييم التوظيف العام للذكاء ”IQ“ ومستويات السلوك التكيفي، وتمثل هذه الأقسام الأربع، في المعدل، المتوسط، الحاد والمتعمق.

1- القابل للتعلم (المعتدل): هذا القسم لديهم القابلية للتعلم والقدرة على التحصيل الأكاديمي، كما أنهم يسايرون المناهج الموضوعة لهم دون عقبات ، على الرغم من أن القابلية للتعلم يمكنها أن تتضمن أيضاً مستويات علياً كال المستوى المتوسط القابل للتدريب، وهم عادةً طبيعيين في مظهرهم ولا توجد لهم علامات باθولوجية دالة على إصابتهم، وتكون لديهم القدرة على تحقيق مستويات عالية في الأنشطة غير الأكاديمية. وهم أكثر عرضةً للاضطرابات السلوكية أو العاطفية، وسببها الإصابة بالإحباط والفشل في تحقيق كل ما يستوعبه ما يماثله من الأطفال. والكثير منهم يستطيع الحصول على وظيفة لائقه به ويعتمد على نفسه بشكل مستقل على المجتمع الذي ينتمي إليه. (خليفة، 2008، 46 و 47)

2- التخلف العقلي القابل للتدريب (المتوسط): تسجل هذه الفئة درجة أقل في اختبارات الذكاء القياسية، كما أن لديهم عيوب في السلوك التكيفي ومهاراته، وكذا عيوب على المستوى الفكري، أو تباطؤ في الذاكرة قصيرة المدى وغالباً ما يكون تعليمهم عرضي وقدراتهم ضعيفة على تكوين الآراء العامة.

3- التخلف العقلي الحاد: وهم من يسجلون 35 أقل في مقياس الذكاء "Q I" ، وهم في مستوى ينالون مساعدة من الغير للحياة، وأحياناً ما تنتابهم إعاقة بصرية إضافية وقدراتهم محدودة، لا يستطيعون استخدام المفاهيم المجردة، أو تطوير مهاراتهم الأكademie، عدم القدرة على المشي غير قادرين على الاهتمام بمصالحهم واحتياجاتهم الشخصية.

4- الأشخاص المتخلفين عقلياً بعمق: ويشخصون من خلال اختبار (Q I) بدرجات أقل من 25 ولديهم إعاقات بدنية معقدة. ولديهم ضعف واضح في الكلام وفي المهارات الاجتماعية، حيث يظهرونها بشكل غير ملائم، وتطورهم الحركي ضعيف ويعانون من صعوبة واضحة في المهارات التعليمية الخاصة والمساعدة الذاتي

تفسير الإعاقة العقلية في ضوء النظرية المعرفية:

تؤكد نظرية بياجيه على تسلسل و تتابع نمو الأفراد معرفياً و بمرورهم بمراحل مختلفة مرتبطة مع بعضها البعض ليصل الفرد إلى درجة من الالكمال نتيجة تداخل و تفاعل الفرد مع بيئته و تكيفه معها.

و من خلال ملاحظته للطفل العادي في تفاعله و تكيفه مع البيئة و إدراكه لها فإن كل طفل يتقدم من خلال مراحل النمو حيث تظهر مهارات فكرية متنوعة.

و المراحل هي :

1- المرحلة الحسية الحركية **Sensor motor Stage** من الميلاد و حتى سنة و نصف - سنتين.

2- مرحلة ما قبل العمليات **Preoperational Stage** من سنتين إلى سبع سنوات .

وهي تقسم إلى مرحلتين فرعيتين:

أ) مرحلة ما قبل المفاهيم و تمتد من (2-4) سنين.

ب) مرحلة الحدس و تمتد من (4-7) سنوات.

3- مرحلة العمليات التجريدية **Concrete operations stage** من سبع سنوات إلى إحدى عشرة سنة.

4- مرحلة العمليات الشكلية أو التجريدية **Formal or abstract** و كما أن من أهم مفاهيم هذه النظرية :

- التمثيل **Assimilation** و المقصود به مدى فهم الفرد للبيئة أو مدى إدراكه للواقع.

- الموائمة **Accommodation** و يقصد بها مدى تكيف الفرد مع الظروف البيئية المحيطة و تلائمه مع الواقع.

و للنظرية أهميتها في تعليم المعاقين فكريًا و في اختيارهم و تقسيمهم و في بناء مناهجهم و طرق التدريس لهم فاختبار الذكاء الذي يتخذ منه بياجيه مفهوماً نظرياً له

أهمية قصوى فى اختبار المتخلفين و تقسيمهم فى المستويات العقلية المختلفة ، و ذلك فى تحويلهم إلى الخدمات الأكاديمية العلاجية المتخصصة بمثل هذه الاختبارات يمكن الكشف عن مدى استعداد الطفل لأداء عمل ما أو لتعلم مادة أو خبرة معينة. و بالنسبة للمناهج فإن التنظيم الداخلي للمنهج و محتوياته فى المستويات المختلفة يجب أن يتبع تنظيم العمليات العقلية فى هذه المستويات و هذا الأمر الذى توصلت إليه نظرية بياجيه على جانب كبير من الأهمية.

و بالنسبة لطرق التدريس ، فإن بياجيه يؤكد أهمية التعليم الحسي ، و التعليم عن طريق العمل ، تنظيم العمل بالانتقال من خطوة إلى الخطوة التي تليها أو من مرحلة إلى مرحلة أخرى أكثر تعقيدا. ولاشك أن هذه النظرية تقدم لنا مفهومات قابلة للتطبيق و الاستسقاء في ميدان الإعاقة الفكرية.

تفسير الإعاقة العقلية في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي:

تؤكد هذه النظرية على دور و أهمية السياق الاجتماعي لسلوك الفرد ، ففي المدرسة نجد أن أخصائي التعليم الاجتماعي يؤكد على التفاعل ما بين المتعلمين أنفسهم و ما بين معلميهما أكثر من الاهتمام بسياسة التدريب أو التعليم . و تفرض هذه النظرية بأن الفرد بداعي طبىعى بسلوك الإقدام و سلوك الإحجام ، و هما يتأثران بعاملى العمر و الدافعية . فهو يقترب من السلوك الذى يسره و يحجم عن ما يؤذيه.

تذهب النظرية إلى أن احتمال حدوث سلوك معين من فرد ما لا تحدده الأهداف و ا
لحوافر (التعزيز) فحسب بل يتأثر أيضا بواقع الفرد الحصول على الأهداف.

و من هنا يتضح أن نظرية التعليم الاجتماعي يمكن أن تفيينا في دراسة المعاق فكريا

بعض التطبيقات :

يستجيب الأطفال الصغار في ضوء الحوافر المباشرة الفورية و تحصيل الهدف مباشرة .

فيجب أن يكون التدعيم فورا و مباشرا أيضا.

يجب ممارسة الدقة في اختيار المهام للطفل بقصد ضمان احتمالية عالية من النجاح ،

و من شأن بعض المعنيات الإضافية مثل استخدام أساليب التلقين لزيادة فرص النجاح ،

و تقديم المساعدة الفورية للطفل إذا أخفق.

يمكن أن يستفيد الطفل الأكبر سنا بالتدريج من التعرض للخبرات و المواقف في الفصل

فيحل الفشل و أسبابه (بمساعدة المدرس) بدلا من التألم للفشل و نتائجه أو محاولة

تجنب المواقف الجديدة.

يجب ألا يكون معيار النجاح في الفصل الدراسي العمل الناجح نفسه ، بل الوصول بالطفل

إلى المستوى الذهني لتفهم معنى النجاح و كيفية الاستفادة من الفشل و أن يساعده

على الوصول إلى النجاح ، على أن يؤخذ في الاعتبار مستوى النضج العقلي للطفل.

التيقظ بالسلوك التجنبي الذي يعمد له المعاق فكريًا و العمل على تعديله وفق أساليب تعديل السلوك المختلفة.

العمل على اختيار المهام المطلوبة من المعاق فكريًا بعناية تامة مع الاستعانة بالوسائل التعليمية لزيادة نجاحه في أدائه.

أن تكون التوقعات تجاه المعاق واقعية بحيث لا تتوقع الفشل أو الإهمال من قبله حتى لا تؤثر على فاعليته و تؤدي إلى رسم أهداف تافهة. (ولاء ربيع ، هودة الريدي ،

(235-2011:230

مناهج المعاقين عقليا :

يدرس الأطفال في مدارس التربية الفكرية منهجاً تربوياً يتضمن مجموعة البرامج التربوية و التأهيلية لإعادة التكيف مع الحياة و تحقيق أهداف التربية الخاصة بهم.

و يقصد بالبرامج التربوية التأهيلية الخاصة للمعاقين عقلياً إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكنه من استثمار ذكائه المحدود و إمكاناته الخاصة بأفضل الطرق الممكنة و إلى أقصى حدود ممكنة ، و يهدف البرنامج التربوي إلى مساعدة الطفل على التوافق النفسي و الاجتماعي و إعداده مهنياً لتحقيق التوافق الاقتصادي و يستفيد منه الأطفال المعاقون عقلياً القابلون للتعليم بمدارس التربية الفكرية .

ويرى الباحث أن مناهج المعاقين عقلياً تؤكد على مجموعة من الأهداف التي ينبغي العمل على تحقيقها وهي :-

تنمية المهارات الاجتماعية: و هذه المهارات تشمل تعلم مهارات التفاعل الاجتماعي و مهارة التكيف داخل الأسرة و المجتمع و مهارة تحمل المسئولية.

تنمية المهارات الصحية: و هذه المهارات تشمل تعلم العادات الصحية المناسبة مثل النظافة و التغذية، و مهارة المحافظة على صحته و جسمه.

تنمية المهارات الحسية: و التي تشمل التدريب الحسي من مهارة تمييز الأصوات و الألوان و الأشكال من خلال تدريب جميع الحواس.

تنمية المهارات العقلية: و هذه المهارات ترتكز على تدريب التلميذ المعاق عقلياً على عمليات التمييز و التذكر و التخيل و التعميم و إدراك العلاقات و التفكير و تطور المفاهيم و طرق حل المشكلات.

تنمية المهارات الحركية: وتشمل مهارات التناسق الحركي و السرعة في الأداء الحركي و الدقة في مجال الحركات الدقيقة.

تنمية المهارات الفنية: و التي تشمل مهارات تعليم ممارسة بعض الأعمال الفنية مثل الرسم و الموسيقى.

تنمية مهارات الأمن و السلامة : و تشمل مهارات السير في الأماكن العامة و الشوارع و تجنب المخاطر.

تنمية المهارات المهنية : و تشمل تعليم المهارات التي يحتاجونها في ممارسة الأعمال المهنية في المستقبل من خلال التدريب و التعليم.

تنمية مهارات الاتصال: وتشمل تعليمهم مهارات القراءة و الكتابة و تعليمهم اللغة. و قد أفردت هوية الريدي (2013) بعض الأسس العامة لتدريب و تعليم الأطفال ذوى الإعاقة العقلية :

يجب أن تكون التعليمات اللفظية واضحة وبسيطة و يجب إعادةها من وقت لآخر بقدر الإمكان.

يجب أن يشجع الفرد ذا الإعاقة الفكرية على القيام بجهود خاص للقيام بالتعبير عن نفسه والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والموافق.

يجب أن يكون ترتيب المادة في المواقف منظما من المادي الحسي إلى المجرد و من المعروف و المألوف إلى المجهول و غير المألوف، فإن هذا يسهل تكوين المفهومات و إدراك العلاقات.

يجب أن تنظم المادة من السهل إلى الصعب لكي نوفر فرصة للفرد ذا الإعاقة الفكرية للنجاح قدر الإمكان.

يجب تقديم المادة على أجزاء وبالترتيب ولا ننتقل من جزء إلى جزء آخر إلا بعد التأكد من نجاح المتعلم في الجزء الذي يسبقه و هذا يتوقف بالطبع على قدرة الطفل و على سرعة تعلمه.

- لا بد من جذب انتباه الطفل ذا الإعاقة الفكرية إلى العلامات المنتمية في الموقف بطريقة مقصودة فقد يساعد ذلك على الانتباه للعلامات و ربطها بالموقف الأمر الذي كان يتم تعلمه بطريقة غير مقصودة مع العاديين.

يجب تقديم عدد كبير من المواقف و الخبرات المتنوعة التي تتصل بتعليم مفهوم معين و استخدام طرق متنوعة للتوصل إلى تعليم المفهوم للطفل.

يجب أن يستخدم في لتعليم الطفل ذا الإعاقة الفكرية مواد تعليمية متنوعة بقدر المكان ويفضل المواد التعليمية التي يستخدم فيها قنوات حسية مختلفة حيث يكون الناتج التعليمي ذا كفاءة تعليمية أعلى.

يفيد التدريب والإعادة والتكرار في تعلم و أداء أعمال معينة و لذلك يجب أن نأخذ في الاعتبار هذه العوامل عند التعامل مع هذه الفئة.

يجب أن يشعر الطفل أنه مندمج في الفصل الدراسي. و يمكن الاستعانة برسم توضيحي يسجل عليه يوميا مستوى أدائه لعمل ما أو سلوك ما.

يدرك الطفل ذا الإعاقة الفكرية العلاقة بين الحافز والأداء والغالبية العظمى منهم تستجيب إلى التشجيع والمدح و لذلك لابد من أن تؤخذ هذه الاعتبارات في مواقف التعلم المختلفة.

يحتاج الطفل ذا الإعاقة الفكرية أكثر من الطفل العادي إلى التقبل الاجتماعي فتارikh الإعاقة الفكرية يرتبط بالفشل والإحباط المتكرر الأمر الذي يجعل من تقبل الطفل في مجموعته أمرا حيويا لصحته النفسية. (هoida الريدي ، 2013: 26 - 28)

المحاضرة 5

الإعاقة الحركية:

المقصود بالعوق الحركي: هو عوق يحرم التلميذ من القدرة على القيام بوظائفه الجسمية و الحركية بشكل عادي مما يستدعي توفير خدمات متخصصة تمكنه من التعلم و يقصد بالعوق أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الحالات الصحية التي تستدعي خدمات خاصة. (بطرس حافظ بطرس، 2008 ص 78)

كما تعرف الإعاقة الحركية على أنها معاناة الأفراد من خلل في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي حيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي و الاجتماعي و الانفعالي ويستدعي تدخل التربية الخاصة. (انشراح المشرقي، 2009 ص 303)

أسباب الإعاقة الحركية: تتعدد أسباب الإعاقة الحركية من حيث منشئها مستمدة من البيئة أو وراثية .

نقص الأكسجين عن دماغ الطفل: سواءً ما قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها وذلك يؤدي إلى الشلل.

العامل الوراثي: أي خلل في الكروموسومات ينتقل من الآباء إلى الأبناء حيث يحدث إعاقة جسدية لذا الطفل حديث الولادة.

العامل الريزيسي: العامل الريزيسي (Rh factor) هو عبارة عن بروتين يتواجد عادة على سطح خلايا الدم الحمراء، فإذا كانت الخلايا تحتوي بالفعل عليها في سطحها، فإن نوع العامل لدى الشخص يكون سلبياً، وهو وراثي وقد يرث الطفل عامله الريزيسي من الأب أو الأم.

تحت المشاكل عادة عندما يكون العامل الريزيسي سالباً لدى الحامل، بينما العامل الريزيسي موجباً لدى الجنين وتسمى هذه الحالة عدم توافق (RH incompatibility) ففي هذه الحالة يدخل العامل الريزيسي الموجب للجنين مجرى دم الأم التي يكون عاملها الريزيسي سالباً، ما يجعل جسم الأم يعتقد بوجود دم غريب عنه فيقوم بمحاربتها عبر تكوين أجسام مضادة للعامل الريزيسي.

الخداج: تعني عدم اكتمال نموهم وذلك بسبب ولادتهم قبل اكتمال المدة الزمنية. أسباب ما قبل ولادة الطفل: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية البكتيرية كالجدري، التهاب الكبد الوبائي، كذلك تعرض الجنين للإشعاعات أو للاستعمال السيئ

للأدوية و التدخين و إدمان المخدرات ، كما أن سن الأم الحامل له علاقة احتمالية لحدوث الإعاقة، وكثرة الحمل المتعاقب للأمهات مع سوء التغذية و انعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال أمام ولادات مشوهه.

- أسباب أثناء الولادة: كالولادة العسيرة التي تعرض الجهاز العصبي للإصابة وكذا وضع المشيمة قد تؤدي إلى إصابة الدماغ.

- أسباب ما بعد الولادة: تعد الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي علاوة على الإصابة في الأطراف في منطقة الرأس و الإصابات الجسمية المباشرة أو قد يتعرضوا إلى العجز الدائم نتيجة للعدوى أو بعض الأمراض العصبية.

- من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية : الأمراض الجسمية الحركية غير المعدية و ترجع لأسباب بيئية مثل انزلاق الغضروف و الروماتيزم و الشلل الناشئ عن الحوادث أو السكتة الدماغية... الخ وحوادث الطريق و المرور، حوادث العمل،حوادث المنزلية و إصابة النخاع الشوكي و أسباب أخرى مثل الشلل النصفي ، جلطة بسبب ارتفاع ضغط الدم، السكري ، أمراض المفاصل و العظام. (السيد علي فهمي محمد، 2008ص35-

(36

- أنواع الإعاقة الحركية: توجد العديد من أنواع الإعاقة الحركية ذكر منها:

أ- الشلل الدماغي: هو خلل في حركة الجسم أو في شكل القوام أو كليهما نتيجة إصابة نتيجة إصابة أو أكثر في الجهاز العصبي(المخ) يؤدي إلى خلل في كفاءة الجهاز العصلي والعصبي و قصور أداء العضلات اللا إرادية .

ينقسم الشلل الدماغي وفقا للأجزاء المتأثرة بالشلل إلى:

1- الشلل النصفي السفلي: ويتأثر بالشلل لجانب واحد السفلي فقط في حين تؤدي الأطراف وظائفها.

2- الشلل النصفي الجانبي: يتتأثر بالشلل في جانب واحد من الجسم متضمنا الطرف العلوي والسفلي معا وفي غالب الأحيان يتتأثر الجانب الأيمن.

3- الشلل الثلاثي: يتتأثر بالشلل ثلاثة أطراف تكون عادة الرجلين وذراع.

4- الشلل الأحادي: يتتأثر بالشلل طرف واحد وهو نادر الحدوث.

5- الشلل الرباعي: يتتأثر بالشلل جميع الأطراف الأربع.(عبد الحكيم الجود المطر،

2006 ص 16-17)

4- تصنيفات الإعاقة الحركية: لقد اعتمدت العديد من التصنيفات الإعاقة الحركية من بينها التصنيف القائم على الأسباب المؤدية للإعاقة وتمثل: إعاقة الحركية الخلقية:

1- الإعاقة الحركية الخلقية: وهي الإعاقة التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الولادة أو بعد الولادة تعود أسبابها غالبا إلى الوراثة وهي عبارة عن إعاقة عضوية يترتب عليها

وظيفة عضواً أو أكثر من أطراف الجسم منذ ولادته أو ولادته ناقص الأطراف مثل تقوس الساقين (هشاشة العظام)، الأطراف القصيرة و المعقوفة و المشوهة و الشلل بكافة أنواعه.

الإعاقة الحركية المكتسبة: وهي تلك الإعاقات التي لا تولد مع الطفل وتحدث له في مراحل الطفولة المختلفة أو حتى للكبار و غالباً أسبابها بيئية.

5- خصائص المعاقين حركياً: يتميز المعاقون حركياً بالعديد من الخصائص التي تظهر بوضوح في سلوكها تهم و تصرفاتهم مما يجعل الآخرون يعرفون أن أولئك الأشخاص لديهم وضع غير طبيعي و من أهم الخصائص:

أ- **الخصائص الجسمية:** يتصف الأشخاص المعاقين حركياً بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين و العمود الفقري ، و الصعوبات تتصف بعدم التوازن في الجلوس و الوقوف و عدم مرنة العضلات الناتجة عن أمراض مثل الروماتيزم و الكسور و غيرها .

ب- **الخصائص النفسية:** أهمما ورد في خصائص النفسية للمعاقين حركياً وسماتهم في المؤتمر الثامن لرعاية المعاقين عام 1968 مالي:

الشعور الزائد بالنقص و الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها و يتولد لديه شعورا دائما بالدونية يعيق تكيفه الاجتماعي.

الشعور الزائد بالعجز يولد لديه الإحساس بالضعف و الاستسلام للإعاقة وسلوك سلبي اعتمادي.

عدم الشعور بالأمن يولد لديه الإحساس بالقلق و الخوف من المجهول و الرفض و العدوانية و الانطوانية.

الشعور بعدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه حالات الخيال و الانسحاب و المخاوف الوهمية.

ت- الخصائص الاجتماعية: يتسم المعاك حركيا بالخجل و الانطواء ، مع مشكلات هامة في الطعام و التبول ، يولد لديه أفكارا دونية عن ذاته منبعة من نزرة المجتمع المحبطة الموسومة بالعجز و عدم استطاعتهم القيام بالأعمال بشكل صحيحو شعورهم بعدم قدرتهم على المشاركة الاجتماعية و اعتمادهم على الآخرين و عدم تحملهم المسؤولية تجاه نفسه مع فقدان للشهية للطعام أو الإفراط فيه مما يؤدي إلى السمنة وهذا تأثيره عكسيا على أجسامهم.

ث- الخصائص المهنية: يتصف الإنسان المعاك الحركي بعدم قدرته على الالتحاق بأي عمل بسبب العجز الجسمي الموجود لديهم و هم غير قادرين على القيام بكل الأعمال.

كما تحد الإعاقة من استعدادهم وميولهم وقدراتهم المهنية التي يرغبون فيها و من ثم الابتعاد عن العمل وعدم الرغبة في تشغيلهم بسبب تدني إنجازاتهم وعطائهم.

(صالح حسن الدهري، 2005)

5- متطلبات دمج الأطفال ذوي العوق الحركي مع العاديين : التدخل المبكر هو تقديم الخدمات الطبية و الاجتماعية و التربية للأطفال دون السادسة من العمر و الذين لديهم قابلية لحدوث التأخر الحركي أو المعرفي في أحد المجالات التالية :

*المجال الحركي

*المجال اللغوي و صعوبات التعلم

*المجال الاجتماعي و السلوكي.

*مجال العناية بالذات (بطرس حافظ بطرس، 2009 ص 88)

المحاضرة رقم 6

التوحد

ما هو التوحد: التوحد هو ترجمة الكلمة الإغريقية (autos) بمعنى النفس و (ism) بمعنى الحالة الغير سوية أي حالة النفس الغير سوية.

استعمل العالم (بلولر ايغون) وهو طبيب سويسري مفهوم السلوك التوحدي لأول مرة عام (1911م) كدلالة على الانفصال الشخصي بالرغم من الاختلافات الشديدة بين الإضطرابين.

وفي عام (1943م) كتب الطبيب النفسي (ليوكانر Leo Kanner) مقالة تصف 11 مريضاً تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته ، يتصف هؤلاء الأطفال بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية لمن تعود على متابعتهم.

استعمل مصطلح التوحد لأول مرة للتعبير عنها و يسمى بعده مصطلحات علمية منها: متلازمة كانر، الإجترارية، الذاتية، الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive) و يقصد بها المرضية تختلف عن الأعراض النفسية لمن تعود على متابعتهم. (Autisme Spectrum) و يسمى أيضاً الطيف التوحدي (Développementale Discorder) و يقصد بها المرضية تختلف عن الأعراض النفسية لمن تعود على متابعتهم. و التي تسبب عدة مشكلات في المهارات الاجتماعية و التواصلية و العاطفية وفي ظهور أنماط سلوك غريبة و محدودية في الاهتمامات لدى المصابين . (مجلة المنا

العدد: 193 أفريل 2005 ص 20-18 / الكويت)

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد: هو نوع من الاضطرابات التطورية (النماذجية) و الذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره على وظائف المخ و بالتالي على مختلف نواحي النمو فيؤدي إلى:

- 1- قصور في التفاعل الاجتماعي.
 - 2- قصور في الاتصال سواء لفظيا (اللغة و الكلام) أم غير لفظيا (السلوك و الانفعال)
 - 3- ضعف الاستجابة الحسية و الإدراكية و تكون موجهة للأشياء أكثر من الأشخاص.
 - 4- الاضطراب من أي تغيير يحدث في البيئة.
- التكرار بصورة آلية ميكانيكية (الحركات النمطية القهيرية تصاحبها أحياناً قصور في السمع و البصر) (عبد الرحمن خوجا، 2004، ص 163)
- تعريف علاء الدين إبراهيم: التوحدية هي واحدة من اضطرابات وسائل المخ وهي متلازمة وليست مرضًا، واضطرابات التوحدية تمثل مجموعة من التصرفات وهي خلل نوعي في العلاقات الاجتماعية المتبادلة، وانحراف نمو اللغة عن مسارها الطبيعي، والنقص الشديد في النشاطات و الاهتمامات.

يعرف لوني **Lonnie** التوحد بأنه خلل نوعي في الاتصال وفي مهارات الاجتماعية وفي مستوى الاهتمامات و الأنشطة.

ويعرفه فتحي السيد عبد الرحيم بأنه اضطراب من الاضطرابات الطفولة يجعل صاحبه غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية.

تعريف المركز القومي للأطفال و الشباب ذوي الإعاقة: هو خلل نمائي (ارتقائي) واضح يؤثر على التواصل اللفظي و غير اللفظي، و التفاعل الاجتماعي، غالباً ما يظهر قبل سن الثالثة و يؤثر بشكل سلبي على الأداء الدراسي للطفل، غالباً ما يتصل ببعض السمات الأخرى مثل الاندماج في الأنشطة التكرارية أو الحركات النمطية، و مقاومة التغيير في البيئة أو الروتين اليومي.

ومن خلال التعريفات الكثيرة والسابقة منها يمكن تحديد التعريف التالي:
الطفل التوحيدي هو طفل لديه خلل أو اضطراب نمائي في بعض وظائف المخ يؤثر على اللغة وعلى الاتصال الاجتماعي. (سعد رياض، 2008، ص 12-14)

الأعراض المميزة للتوحد: لقد صنف "كانر" عام 1943 الأعراض الرئيسية للتوحد، والتي مازالت مستخدمة حتى الآن للتشخيص وهي كما يلي:
بداية ظهور المشكلة تكون في أول سنتين ونصف، وقد امتدت هذه الفترة إلى سنتين.

العزلة الانطوائية : وهي عدم القدرة على تكوين علاقات وجاذبية دافئة مع الناس والتي تتضح في المظاهر التالية:

لا ينسجم أطفال التوحد مع أبائهم بالابتسام أو الاحضان، بدلاً من ذلك يبدوا عليهم الضيق عند حملهم أو تقبيلهم ولا يستجيبون لآبائهم أكثر من استجاباتهم للغرباء، ولا يوجد فرق في سلوكهم تجاه الناس أو الأشياء الجامدة.

تجنب الاتصال البصري بالآخرين ونجد الطفل يتصرف كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات والضجيج من حوله، كما لو كان الناس من حوله غير موجودين ، على الرغم من ظهور بعض الاستجابات المفاجئة أحياناً.

يسمع الصوت الخافت ولا يسمع الصوت العالي.

يسمع الموسيقى ولا يسمع اسمه.

نظرته بعيدة شاردة ولا يهتم بمن يجلس معه، بقدر ما يلفت نظره أحد أعضاء الجسم كاليد أو الإصبع، فنراه ينشغل به متناسياً أن من أمامه إنسان متكامل. (سعد رياض،

(23-22، ص 2008)

يرفض الاتصال مع الآخرين و في حالة إجباره يسقط في نوبة عصبية و يبدأ في الصياح ، كما نلاحظ عليه العزلة و بروز العواطف فلا يضحك ولا يبكي كأنه مجرد من العواطف و الأحاسيس.

اضطراب الكلام: هو أحد أهم الأعراض، ومن مظاهره الخلل الإدراكي الشديد في الكلام، مع تأثير في التواصل اللفظي وغير اللفظي أيضا، وهو يظهر قدرة ضعيفة على التخيل واللعب الإبداعي.

كما يمكن أن يظهر أطفال التوحد عند كبرهم اختلالات بسيطة، مثل عدم النطق الصحيح و التكرار غير المناسب لكلمات الآخرين.

وقد نجد الطفل ينغمس أحيانا في سلوك تكراري بصورة مستمرة لوقت طويل مثل مقطع أغنية بدون وعي منه، كما يستحيل عليه أحيانا استعمال كلمة أنا للتحدث عن نفسه فيقول "أنت أو" هو" وهذا يعكس استحالة الإحساس بنفسه.

الميل الاستحواذى: سلوك متكرر يطبقه الطفل بشكل نمطي مع وجود دليل على القلق عند أي تغير في البيئة. (عبد العزيز عليوي، 2015، ص 23)

السلوك الحركي الشاذ: يندمج الطفل التوحيدي في سلوك حركي شاذ مثل الدوران في دوائر حول نقطة واحدة أو العبث بأصابعه بشكل متكرر، أو التصفيق بيده، أو التأرجح في وقته.

زيادة نشاط بعض الحواس:

زيادة حاسة السمع: زيادة في حاسة السمع.

الرؤية الزائدة: مجال الرؤية لديهم إما عالي (زائد) أو مشوش.

حاسة اللمس الزائدة: الإحساس الزائد بالضغط و الحرارة.

حاسة التذوق الزائدة وحاسة الشم الزائدة.

أسباب حدوث الذاتية: (جاء في كتاب عبد العزيز عليوي، 2015ص 48-64) معرفة

أسباب التوحد من أهم خطوات الوقاية، ومن أهم وسائل التخسيص و العلاج ، ولكن

العديد من الدراسات التي اتجهت لمعرفة الأسباب لم تتوصل إلى تفسيرات نهائية و لا

معطيات ، وتم قبول بعض هذه الأبحاث التي أنتجت فرضيات عدّة منها:

الأبحاث الوراثية: تبين من الدراسات حول التوائم الحقيقية ومن أهم هذه الدراسات دراسة

الأبحاث الوراثية: تبين من الدراسات حول التوائم الحقيقية ومن أهم هذه الدراسات دراسة (Folstein ;Rutter)

و 10 من التوائم غير الحقيقية.

تبين من هذه الدراسات أن أربعة من أصل 11 زوجا من التوائم الحقيقية بينها ترابط

جيني بالإصابة من الأزواج بالتوحد، بينما 07 من الأزواج ليس بينهم ترابط. أما

الأزواج الغير حقيقية فليس بينهم ترابط . (Michel Gayda,Serge,2000,p91-).

(96

التشوهات الصبغية: لوحظ وجود تشوهات صبغية لدى 5% إلى 10% من الأطفال

المصابين بالتوحد ، وهذه التشوهات لوحظت في مناطق على مستوى الصبغي 15 و

مناطق الصبغيات الجنسية.

الأبحاث البيوكيمائية: اتجهت الأبحاث في هذا الميدان إلى تسلیط الضوء على الناقلات العصبية التي تعمل على نقل المعلومة، و التنبيه بين خلايا العصبية على مستوى نقاط الاشتباك العصبي .

2- نظريات المنشأ النفسي: يتجه أصحاب هذا الاتجاه إلى العوامل النفسية والأسرية فآباء الأطفال المتوحدين غالباً ما يتميزون بالصلابة والبرود والانطواء و يعانون من أمراض نفسية و ليست لديهم القدرة على ربط علاقات وجدانية عميقه ... و يعد كانر هو أول من أوحى بهذا الإفتراض. (عبد العزيز عليوي، 2015، ص 49-58)

خصائص التوحد:

قصور في التفاعل الاجتماعي، غير قادرين على إقامة و تكوين علاقات اجتماعية و المحافظة عليها، لديهم عجز في الانتباه و الفشل في القيام بالإيحاء و التلميحات الاجتماعية.

عجز لغوي لا يتكلمون إلا أنهم ينطّقون ببعض الأصوات البسيطة و يكون لديهم تكرار للأصوات المسموعة من الآخرين (خالد شريف عيسى عياش، 2014)

النشاطات النمطية المتكررة: يقضي بعض أطفال التوحد يومهم في تكرار نشاطات نمطية ملزمة من نوع واحد، وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لا نهائي.

مقاومة التغيير: يصاب معظم الأطفال بسخط شديد عند حدوث تغيير بسيط في محيطهم مثل أن يترك الباب في وضع مختلف اختلافا بسيطا جدا أو تزاح طاولة عن مكانها المعتاد أو أي تغيير بسيط في أثاث البيت.

القصور الحسي: حواس المتوحد عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فهو يميل إلى تجاهل الأصوات حتى الشديدة منها ، كما أنه لا ينجذب إلى بعض الأصوات مثل صوت احتكاك اللعب عند تحريكها أو صوت جرس الباب.

سلوك التجميع الاستحواذى: يخزن بعض الأطفال التوحد عدد وافر من الأشياء بدلا من الانغماس في نشاطات طقوسية بوضع الأشياء في صفوف لا نهاية لها.

مشاكل الأكل و النوم : ترتبط صعوبات التوحد في موضوع الأكل والنوم بمقاومتهم للتغيير، مثلا يعمد الطفل التوحيدي إلى تناول الأكل في نفس الوقت و المكان و الطاولة و بنفس الملاعق و الأطباق.

تشخيص الطفل التوحيدي : تعددت مقاييس التشخيص و من أوائل المقاييس معايير التشخيص للطفل التوحيدي عند كانر . (خالد شريف عيسى عياش، 2014)

وضع كانر قائمة من 16 معيارا، ولا بد على الأقل من وجود معيارين من (أ)

ومعيار من (ب)، ومعيار واحد من (ج). ولا تعتبر هذه المعايير متحققة إلا إذا كان السلوك شاذًا بالنسبة لمستوى نمو الطفل.

الفئة (أ):

تعبر هذه الفئة عن قصور نوعي في محصلة التفاعل الاجتماعي المتبادل، وهو يتمثل

فيما يلي:

عدم التأثر بمشاعر الآخرين يعامل الآخر كما لو كان قطعة من الأثاث.

لا يشعر الطفل بالحاجة إلى مواساة الآخرين له في وقت الضيق أو القلق، أو أنه قد يعبر عن تلك الحاجة بشكل شاذ (لا يبحث عن المواساة عندما يكون مريضا، مجروبا، أو متعبا، أو أنه يبحث بشكل شاذ مثل نطق كلمة معينة بشكل متكرر.

لا يقد الآخرين، أو يقلدهم بشكل غير معتاد، فهو لا يلوح مودعا، ولا يقلد أنشطة الأم داخل المنزل، أو يقلد الآخرين بصورة آلية. (خالد شريف عيسى عياش، 2014)

لا يلعب لعبا اجتماعيا أو يلعب بطريقة شاذة (لا يشارك بنشاط في الألعاب الاجتماعية، يفضل اللعب وحده، أو يستخدم الأطفال الآخرين كأدوات للعب).

لديه عجز كلي في القدرة على تكوين صدقات مع أقرانه، أو على المبادرة لعمل تفاعل

اجتماعي

الفئة (ب): قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وفي النشاط التخييلي، و

يتمثل فيما يلي:

لا يوجد حوار مع الآخرين ، مثل الحوار الطفولي، و التعبير الوجهى، و الإيماءات أو
اللغة المنطقية .

اتصال غير لفظي شاذ بشكل واضح مثل تجنب الاتصال البصري، و التعبير الوجهى،
وحركة الجسد و الإيماءات، لا يحب أن يحمله أحد لا ينظر للآخرين، لا يبتسم عند
اقتراب أحد منه ، لا يرحب بوالديه أو بالزوار، له نظرة محدقة ثابتة في وضع معين

(سعد رياض، 2008، ص34).

غياب النشاط التخييلي مثل لعب أدوار الراشدين، أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات،
وعدم الاهتمام بالقصص التي تتكلم عن أحداث خيالية.

شذوذ واضح في الطريقة إخراج الكلام، و يتضمن حدة الصوت أو شدته أو درجته (مثل
رتابة الصوت، أو الكلام بنغمة السؤال، أو الحديث بصوت عال.

الكلام النمطي أو تكرار الكلام.

قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين وإقامة حوار معهم . (سعد رياض، 2008،

ص34

الفئة (ج): يقوم الطفل الذي يصنف تحت هذه الفئة بعد محدود ومتكرر من الأنشطة و

الاهتمامات، كما يلي:

الحركات الجسدية النمطية مثل ثني اليدين أو التأرجح ، أو هز الرأس، أو القيام بحركات

معقدة للجسم كله.

2- الانشغال بإصرار و بشكل متواصل بأجزاء من أشياء معينة (مثل شم الأشياء أو

التحسس ملمسها بشكل مستمر) أو التعلق بأشياء غير معتادة (مثل الإصرار على حمل

قطعة من القماش)

3- القلق الواضح عند أي تغيير في البيئة المعتادة .

4- الإصرار الغير معقول على إتباع أنماط و تفاصيل محددة (مثل الإصرار على إتباع

نفس الطريق عند الذهاب للتسوق)

5- يكون لديه حدود من الاهتمامات بسيطة، أو الانشغال بشيء يتطلب اهتمام محدود

مثال يهتم فقط بوضع الأشياء ورصها، أو التظاهر بكونه شخصية خيالية.(سعد

رياض، 2008، ص43)

المراجع المستخدمة:

عبد العزيز عليوي(2015) عالم التوحد افريقيا الشرق، الدار البيضاء

سعد رياض(2008)الطفل التوحدى،دار النسر للجامعات،القاهرة

**Michel Gayda, Serge, Lebovici, Les Causes de l'autisme et
leurs traitements L'Harmattan 2000p 91-96**

المحاضرة : 06

اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي (ADHD)

1. مقدمة .

يُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي (ADHD) من أكثر الاضطرابات النمائية العصبية شيوعاً لدى الأطفال، ويستمر في كثير من الحالات إلى مرحلة الرشد. يتميز هذا الاضطراب بثلاثة محاور أساسية: نقص الانتباه، فرط النشاط، والاندفاعية، وتظهر بدرجات مختلفة تبعاً لنمط الاضطراب لدى الفرد (American Psychiatric Association, 2013).

2. تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي

يُعرف الاضطراب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 على أنه:

"نمط مستمر من نقص الانتباه و/أو فرط النشاط والاندفاعية يؤثر على الأداء الوظيفي أو النمو، ويظهر قبل سن 12 سنة في بيتين أو أكثر. (APA, 2013)

كما يُنظر إليه كاضطراب عصبي نمائي مرتبط بنضج غير مكتمل في دوائر الانتباه التنفيذية في الدماغ. (Barkley, 2015)

3. الأسباب المحتملة لاضطراب ADHD

تتعدد الأسباب، وتعمل غالباً بطريقة تفاعلية تشمل البيولوجي والوراثي والبيئي:

أ. الأسباب العصبية والبيولوجية

- اضطرابات في نشاط الناقلات العصبية مثل **الدوبامين** و **النورإبينفرين** (Biederman & Faraone, 2005).
- قصور في **قشرة الفص الجبهي** المسئولة عن الوظائف التنفيذية.

ب. الأسباب الوراثية

- تشير الدراسات إلى أن الوراثة تقسر حوالي 75% من حالات ADHD (Faraone et al., 2005).

ج. العوامل ما قبل الولادة وما بعدها

- التعرض لتدخين الأم أو الكحول أثناء الحمل.
- انخفاض وزن الولادة.
- الولادة المبكرة.

د. الأسباب البيئية

- التسمم بالرصاص.
- الضغوط النفسية الأسرية، ولكنها لا تسبب الاضطراب بل قد تزيد الأعراض.

4. تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي

أ. المعايير التشخيصية DSM-5

يُشخص اضطراب وفق 18 عرضاً موزعة على محورين:

1. نقص الانتباه (9) أعراض

2. فرط النشاط والاندفاعية (9) أعراض (

ويجب أن تظهر الأعراض:

- لمدة لا تقل عن 6 أشهر.
- قبل سن 12 سنة.
- في بيئتين على الأقل (المدرسة - البيت. ...)
- مع وجود تأثير واضح على الأداء العام. (APA, 2013)

ب. أدوات التشخيص والمقاييس

- مقياس كونرز للوالدين والمعلمين . (Conners, 2008)
- مقياس ASEBA.
- المقابلات السلوكية والملاحظة الصفيية.

ج. الفحوص الطبية المساعدة

لا يوجد فحص واحد مؤكّد، لكن قد تطلب المراكز فحوصاً لاستبعاد مشكلات سمعية أو عصبية.

5. الخصائص العامة للأطفال ذوي اضطراب ADHD.

أ. خصائص نقص الانتباه

- صعوبة المحافظة على الانتباه لفترات طويلة.
- تشتت سريع بالمؤثرات الخارجية.
- فقدان الأدوات والمواد المدرسية بشكل متكرر.

- صعوبة تنظيم المهام. (Barkley, 2015)

ب. خصائص فرط النشاط

- حركة دائمة غير هادفة.
- عدم القدرة على الجلوس في مكان واحد.
- التململ وتحريك اليدين والقدمين باستمرار.

ج. خصائص الاندفاعية

- مقاطعة الآخرين أثناء الحديث.
- اتخاذ قرارات دون تفكير.
- صعوبة الانتظار والدور.

د. الخصائص الاجتماعية والانفعالية

- حساسية تجاه النقد.
- مشكلات في المهارات الاجتماعية.
- صعوبة تكوين صداقات مستقرة. (Hoza, 2007)

ه. الخصائص الأكاديمية

- مشكلات في إكمال الواجبات.
- أخطاء غير متربة عن ضعف معرفي بل عن تسرع أو نقص الانتباه.
- تشتت في القراءة والكتابة.

6. اضطرابات اللغة لدى الأطفال ذوي ADHD

تُعد اضطرابات اللغة من أكثر المشكلات المصاحبة للاضطراب، وتشمل:

أ. اضطرابات الفهم اللغوي

- صعوبة تتبع التعليمات متعددة الخطوات.
- ضعف في فهم النصوص والحوارات.

ب. اضطرابات التعبير اللغوي

- كلام متسرّع وغير منظم.(Bishop, 2008)
- صعوبة استرجاع الكلمات المناسبة.
- تركيب جمل غير متناسق.

ج. اضطرابات التداولية(Pragmatics)

وهي الأكثر شيوعاً:

- مقاطعة الآخرين.
- صعوبة الالتزام بقواعد الحوار .
- ضعف التناوب في الأدوار الكلامية.

د. العلاقة بين ADHD واللغة

ترتبط اضطرابات اللغة بضعف في:

- الذاكرة العاملة اللفظية
- الانتباه الانتقائي
- وظائف الفص الجبهي (Bruce et al., 2006)

الأمر الذي يجعل العملية التواصلية والتعليمية أكثر تعقيداً لديهم.

7. التدخلات التربوية والعلاجية المقترحة

أ. التدخلات السلوكية

- التعزيز الإيجابي.
- جداول تنظيم المهام.
- تجزئة التعليمات إلى خطوات صغيرة.

ب. التدخلات الدوائية

- الأدوية المنبهة مثل:
Methylphenidate
Amphetamine
- وفق إشراف طبي صارم (

ج. التدخلات التعليمية

- استراتيجيات إدارة الانتباه الصفي.
- برامج تربية الوظائف التنفيذية.
- تقديم وقت إضافي للمهام.

د. التدخلات اللغوية

- تدريب مهارات التواصل التداولي.
- تقوية الذاكرة اللفظية.

• تنظيم الأفكار قبل التعبير الشفوية

المراجع

- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*.
- Biederman, J., & Faraone, S. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. The Lancet.
- Faraone, S. V., et al. (2005). *Genetics of ADHD*. Biological Psychiatry.
- Conners, C. K. (2008). *Conners Comprehensive Behavior Rating Scales*.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*.
- Bishop, D. (2008). *Developmental language disorders*. Psychology Press.
- Bruce, B., Thernlund, G., & Nettelbladt, U. (2006). ADHD and language impairment. *Journal of Attention Disorders*.

