جامعة يحي فارس المدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

مطبوعة التربية العلاجية

المقياس: التربية العلاجية

التخصص: إرشاد وتوجيه مدرسي ومهني

للسنة الثانية: ليسانس علوم تربية توجيه وإرشاد

د.ة/ **فضيلة توازي**

السنة الجامعية 2025-2026 الموافق 1447/1446هـ

أولا: التعريف بالمقياس ولمن يوجه المقياس:

التربية العلاجية: المقصود بالتربية الخاصة جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعا خاصا ومواد ومعدات خاصة، وطرائق تربوية خاصة، وإجراءات علاجية تهدف الى 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.

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 يتدرب 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 فئة من فئات ذوي الحاجيات الخاصة.

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

التفوق العقلي والموهبة الإبداعية.

الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة.

الإعاقة السمعية الكلامية واللغوية بمستوياتها المختلفة.

الإعاقة الذهنية(العقلية) بمستوياتها المختلفة.

الإعاقات البدنية والصحة الخاصة.

صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية.

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

ثانيا: المعارف القبلية المكتسبة: تشير المكتسبات السابقة لأهمية تفعيلها ضمن سياق تراكم المعرفة، ضمن تنمية الحس التخصصي الموجه لفئات اجتماعية خاصة، حيث تساهم في تحديد الفجوة بين ما يجب أن يعرفه الطالب (المعارف السابقة) وبين أدائه الفعلي الحالي. بالاعتماد على:

التذكير والمراجعة: يتم استخدامها في بداية حصص المعالجة لتنشيط ذاكرة المتعلم وإعادة ربط المعلومات الجديدة بالقديمة، مثل تذكير الطالب بقواعد الجمع قبل معالجة صعوبة في الحساب، أو تقديم أمثلة عن الأسماء والأفعال قبل معالجة الصعوبات النحوية.

اكتساب الثقة: تساعد في تمكين المتعلم من النجاح في أنشطة بسيطة تعتمد على خبراته السابقة، مما يمكنه من التكيف بمضامين المقياس وأهدافه، لتجاوز الصعوبات المعترضة ويزيد من رغبته وأرادته للتعلم والممارسة.

التدريب على التعامل والتعلم لمعالجة الاضطرابات المكتسبة والاضطرابات الأكاديمية أو السلوكية.

ثالثا: محاور المقياس، الأهداف من المقياس:

يعد مقياس التربية العلاجية من المقاييس الأساسية في تخصصات علوم التربية وعلم النفس، ولاسيما فيما يتعلق بالتربية الخاصة الموجهة لذوي الاحتياجات الخاصة، ويهدف إلى تمكين الطالب من الأدوات المعرفية والعملية للتعامل مع الفئات التي تواجه صعوبات في التعلم أو إعاقات مختلفة، كالتخلف الذهني والتوحد والاعاقات الحسية والجسدية. لهذا فإن المحاور التفصيلية للمقياس تخدم هذا التوجه، وتحتوي على تكوين نظري وممارسة عملية وتغطي المحاور التالية:

- ماهية التربية العلاجية :تعريفها، أسسها، وتطورها التاريخي.
- مفاهيم مرتبطة :التربية الخاصة، المعالجة التربوية، الدعم البيداغوجي، الاستدراك.
- فئات ذوي الاحتياجات الخاصة :التعرف على أنواع الإعاقات (ذهنية، سمعية، بصرية، حركية) وصعوبات التعلم.
- التشخيص والتقييم :محكات التشخيص، وأدوات قياس وتقييم صعوبات التعلم والسلوك.
- التعليم المكيف والبرامج :طرق تدريس وتكييف المناهج لتتناسب مع احتياجات كل فئة.
- الرعاية النفسية والاجتماعية :أساليب الدعم النفسي والتربوي .

ثانياً: الأهداف من مقياس التربية العلاجية

يسعى المقياس إلى تحقيق عدة أهداف معرفية ومهارية لدى الطالب، أهمها:

- اكتساب المعارف الأساسية :الإلمام بأهم المصطلحات والنظريات في حقل التربية العلاجية والخاصة.
- التعرف على الفئات :القدرة على تمييز فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتحديد احتياجاتهم الخاصة.
- تحليل وتفسير البرامج :تمكين الطالب من تحليل وفهم البرامج التعليمية المخصصة لكل فئة.

- اكتساب مهارات التشخيص :التعرف على محكات التشخيص والبدائل البيداغوجية والديالكتيكية للتعامل مع أخطاء المتعلمين.
- تصميم برامج التدخل :القدرة على تصميم برامج تربوية تعويضية (تدريب المهارات) لمعالجة الاضطرابات السلوكية والأكاديمية.
- الوعي بالتشريعات :معرفة الجوانب القانونية والتشريعية التي تحمي حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تطبيق التعليم الشامل :دمج فئات واسعة من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأقسام العادية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهم .

الهدف النهائي :تأهيل مربين متخصصين قادرين على تقديم "علاج تربوي" يقلل من الهدر التربوي (الإعادة والتسرب) ويضمن تكافؤ الفرص التعليمي

معلومات حول الأستاذ:

الاسم واللقب: فضيلة توازي

البريد الشخصي: tamiaf25@yahoo.com

البريد المهني: touazi.fadila@univ-medea.dz

الفهرس المحتويات

المحتويات	الصفحة من إلى
أولا: التعريف بالمقياس ولمن يوجه المقياس	02
ثانيا: المعارف القبلية المكتسبة	03
ثالثا: محاور المقياس، الأهداف من المقياس	03
رابعا: معلومات حول الأستاذ	04
المحاضرة الأولى: مفهوم التربية العلاجية، أهدافها غاياتها وفلسفتها .العلاجية	13-06
المحاضرة الثانية: دور الأسرة والمدرسة في إنجاح برامج ومخططات التربية	16-13
المحاضرة الثالثة: العوامل المساعدة على ظهور وانتشار الاعاقات	21-17
المحاضرة الرابعة: الوقاية من ظهور الاعاقات الذهنية والجسدية	29-22
المحاضرة الخامسة: تشخيص الاعاقات الذهنية والجسدية	32-30
المحاضرة السادسة: أنواع الاعاقات	54-33
المحاضرة السابعة: أنواع الاعاقات	70-54
المحاضرة الثامنة: أنواع العلاجات التربوية	71-70
المحاضرة التاسعة: بناء البرامج العلاجية	72-71
المحاضرة العاشرة: أنواع البرامج العلاجية حسب فئة الإعاقة	75-73
المحاضرة الحادي عشر: تقويم البرامج العلاجية	76-75
المحاضرة الثانية عشر: التربية العلاجية لفئة الأطفال	80-77

المحاضر الثالثة عشر: التربية العلاجية لفئة المراهقين	83-81
المحاضرة الرابعة عشر: التكفل الجماعي والتكفل الفردي بذوي الاحتياجات الخاصة	86-83
المحاضرة الخامسة عشر: تحليل ومقارنة لبعض برامج التربية العلاجية	89-86
الخاتمة النهائية	90-89
قائمة المرجع.	92-20

مقدمة:

تُعدّ التربية العلاجية من المجالات التربوية الحديثة التي تهدف إلى التكفل بالفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال تشخيص الصعوبات النمائية أو التعليمية التي يعاني منها المتعلمون، ثم تصميم برامج تدخلية فردية أو جماعية تساعد على الحد من تلك الصعوبات وتطوير قدراتهم إلى أقصى حد ممكن. وفي هذا السياق، يُستخدم "مقياس التربية العلاجية" كأداة علمية لتقدير مستوى الصعوبات أو الاحتياجات لدى الطفل أو المتعلم، وتحديد طبيعة التدخلات المناسبة له، سواء كانت تربوية أو نفسية أو علاجية.

ويعتمد هذا المقياس على مجموعة من المؤشرات المرتبطة بالجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية، مما يسمح بتقديم صورة شاملة عن وضعية المتعلم داخل الوسط المدرسي أو العلاجي. كما يساهم في توجيه المختصين (المربين، الأخصائيين النفسيين، الارطفونين) نحو إعداد برامج دقيقة تستجيب للفروق الفردية، وتضمن التكفل الفعّال بالحالات المختلفة.

المحاضرة الأولى: مفهوم التربية العلاجية، أهدافها غاياتها، فلسفتها

تمهيد:

مفهوم التربية العامة: التربية هي إعطاء الجسم والروح كل ما يمكن من جمال وكمال. التربية تهذيب القوى الطبيعية للطفل كي يكون قادرا على أن يقود حياة خلقية صحية سعيدة.

أما التربية العلاجية فهي مجال من المجالات الحديثة في التربية، تستهدف توجيه مسار العملية التعليمية عن طريق توفير بيئة تعليمية تساعد الفئة المستهدفة من استثمار قدراتها الخاصة (ذوي صعوبات التعلم، المتأخرون دراسيا، وبطيء التعلم والمتخلفون ذهنيا بمختلف أصنافهم والإعاقات الحسية والموهوبون...

إن تسمية التربية العلاجية ليست نوعا أو تخصصا في التربية بل هي مجرد خطط تستهدف العلاج والمتابعة أو نوع من التربية الخاصة.

الأهداف:

- تحليل موضوع التربية العلاجية من حيث الأهمية والمفهوم الأهداف.
- التعرف على مختلف أساليب واستراتيجيات التربية العلاجية (الاستدراك، المعالجة، الدعم لذوي الصعوبات)

أهداف التربية العلاجية:

-الحد من نسب الهدر والتسرب المدرسي.

-مساعدة المتعلمون على تجاوز صعوباتهم في الوقت المناسب لتفادي التراكم.

-تحقيق تكافؤ الفرص بين المتعلمين.

-تقليص الفوارق التعلمية.

-تسير عملية الربط بين المكتسبات السابقة والتعليمات اللاحقة

-البحث عن بدائل بيداغوجية للتعامل مع أخطاء المتعلمين.

دمج فئات واسعة من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأقسام العادية.

التربية العلاجية في المجال الصحي: تهدف التربية العلاجية إلى تمكين المرضى وعائلاتهم من اكتساب المهارات الصحية اللازمة لتحقيق التعافي والاندماج الاجتماعي إذ تساعدهم على تفهم المرض والتكيف مع العلاج والتعاون مع الفريق الصحي وتشمل التربية العلاجية للمريض جميع الأنشطة المنظمة من تحسيس وإعلام وتعليم ومرافقة نفسية واجتماعية متعلقة بالمرض والعلاج والتعامل مع الفريق الصحي.

من أهم خصائص التربية العلاجية الناجعة المركزة على المريض والاستناد إلى التكيف والاندماج في البرامج العلاجية والتطور في المضامين والأساليب والشمولية لجميع المرضى وجميع الأمراض.

تتلخص مراحل إنجازها في العيادة الخارجية في خمس محطات:

أرحب- أصغي – أطمئن – أعلم- أقيم.

تتمركزا لتربية العلاجية في المصالح الاستشفائية وتتمركز على علاج الأعضاء واستبدالها بمقاربة نفسية اجتماعية وهي خطوة أولى إلى أنسنة العلوم الصحية والمصالح من الطب والناس.

فلسفة التربية العلاجية:

تركز التربية العلاجية على توجيه تعليم مخصص للأطفال الذين يعانون م صعوبات تعلم أو إعاقات حسية، نمائية، حركية...بقصد دمجهم في المجتمع وتمكينهم من تحقيق امكاناتهم الكاملة.

وهي تقوم على قيم المساواة والتضامن الاجتماعي باعتبارها حقا أساسيا للجميع حتى مع وجود الاعاقات، وهي تسعى لتحقيق اندماج الفرد أسريا واجتماعيا بتزكية القدرات ومعالجة الصعوبات والعوائق

تشمل وظائفها تحليل القيم التربوية، توجيه السياسات التعليمية، وتبرير الاهتمام بفئات ذوي الاحتياجات ومن أهم مبادئها

1- المبادئ الإنسانية: تقوم التربية العلاجية على فلسفة الديمقراطية والمساواة، حيث تعتبر التعليم حقا أساسيا للجميع. تستمد جذورها من الفلسفة الطبيعية عند روسو، الذي أكد على حرية الطفل وتلبية احتياجاته الطبيعية.

2- الركائز الأخلاقية: تشمل التنمية الروحية والعقلية مع الاهتمام بالتربية الأخلاقية لتزكية النفس. كما تعتمد مبادئ عملية مثل التعويض، التثبيت والتعزيز مع احترام وتيرة التعلم الذاتية لكل فرد.

التربية العلاجية في مجال التربية والتعليم: جهاز بيداغوجية يقوم بطريقة بعدية وبناء على بيانات ومعلومات يستخرجها المصحح من إنتاج المعلم على تقديم حلول قصد تجاوز خلل ما في التعلم.

موضوعها: تدخل تعليمي يستقصي ويحدد ويتناول نواحي القوة والضعف في النمط التعليمي.

تتضمن أهداف العلاج تقدير الذات، وتحسين عمليات التعلم وتطوير استراتيجيات التعلم ومساعدة الطفل على الإحساس بالراحة والاطمئنان في بيئة التعلم التي تحيط به.

الفرق بين المعالجة والدعم والاستدراك:

الدعم البيداغوجي: يرافق التعلم ويهدف إلى اجتناب القيام بعمليات أخرى بعد الدرس لأنه لا ينتظر حتى يحصل التأخر ليتم التدخل، وهو يوجه إلى تحسين النتائج المدرسية ودعم مكتسبات التلميذ وترقية أدائهم من خلال التدرب على وضعيات تقييمية.

الاستدراك: يخص جماعة من التلاميذ الذين أظهروا نقائص بعد وصلة تعليمية قصيرة، ومن المروض أن هذه الجماعات لا تكون نفسها دوما لإلحاق الذين يعانون من نقص بزملائهم.

المعالجة: ترتبط بالمعنى الطبي وهي بذلك توحي بالفحص – التشخيص، تحديد الأسباب والعلاج والتكهن وهي فعل وقائي من الفشل لكون التشخيص يتدخل بمجرد ظهور صعوبات التعلم وفي الوقت نفسه هي عملية تصحيحية لكونها تعالج الأسباب وتستثير كل العوامل (التلميذ، المدرسة، الوسط الاجتماعي) وهي أيضا موحدة مع التعلم على عكس الاستدراك الذي يأتي بعده.

أنواع المعالجة: ثمة أربعة أنواط من المعالجة التي تورد في المراجع، وهي تتراوح بين المعالجة البسيطة إلى المركبة والعميقة.

معالجة تعتمد التغذية الراجعة.

معالجة تعتمد على الإعادة والأعمال الإضافية.

معالجة تعتمد استراتيجيات تعلم بديلة.

معالجة تعتمد تدخل أطراف خارجيين (في المدرسة أو خارجها، الأولياء مثلا)

1- التغذية الراجعة: تتمثل في تزويد المتعلم بمعلومات أو البيانات عن سير أدائه بشكل مستمر من أجل مساعدته على تعديل ذلك الأداء.

2- معالجة تعتمد على الإعادة والأعمال الإضافية: تقوم على مراجعة مضامين معينة من التعلم، معالجة تستهدف مراجعة الموارد المستهدفة غير المكتسبة، بدعمها أو إعادة تعلمها، وتقوم على إنجاز تمارين إضافية من قبل المتعلم تتصل بمضامين محددة لدعم المفاهيم المدروسة وتركيزها.

3- معالجة تعتمد استراتيجيات تعلم بديلة: تقوم على اعتماد طرائق تربوية قصد إرساء الموارد المستوجبة المتعلقة بمضامين معينة.

4- معالجة تعتمد تدخل أطراف خارجيين: مختصون في تقويم النطق أو أطباء عيون وأطراف خارج المؤسسة (مختصون في تقويم النطق أو أطباء العيون أو السمع) لتصحيح اضطراب في السلوك أو خلل في التعلم مثل النطق أو البصر أو التعبير أو عسر القراءة.

متى يحتاج الطفل إلى تعليم علاجي: يرغب كل الأطفال في النجاح في المدرسة، لكن عندما يستمر الطفل في صراعه مع التعلم لا بد من تدخل الآباء والمدرسين لتقييم الأطفال والكشف عن المشكلات التي لا يستطيعون التغلب عليها حتى في حالة نموهم، حيث تتطور مشكلات التعلم إلى مشكلات اجتماعية وانفعالية (سلوكية)

مفهوم التعليم المكيف:

لغويا: جاء مصطلح التكيف من الكيف أي الحال، كيف أنت يعني كيف حالك؟

اصطلاحا: هو نوع من التعليم الذي هيأ بكيفية تتناسب ووتيرة أو قدرات فئة معينة من المتعلمين المتأخرين دراسيا والمتفوقين أو الموهوبين.

التعريف الإجرائي للتعليم المكيف: حسب المناشير الوزارية المتعلقة بالتعليم المكيف هو نوع من التعليم العلاجي يوجه إلى التلاميذ الذين أظهروا عجز شاملا في التحصيل الدراسي وتأخر سنتين دراسيتين عن زملائهم.

1- التأخر الدراسي: يعرف التأخر الدراسي بأنه حالة تأخر أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية، جسمية، اجتماعية، انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط.

كما يعرفه (زهران وآخرون 1975) على أساس الدرجات التي يتحصل عليها التلميذ في الاختبارات في جميع المواد (تخلف دراسي عام) .

تربط (هيرلوك) التأخر الدراسي بمدى استمرار يته مع التلاميذ وتقسمه إلى أربعة أنواع من التأخر على النحو التالي:

التأخر الدراسي العام.

التأخر الدراسي الخاص.

تأخر دراسي دائم: حيث يقل تحصيل التلميذ في مستوى قدراته على فترة طويلة من الزمن.

تأخر دراسي موقفي: وهو تأخر يرتبط بمواقف معينة حيث يقل تحصيل التلميذ عن مستوى قدرته نتيجة مروره بخبرات سيئة مثل وفاة أو المرور بخبرات انفعالية صعبة.

2- البطيء التعلمي: يطلق اصطلاحا على كل طفل يجد صعوبة في مواءمة نفسه للمناهج المدرسية بسبب قصور بسيط في ذكائه أو في قدرته على التعلم، وتكون نسب ذكائهم بين 80-74 درجة.

كما وضع كل من كمال مرسي (1986)، فوزية حداد (1990) ، اكريمان (1996) مصطلح بطيء التعلم تحت مصطلح الضعف العقلي الخفيف.

بطء التعلم هو كل طفل لا يكون قادرا على مجاراة الآخرين من زملائه في التحصيل العلمي و المعرفي لأسباب نفسية، اجتماعية، عقلية.

ويطلق أحيانا هذا المصطلح على المتأخرين القابلين للتعلم، أو الضعف العقلي الخفيف ممن تتراوح نسبة ذكائهم مابين 75-85.

3- صعوبات التعلم: اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة واستخدامها سواء أكانت ذلك قراءة أو كتابة ويظهر الاضطراب على شكل عجز في الاستماع، الكلام، القراءة، الكتابة، التهجئة، الحساب.

تعريف كيركKirk (1992) وهو من التعاريف الأولى المعتمدة لصعوبات التعلم وهي: تشير صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطراب أو تعطل في النمو في واحدة أو أكثر من عمليات التحدث والتخاطب أو اللغة أو القراءة أو الكتابة أو الحساب، ينتج عن إعاقة نفسية تنشأ عن كل من واحد على الأقل من هذين العاملين و هما اختلال الأداء الوظيفي للمخ ، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ولا تنتج صعوبات التعلم في الواقع عن التخلف العقلي أو الإعاقة الحسية أو العوامل الثقافية أو التعليمية أو التدريسية.

الفرق بين كل من بطيء التعلم /التأخر الدراسي وصعوبات التعلم.

ترتبط جميع هذه المصطلحات بضعف التحصيل، حيث يعتبر القاسم المشترك ومن جملة الاختلافات نورد:

- جانب التحصيل الدراسي:

1- طلاب صعوبات التعلم/ منخفض في المواد التي تحتوي على مهارات التعلم الأساسية (الرياضيات، القراءة، الإملاء).

2- بطيئو التعلم: منخفض في جميع المواد بشكل عام مع عدم القدرة على الاستيعاب.

3- المتأخرون دراسيا: منخفض في جميع المواد أو بعضها مع إهمال واضح، أو مشكلة صحية.

- سبب تدني في التحصيل الدراسي:

1-صعوبات التعلم/ اضطراب في العمليات الذهنية انتباه- ذاكرة- تركيز- إدراك.

2-بطء التعلم/ انخفاض معامل الذكاء.

3- التأخر الدراسي/ عدم وجود دافعية للتعلم

- جانب معامل الذكاء: (القدرات العقلية):

1-صعوبات التعلم/ عادي مرتفع أو مرتفع من (90) درجة فما فوق وفي الغالب متوسطي الذكاء فأعلى 100د.

2- بطء التعلم/ يعد ضمن الفئة الحدية معامل الذكاء (84/70) د.

3- التأخر الدراسي/ عادي غالبا من (90) فما فوق.

- جانب المظاهر السلوكية:

1- صعوبات التعلم/ عادي أو يصاحبه نشاط زائد.

2- بطء التعلم/ يصاحبه غالبا مشاكل في السلوك التكيفي/مهارات الحياة اليومية/ التعامل مع الأقران/ التعامل مع مواقف الحياة اليومية/ حل المشكلات.

3- التأخر الدراسي/ مرتبط غالبا بسلوكيات غير مرغوب فيها أو إحباط دائم من تكرار تجارب الفشل.

- الخدمات العلاجية المقدمة لكل فئة:

1- صعوبات التعلم: برامج صعوبات التعلم والاستفادة من أسلوب التدريس الفردي.

2- بطيئو التعلم : الفصل العادي مع بعض التعديلات في المنهج.

3- المتأخرون دراسيا: دراسته من قبل الموجه التربوي.

- استراتيجيات تحسين عملية التعلم نقاط التالية:

اعتمدت دراسة دن (Dunn,1995) والتي استخدم فيها أسلوب المعالجة المعرفي الفعال Active cognitive processing stile والذي يركز على تدريبات عملية للمتأخرين دراسيا من خلال النقاط التالية:

سلامة السمع -2 الرؤية الجيدة- 3 تحديد طرق الاستذكار (فردية، زوجية، فريق متعاون متكامل)

تحديد وقت الاستذكار الجيد.

استخدام التعليم بالكمبيوتر للتدعيم الفعال.

التركيز على التعليم متعدد الثقافات.

تقديم النصح والإرشاد عند الضرورة.

التركيز على استخدام القدرات العقلية المتعددة.

وقد قدمت الرابطة الأمريكية لصعوبات التعلم برنامجا لمساعدة المتأخرين دراسيا لزيادة التحصيل لديهم ويتلخص البرنامج في خمس خطوات هي:

- فهم أسباب التأخر الدراسي ومشاكل التعلم.

- و يرجع ذلك إلى أربعة أسباب شائعة:

- افتقاد التعليم / فقر التعليم

- الراحة

- الوراثة.

- افتقاد مهارات التعليم الأساسية.

تعلم المهارات اللازمة لتحسين مهارات التعلم: ويتضمن تدريبات علاجية لتحسين المهارات اللازمة للتعلم والتي تساعد على زيادة الانتباه والتركيز من خلال طرق التدريس المختلفة:

- الأدوات: ألعاب فيديو - إرشاد مصغر -تغذية مرتدة طرق التدريب الفردية

- مدة التدريب: يستمر 10 أسابع بواقع 6 ساعات أسبوعيا.

– محتوى التدريب: مثل القراءة تشمل كل من القدرة على ابتكار الصورة العقلية، التخيل قراءة وسلامة القراءة والميل إلى المادة المقروءة وهنا نركز على نظام المعالجة الصوتي. يتضمن تدخل المرشد للإجابة على الأسئلة التي تتعلق بمشكلة انخفاض مستوى التحصيل الدراسي للتلاميذ كما يلي :

1– هل للتلميذ مشكلة في التعلم.

2 –هل التدريب سوف يساعد على تحسين هذه المهارات

3 – استخدام التغذية الراجعة ومدى فعاليتها.

البرامج الموجهة لتحسين مفهوم الذات للمتأخرين دراسيا:

المنحنى العلاجي: يركز هذا البرنامج على تحسين مفهوم الذات من خلال الإجابة على السؤال التالي:

كيف يتقب–ل الفرد قدراته وقيمه وتقديره لذاته.

يستخدم المرشد النفسي الخطوات التالية لذلك.

استرجاع النجاح.

ترتيب الأحداث الزمنية، الأحداث الهامة في حياته واختيار 5 هامة منها ووضع كل حادث في كارت خاص ثم يطلب من التلميذ ترتيبها حسب حدوثها.

– مشاركة النجاح.

– يطلب من كل تلميذ غلق عينيه ثم يعبر عن مشاعره.

– المنحنى الثالث: إرشادي مدرسي: له ثلاث مجالات، نمو أكاديمي – نمو المهني – النمو الشخصي والاجتماعي.

الإستراتيجيات العلاج مع ذوي بطء التعلم: تقف الإجراءات إلى محتوى متكامل ومتسلسل متوقف على إمكانات الطفل وقدراته العقلية:

– الخطوة الأولى: ملاحظة الصعوبات التي تعترض تلميذ.

– الخطوة الثانية: استمرارية هذه الصعوبات فيقوم المعلم بتحليلها من الناحية الاجتماعية والنفسية.

الخطوة الثالثة: تقييم الحاجيات وحصر جوانب القوة والضعف.

الخطوة الرابعة: الاتصال بإدارة المؤسسة وإقامة جسر تشاور بين المعلم، الإدارة والأسرة.

الخطوة الخامسة: وضع خطة علاجية حسب كل حالة.

االخاتمة:

تقوم فلسفة التربية العلاجية على مبدأ أساسي مفاده أن كل متعلم قابل للتعلم إذا توفرت له الظروف المناسبة، وأن الفروق الفردية ظاهرة طبيعية يجب احترامها واستثمارها. كما ترتكز على:

شمولية النظرة للطفل باعتباره وحدة نفسية–اجتماعية–معرفية .

التكفل المبكر بدل الانتظار والتأخر في العلاج .

التعاون بين مختلف المتدخلين (المربي، الأخصائي النفسي، الأرطفونيا، الأسرة) .

اعتماد التدخل الفردي والجماعي حسب طبيعة الحاجات .

يمكن القول إن التربية العلاجية هي منظومة تدخل تربوي–علاجي متكامل، تهدف إلى دعم المتعلمين ذوي الصعوبات، ليس فقط لعلاج الخلل، بل لبناء شخصية متوازنة قادرة على التعلم والاندماج والتكيف داخل المجتمع. وتبرز أهمية مقياس التربية العلاجية في كونه أداة تشخيص وتوجيه في آن واحد، إذ لا يقتصر على وصف الصعوبات فقط، بل يساعد أيضًا في بناء خطط علاجية مبنية على أسس علمية، تضمن تحسين الأداء التربوي والتكيف النفسي والاجتماعي للمتعلم داخل البيئة التعليمية.

أسئلة تقويمية:

- ما الغاية القصوى من التربية العلاجية، هل هو دمج المتعلم في النظام التربوي العادي أو إعادة هيكلة البيئة التعليمية؟
- ما أهم أساليب الممكن استخدامها مع ذوي صعوبات التعلم؟

المحاضرة الثانية: دور الأسرة والمدرسة في إنجاح برامج ومخططات التربية العلاجية

تمهيد:

تُعدّ التربية العلاجية من أهم المداخل التربوية الحديثة التي تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الصعوبات النمائية، وصعوبات التعلم، والإعاقات المختلفة على تجاوز عوائق النمو والتعلم، وتحقيق أقصى ما تسمح به قدراتهم. غير أن نجاح البرامج والمخططات العلاجية لا يرتبط فقط بجودة التشخيص أو كفاءة الأخصائيين، بل يتوقف بدرجة كبيرة على تكامل أدوار كل من الأسرة والمدرسة في تنفيذ هذه البرامج ومرافقتها.

الأهداف:

- الوقوف على أهمية دور الأسرة في نجاعة برامج مخططات التربية العلاجية.

- إشراك الاسرة في نقل المهرة من غرفة التدريب إلى أرض الواقع، ومدى توفر فرص تدريبة داخل المنزل، تعكس ما يوجد في البرامج العلاجية.

دور الأسرة في التربية العلاجية:

تلعب الأسرة دورًا محوريًا في إنجاح التربية العلاجية، باعتبارها البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل، والمجال الأكثر تأثيرًا في نموه النفسي والانفعالي والاجتماعي. فالتقبل الأسري لحالة الطفل يمثل الخطوة الأولى نحو نجاح أي برنامج علاجي، إذ إن الإنكار أو الرفض قد يعرقل التدخل المبكر ويؤدي إلى تفاقم الصعوبات. كما تُسهم الأسرة في توفير الاستقرار النفسي والدعم العاطفي، مما يعزز دافعية الطفل للتعلم والتجاوب مع الأنشطة العلاجية.

إضافة إلى ذلك، تُعد مشاركة الأسرة الفعلية في تنفيذ الأنشطة العلاجية المنزلية عنصرًا أساسيًا في استمرارية التعلم. فالبرامج العلاجية لا تقتصر على الجلسات داخل المراكز أو المدارس، بل تمتد إلى الحياة اليومية للطفل. وعندما يلتزم الوالدان بتطبيق التوجيهات الصادرة عن الأخصائيين، مثل تمارين النطق أو أنشطة تنمية الانتباه والمهارات المعرفية، فإن ذلك يساهم في تعميم التعلم وتسريع وتيرة التقدم العلاجي.

من جهة أخرى، تضطلع المدرسة بدور أساسي في إنجاح برامج التربية العلاجية، بوصفها الفضاء المنظم للتعلم والتنشئة الاجتماعية. فالمدرسة مسؤولة عن الكشف المبكر عن الصعوبات التي يعاني منها التلاميذ، من خلال الملاحظة الصفية، والتقويم التربوي، والتنسيق مع الأخصائي النفسي أو الأرطفوني. ويساعد هذا الكشف المبكر على التدخل في الوقت المناسب، مما يقلل من الآثار السلبية للصعوبات على المسار الدراسي للطفل.

كما تُسهم المدرسة في تكييف المناهج وطرائق التدريس بما يتلاءم مع حاجات المتعلمين، من خلال اعتماد خطط تربوية فردية، واستخدام استراتيجيات تعليمية علاجية تراعي الفروق الفردية. ويُعد المعلم عنصرًا محوريًا في هذا السياق، إذ يتطلب منه الأمر فهم خصائص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والتعاون مع فريق متعدد التخصصات لضمان انسجام الأهداف التربوية والعلاجية.

ولا يمكن الحديث عن نجاح التربية العلاجية دون التأكيد على أهمية الشراكة بين الأسرة والمدرسة. فالتواصل المستمر وتبادل المعلومات حول تقدم الطفل، وصعوباته، وطرق التعامل معه، يضمن وحدة التدخل وتكامل

الجهود. وعندما تعمل الأسرة والمدرسة وفق رؤية مشتركة، يصبح الطفل محاطًا بمنظومة دعم متماسكة تعزز فرص نجاح البرامج العلاجية وتحقيق الأهداف المرجوة.

إن التربية العلاجية عملية تشاركية لا تنجح إلا بتكامل الأدوار بين الأسرة والمدرسة، إلى جانب المختصين. فكلما كانت الأسرة واعية بدورها، والمدرسة ملتزمة بمسؤولياتها التربوية والعلاجية، كلما زادت فعالية البرامج والمخططات العلاجية، وانعكس ذلك إيجابًا على نمو الطفل وتكيفه النفسي والاجتماعي والدراسي. تُعدّ برامج المتابعة والتوعية امتدادًا عمليًا لبرامج التربية العلاجية، إذ تهدف إلى ضمان استمرارية التدخل، وتقويم نتائجه، وترسيخ الوعي لدى الأسرة والمدرسة والمجتمع حول حاجات الأطفال ذوي الصعوبات النمائية والاضطرابات المختلفة. ويُسهم الأخصائيون التربويون والنفسانيون والأرطفونيون بدور أساسي في هذه البرامج، من خلال أدوار تكاملية تجمع بين التشخيص المستمر، والدعم، والإرشاد، والتحسيس.

دور الاخصائيين في المتابعة النفسية والتربوية:

يتمثل دور الأخصائي التربوي في برامج المتابعة في مراقبة تطور الأداء الدراسي والمهارات الأكاديمية لدى الطفل، وتقييم مدى فاعلية التكييفات البيداغوجية المعتمدة. كما يعمل على مراجعة الخطة التربوية الفردية وتعديلها وفق تقدم الطفل أو ظهور صعوبات جديدة. وفي مجال التوعية، يساهم الأخصائي التربوي في توجيه المعلمين والأولياء إلى الأساليب التعليمية المناسبة، ونشر ثقافة احترام الفروق الفردية، والحد من الممارسات التربوية التي قد تعيق التعلم أو تؤدي إلى الإقصاء المدرسي.

أما الأخصائي النفساني، فيضطلع بدور محوري في برامج المتابعة النفسية، حيث يركز على تتبع التوازن الانفعالي والسلوكي للطفل، ورصد مظاهر القلق، أو الاكتئاب، أو ضعف تقدير الذات التي قد ترافق الصعوبات أو الإعاقة. كما يقدّم الدعم النفسي والإرشاد الأسري، ويساعد الأولياء على فهم تطور الحالة النفسية لأبنائهم. وفي إطار التوعية، يعمل النفساني على نشر الوعي بأهمية الصحة النفسية، ومخاطر الوصم الاجتماعي، وضرورة اعتماد أساليب تربية إيجابية داعمة لنمو الطفل.

في حين يتمثل دور الأخصائي الأرطفوني في برامج المتابعة في تتبع تطور المهارات اللغوية والتواصلية، وتقييم مدى تحسن النطق، والفهم، والتعبير الشفهي أو الكتابي. كما يقوم بتعديل الأهداف العلاجية وفق استجابة الطفل للتدخل الأرطفوني. أما في مجال التوعية، فيسهم الأرطفوني في تحسيس الأسرة والمعلمين بأهمية التواصل اللغوي السليم، ودور البيئة الأسرية والمدرسية في دعم النمو اللغوي، إضافة إلى توضيح العلامات الدالة على اضطرابات النطق واللغة وضرورة التدخل المبكر.

وتبرز أهمية التنسيق بين هؤلاء الأخصائيين في برامج المتابعة والتوعية، إذ يسمح العمل ضمن فريق متعدد التخصصات بتبادل المعطيات، وتوحيد الرؤية العلاجية، وضمان استمرارية التكفل. كما يُسهم هذا التنسيق في تقديم توعية شاملة لا تقتصر على جانب واحد من نمو الطفل، بل تشمل الأبعاد التربوية والنفسية واللغوية في آن واحد.

خاتمة:

إن برامج المتابعة والتوعية تمثل ركيزة أساسية لضمان فعالية التربية العلاجية، ولا يمكن تحقيق أهدافها دون الدور المهني المتكامل للأخصائيين التربويين والنفسانيين والارطفونين. فكلما كانت المتابعة منتظمة، والتوعية قائمة على أسس علمية، كلما تحسنت جودة التكفل، وارتفعت فرص إدماج الطفل وتكيفه النفسي والاجتماعي والدراسي.

أسئلة تقويمية:

- إلى أي مدى يبرز دور الاسرة في إنجاح البرامج العلاجية؟
- ما هو دور المدرسة في تحقيق مبدأ الفروق الفردية وتكافؤ الفرص للفئات الخاصة؟
- ما هي متطلبات إنجاح البرامج التعليمية في أوساط المراكز النفسية التربوية أو الأقسام المدمجة؟



- الأسباب الوراثية المنتقلة من جيل إلى جيل آخر، عن طريق الجينات الموجودة على الكروموسومات في الخلايا،قد تنتقل إلى أجيال لاحقة، فكل خلية في الجسم هي عبارة عن أرشيف يحفظ كل صفات الإنسان والكروموسومات هي وحدة البناء لهذه الخلايا، كما أ تتكون في معظمها من المادة الوراثية الـ DNA المسؤولة عن نقل الصفات الوراثية عبر الأجيال.
- إذا ورث الإنسان 46 كروموسوماً في حالة طبيعية ومن دون عيوب، وإذا لم تتعرض البويضة الملقحة أو الجنين في ما بعد إلى عوامل خارجية مضرة فإن المولود يكون طبيعياً.
- من الممكن أن يتسبب اختلال الجينات إلى قصور في التمثيل الغذائي للفرد فيؤثر ذلك في النمو الطبيعي لدماغ الجنين
- قد تحدث تغيّرات مرضية تلقائية تطرأ على المورثات أو الجينات التي تحملها الكروموسومات وذلك أثناء انقسام الخلية تتسبب في إعاق للجنين.


أولا:الأسباب الوراثية
أنا جبان
بنوني
أسباب الإعاقات
ثانيا:الأسباب البيئية : و
تنقسم إلى ثلاثة أسباب
ما قبل الولادة
أثناءالولادة
ما بعد الولادة





بإختصار، يعتبر زواج الأقارب المنتشر في مجتمعاتنا هو من أكبر المسببات لحدوث الإعاقات لذلك من الضروري دراسة التاريخ الأسري للزوجين في مثل هذه الحالات.

لاحظات مهمة:

- تزيد نسبة إحتمال الإصابة بالإعاقة في حالات زواج الأقارب، فالأمراض الوراثية هي عبارة عن خلل في الجينات والكروموسومات مثل (متلازمة داون).
- بالنسبة للعوامل الجينية غير المباشرة تحدث الإصابة بها نتيجة لانتقال الأمراض أو الخلل والاضطرابات الجينية، كأمراض السكري، و النقص الوراثي في إفرازات الغدّة الدرقية الذي يؤدّى إلى نقص النمو الجسمي والعقلي،و غيرهم...




الأسباب البيئية
ما قبل الولادة
أثناء الولادة
ما بعد الولادة
و هي تؤثر على المولود و تسير مع العوامل الوراثية في علاقة تفاعلية و تبدأ من الحمل حتى الوفاة.


أسباب ما قبل الولادة و أهمها
تعرّض الأم للصدمات وتلوّث الهواء أو الماء
العمليات القيصرية ومحاولة الإجهاض باستعمال الأدوية والطرق الشعبية
وضع الجنين بشكل خاطئ في الرحم، اختناق الطفل نتيجة نقص الأوكسجين، تسمم الحمل، ارتفاع ضغط الدم، فقر الدم والنزيف أثناء الحمل
تعرّض الأمّ للأشعة السينية (x ray)خلال الحمل أمر خطير ، لذلك يوجد بديل و هو عبارة عن أجهزة حديثة كجهاز الأمواج فوق الصوتية(ultra sound) يعطي الطبيب معلومات عن الجنين واضطرابات الحمل، وهو أكثر سلامة من استخدام أشعة (x) أو ما شابهها
ولادة الطفل قبل الموعد الطبيعي أو انخفاض وزنه لحظة الولادة بشكل ملحوظ



خاتمة:

من خلال المخططات السابقة يتبين لنا العوامل الأساسية في ظهور مختلف الاعاقات سواء كانت نمائية عصبية أو حسية أو حركية، مما يتطلب عناية فائقة بإدراكها من قبل الاولياء والأسرة والمصالح الاستشفائية لمرحلة قبل الزواج والارتباط الأسري –الوراثة والعوامل الجينية، وخلال فترة الحمل وأثناء وما بعدها من رعاية اسرية وصحية.

أسئلة تقويمية:

- حدد أسباب الاعاقات داخلية وخارجية المنشأ؟
- حدد نوع الإعاقة المرتبطة بالأسباب النمائية العصبية؟

المحاضرة الرابعة: الوقاية من ظهور الإعاقات الذهنية والجسدية

تمهيد:

مفهوم الوقاية على أنها" مجموعة من الاجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف دون / أو الاقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية والحد من الاثار المترتبة على حالات العجز بهدف اتاحة الفرص للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئة بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرص لتحقيق حياة أقرب إلى حياة العاديين، وقد تكون تلك الاجراءات والخدمات ذات طابع طبي او اجتماعي او تربوي أو تأهيلي.

وتبدو أهمية الوقاية من الاعاقة في تجنب الكثير من الاثار النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تحدث للفرد المعاق ولذويه، ومن هنا جاء اهتمام كافة الجهات والقطاعات ذات العلاقة ببرامج الوقاية من الاعاقة خاصة.

الأهداف:

- التعرف على مستويات الوقاية (أولية، ثانوية، نهائية).
- الكشف والتشخيص المبكر لرصد الصعوبات والحد من تفاقمها.
- تفعيل اعتماد البرامج الوقائية في المجال الاجتماعي (الصحة، التضامن) للحد من تزايد الاعاقات.

الاجراءات الوقائية: لمنع حدوث حالات اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام وذلك من خلال عرض للأسباب التي يمكن تجنبها مثل:

- فقدان السمع.
- اضطرابات نمو / تشوه الاسنان.
- الالتهابات المزمنة.
- معظم انواع الاعاقة العقلية.
- الاصابات.

- الامراض المعدية والحصبة والنظافة.
- التدخين.
- لعقاقير والادوية والكحول.

العوامل الجينية:

العوامل الاسرية.

العوامل الثقافية.

أشكال فقدان السمع:

- تلف الدماغ الي يرجع إلى اسباب الولادة المبكرة والتسمم.
- الضغط النفسي.

الإجراءات التي يمكن اتخاذها للوقاية من الاعاقة البصرية:

- العلاج الطبي لمنع حدوث الاعاقة البصرية.
- الارشاد الجيني وخاصة في حالات زواج الاقارب.
- الاهتمام بالتغذية.
- تخفيف نسبة السكر في الدم للأطفال المصابين بالسكر.
- إجراءات السلامة العامة والابتعاد عن الآلات الحادة والحوادث والإصابات المباشرة للعين.

الإجراءات التي يمكن اتخاذها للوقاية من الاعاقة السمعية:

العلاج المبكر لمنع حدوث الاعاقة السمعية.

- تجنب الالتهابات والأسباب المؤدية لها وخاصة اذا ما تم تشخيصها وعلاجها في الأعمار المبكرة.
- العلاج الطبي للأسباب المتعلقة بالإصابة التوصيلية للأذن الوسطى،
- التشخيص المبكر وعلاجه طبياً او تربوياَ.
- الاهتمام بالأعراض المبكرة لاحتمال الاصابة بالإعاقة السمعية.

الإجراءات التي يمكن اتخاذها للوقاية من الاعاقة الحركية والصحية:

- استخدام احزمة الامان في السيارة.
- استخدام اغطية الرأس الواقية.
- اتباع ارشادات السلامة للغطس في الماء .
- اتباع ارشادات السلامة عند السباحة .
- استخدام ادوات الطفو فوق الماء .
- منع استخدام الاسلحة ادوات الرياضة.
- حفظ المواد السامة بعيدا عن الاطفال.
- التطعيم ضد الامراض.
- الاهتمام بتغذية الام الحامل.

الإجراءات التي يمكن اتخاذها للوقاية من المصابين بشلل دماغي شديد :

- الاهتمام بالأم الحامل صحياَ وتثقيفها صحياً .
- العناية بالحوامل المعرضات اكثر من غيرهن مضاعفات الحمل والولادة.
- تلقيح الفتيات ضد الحصبة الالمانية الزاميا في سن 11-21 سنة.
- التشخيص المبكر.
- التدخل المبكر صحياً وتربوياً.

نشر الوعي الاجتماعي للوقاية من الإعاقة:الوقاية من الإعاقة أمر قابل للتحقيق في نسبة كبيرة من الحالات إذا توفر الوعي وتم الحد من الاهمال والجهل. فأسباب الإعاقات أصبحت مفهومة بشكل أفضل في عالم اليوم. وتتناول هذه الورقة أهمية نشر الوعي كإحدى استراتيجيات درء مخاطر الإعاقة والحد من تفاقم الاعتلال والعجز.

نقاط ينبغي مراعاتها عند تنفيذ برامج التوعية:

- مخاطبة افراد المجتمع المحلي بلغة يفهمونها ويقبلونها

- اعداد مادة التوعية بطريقة تلفت الانتباه.
- الاستفادة من تجارب وخبرات بعض الافراد المعوقين وأسرهم.
- انتقاء المفردات بدقة وعرض المعلومات بإيجاز.
- تعريف الافراد بمصادر الدعم في المجتمع المحلي.
- احترام تقاليد المجتمع المحلي وعادات.
- عدم استخدام الاساليب التي تستثير الذعر او النفور.
- تقييم فاعلية البرامج وتطويرها في ضوء المعلومات المتوفرة.
- تشكيل لجنة وطنية للوقاية من الاعاقة لتتحمل مسؤوليات التخطيط والتنفيذ، والتنسيق، والدراسات والبحوث، والمتابعة والتقييم. وربما يكون من الضروري انشاء فروع لمثل هذه اللجنة في مختلف المناطق

العناصر الوقائية: ويمكن ايضا اعادة التفكير برسالة وفلسفة بعض المراكز او المؤسسات القائمة بحيث تصبح اكثر شمولا لتتضمن عناصر وقائية. والامثلة كثيرة على المراكز والمؤسسات والمعاهد والادارات التي تستطيع عمل ذلك.

أساليب مقترحة لنشر الوعي التلفزيون، والراديو، والانترنت، الصحف، المجلات، الملصقات في المدارس، المستشفيات، المراكز، اماكن التسوق، الجامعات، المحاضرات، الندوات، اشرطة الفيديو التعليمية، تقديم، الاستشارات عبر الهاتف، الفاكس، البريد الالكتروني، استضافة شخصيات مرموقة في المجتمع المحلي، المواد الدراسية في المدارس والكليات والجامعات.

طرق الوقاية من الإعاقة: تتضح صور الوقاية من الإعاقة في ضوء المستويات التالية

المستوى الأول : الوقاية الأولية: وهي جملة من الاجراءات تهدف إلى الحيلولة دون حدوث نقص السمع أو الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة، وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية المعروفة.

المستوى الثاني: وهي جملة من الاجراءات التي تسعى لمنع تطور حالات الضعف إلى عجز وذلك من خلال الكشف والتدخل العلاجي المبكر.

المستوى الثالث: وتشمل الوقاية في هذا المستوى التخفيف من تأثيرات حالة العجز أو الإعاقة على الفرد ، فهذا المستوى يتم تنفيذه بعد حدوث العجز وتطور الاعاقة.

البرامج الوقائية:

1-برنامج الإرشاد الجيني : ويتضمن هذا البرنامج مساعدة الاباء والامهات الذين هم في مقتبل الزواج أو الذين حدثت لديهم حالات الإعاقة – على معرفة بعض المعلومات ذات العلاقة مثل العوامل الوراثية وأثرها على الإعاقة.

2-برنامج العناية الطبية أثناء الحمل: ويتضمن هذا البرنامج مساعدة الأمهات الحوامل وتوعيتهن حول العوامل التي تؤثر على إنجاب أطفال معاقين وتتجنب ذلك ما أمكن، مثل التغذية السليمة وتوعية إلام بالأمراض التي تصيب الحامل بسبب التعرض للأشعة أو تناول العقاقير وتجنب الضغوط النفسية.

3-برنامج توعية الأمهات حول السن المناسب للحمل.

4-برنامج توعية الأمهات حول التطعيمات

5-برنامج توعية الأمهات للحد أو التقليل من فرص الولادة المبكرة.

6-برنامج توعية الأمهات حول أهمية التدخل المبكر: وذلك بتوعية الأم بمظاهر الإعاقة التي قد تحدث مثل كبر أو صغر الدماغ أو التأخر في مظهر من مظاهر النمو.

7-برنامج توعية الأسر حول موضوع زواج الأقارب. وخاصة الأسر التي لديها إعاقات

8 -برنامج تعميم مراكز الأمومة والطفولة.

9-برنامج تدريب القابلات غير المؤهلات: وذلك بعقد الدورات التدريبية للقابلات حول الطرق السليمة للتوليد

10-برنامج توعية الأسر حول موضوع السلامة العامة: مثل الاستخدام الأمثل للأدوات الكهربائية والحادة واسطوانات الغاز وغيرها من الأدوات المنزلية.

دور الأسرة في الكشف المبكر: إن الاكتشاف المبكر للإصابة ليس المقصود منه اكتشافها فقط، ولكن المقصود اكتشافها في أقرب وقت ممكن عقب الإصابة مباشرة وذلك قبل أن تترك أثارها السلبية في إعاقة قدرات الطفل ومهاراته.

والأسرة تلعب الدور الأهم في عملية الكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطا نمائية غير طبيعية بغية تزويدهم بالخدمات الطبية والنفسية والتربوية في أسرع وقت ممكن

وأفضل معين للآباء في هذا الصدد الاطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة (الحركية والاجتماعية واللغوية والعقلية والانفعالية) فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية ما يساعد في تحديد ما إذا كان نمو الطفل مطمئناً أم لا وبالتالي إذا كانت هناك حاجة إلى إحالته إلى الأخصائيين لإجراء الفحوصات وتطبيق الاختبارات لمعرفة هل لديه إعاقة أم لا , ويستطيع أولياء الأمور اكتساب تلك المعرفة بالرجوع إلى مراجع الطفولة ومراجع علم نفس النمو بوجه عام.

دور التدخل المبكر في الوقاية من الإعاقات المتعددة:

تستطيع برامج التدخل المبكر أن تحدث فرقا دالا في التطور النمائي للأطفال الصغار ، وهي تفعل ذلك بدرجة أسرع من جهود العلاج المتأخر الذي يبدأ مع التحاق الطفل بالمدرسة. كما أنها تقلل من احتمالات ظهور إعاقات ثانوية عند الطفل ، وأن تزيد من فرص اكتساب المهارات النمائية التي تتأخر أو لا يتعلمها الطفل.

تعريف الإعاقات المتعددة : الإعاقات المتعددة هي تلك الإعاقات المتلازمة (مثل: إعاقة عقلية/ إعاقة بصرية أو إعاقة عقلية/ إعاقة سمعية) التي تسبب مشاكل تربوية شديدة للتلاميذ بحيث لا يستطيعون معها أن يتلقوا تعليمهم ضمن برامج التربية الخاصة التي تم إعدادها لإعاقة واحدة.

اعتمدت استراتيجيات الوقاية على ثلاثة عناصر أساسية:

1- الوقاية الفعالة من اعتلالات الأطفال وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الاضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود واتخاذ التدابير اللازمة للحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.

2- الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار الإعاقة.

3- الاعتماد على العائلة والمجتمع كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.

ويمكن وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد حالات الولادة قبل وأثناء وبعد الولادة ويمكن لوحدات الرعاية الصحية وغيرها من مراكز العمل الصحي أن تلعب دورا هاما في ذلك الخصوص ولا تقتصر تلك المتابعة على توفير التغذية والتطعيم والخدمات الصحية المختلفة بل تصل إلى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدى تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو اضطرابات انفعالية.

دور التدخل المبكر في الحد أو التخفيف من الإعاقة:

لقد بينت البحوث العلمية ان التدخل المبكر يساعد الأطفال على تخفيف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر، ولكن مثل هذا الدور ومدى تأثيره يتوقف على عدة عوامل منها ما يلي :

- تاريخ الكشف المبكر للإعاقة.
- عمر الطفل المعوق وقت التحاقه بالمركز.
- طبيعة الإعاقة التي يعاني منها.
- الخدمات التي قدمت له وكفاءة القائمين على تنفيذها.
- مشاركة الوالدين والأسرة في تنفيذ البرنامج.

وقد وجد الباحثان بينيه وجورالنك (1991) ان الغالبية الساحقة للأطفال الذين قدمت لهم خدمات التدخل المبكر في مرحله ما قبل المدرسة حققوا تحسنا دائما حال دون إعادتهم للصفوف الخاصة أو التحاقهم ببرامج التربية الخاصة مستقبلا وترك تأثيرات لم تتبدد على تحصيلهم واتجاهاتهم وقيمهم.

وفي تحليلهما للنتائج التي توصلت إليها البحوث العلمية التي حاولت التحقق من فاعلية التدخل المبكر (Analysis of Effectiveness)، ارتأيا تصنيف برامج التدخل إلى ثلاث فئات رئيسية وهي :

(أ) فئة البرامج الوقائية الموجهة نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيئية.

(ب) فئة البرامج الوقائية الموجهة نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيولوجية.

(ج) فئة البرامج العلاجية – التصحيحية الموجهة نحو الأطفال المتأخرين نمائياً أو المعوقين.

دور التدخل المبكر:

1–الحملات الخاصة بنظام المراقبة الوبائية للأمراض المعدية: بهدف استئصالها والقضاء عليها ونتيجة لذلك يلاحظ انحسار وبائية العديد من الأمراض التي تؤثر على صحة الأطفال بطريقة غير مباشرة . أما فيما يتعلق بالتطعيمات الأساسية للمواليد والأطفال، برامج هذه التطعيمات من خلال اشتراط استخراج شهادات الميلاد الرئيسية بعد استكمال حصول الطفل على جميع التطعيمات.

2–برامج الفحص المبكر: حيث شملت هذه البرامج "البرنامج الوطني للاكتشاف المبكر لأمراض التمثيل الغذائي والغدد الصماء عند حديثي الولادة" ، و"برنامج الفحص الطبي قبل الزواج" ، وهما من البرامج الرائدة ذات الأسس النظرية التي اعتمدت وزارة الصحة تطبيقها حديثاً

3–خدمات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة للأمهات الحوامل.

فمراكز الرعاية الأولية منتشرة في جميع الأحياء، وفي كل مركز تقريباً قسما مختصاً لخدمات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة للأمهات الحوامل والأطفال، حيث تساهم هذه المراكز في تقديم المتابعة الطبيعة والفحوصات المخبرية التقليدية للحامل حتى نهاية فترة الحمل.

خاتمة:

تعتبر الوقاية من ظهور الإعاقات الذهنية والجسدية من الأساليب الحضارية الناجعة للحد من انتشار الإعاقات المختلفة، مما يتطلب وعي مجتمعي، ومتابعة رسمية، حفاضا على سلامة المجتمع والاسرة في مختلف مراحل تكوينها. إن درهم وقاية في مرحلة ما قبل الولادة أو خلال الطفولة المبكرة يغني حقا عن قنطار علاج في مراحل العمر اللاحقة.

أسئلة:

المحاضر الخامسة: تشخيص الإعاقات الذهنية والجسدية

تمهيد:

يُعدّ التشخيص الدقيق للإعاقات الذهنية والجسدية خطوة أساسية في مسار التكفل التربوي والعلاجي، إذ يحدد طبيعة الإعاقة، ودرجتها، واحتياجات الفرد، ويوجه نوع التدخل المناسب. ولا يُنظر إلى التشخيص بوصفه إجراءً تقنيًا فقط، بل عملية علمية وأخلاقية متكاملة تعتمد على معايير موضوعية، وأدوات مقننة، وفريق متعدد التخصصات، بهدف ضمان حقوق الشخص ذي الإعاقة وتحقيق أفضل فرص الإدماج والتكيف.

أهداف المحاضرة:

- التعرف على وجود اضطرابات نمائية عصبية والكشف المبكر عنها.
- التمييز بين مختلف الاضطرابات وطرق تشخيصه.

أولًا: تشخيص الإعاقات الذهنية:

يرتكز تشخيص الإعاقة الذهنية على ثلاثة محاور أساسية متكاملة: الأداء العقلي العام، والسلوك التكيفي، وعمر ظهور الإعاقة. ويُقصد بالأداء العقلي العام مستوى الوظائف المعرفية مثل التفكير، والاستدلال، وحل المشكلات، والتعلم، ويُقاس عادة باستخدام اختبارات الذكاء الفردية المقننة. ويُعد انخفاض معامل الذكاء بشكل ملحوظ عن المتوسط العام أحد المؤشرات التشخيصية الأساسية، شريطة أن يكون ذلك مصحوبًا بضعف في الأداء الوظيفي اليومي.

أما السلوك التكيفي، فيشمل قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية في مجالات التواصل، والعناية بالذات، والمهارات الاجتماعية، والاستقلالية. ويُعد هذا البعد عنصرًا حاسمًا في التشخيص، إذ قد يظهر بعض الأفراد انخفاضًا في الذكاء دون أن يواجهوا صعوبات تكيفية كبيرة. ويشترط في التشخيص أن يظهر القصور التكيفي في أكثر من مجال، وبدرجة تؤثر على الأداء الاجتماعي والتربوي.

كما يشترط أن تظهر مؤشرات الإعاقة الذهنية خلال مرحلة النمو، أي قبل سن الثامنة عشرة، وذلك للتمييز بينها وبين التدهور العقلي المكتسب في مراحل لاحقة نتيجة إصابة أو مرض. ويعتمد التشخيص النهائي على تكامل نتائج الاختبارات النفسية مع الملاحظات السريرية، والتقارير الطبية، والتاريخ النمائي والتربوي للفرد.

ثانيًا: أدوات تشخيص الإعاقات الذهنية :

تعتمد عملية التشخيص على مجموعة من الأدوات، من أبرزها اختبارات الذكاء الفردية، ومقاييس السلوك التكيفي، والمقابلات الإكلينيكية مع الأسرة، والملاحظة المنظمة في البيئة الطبيعية للفرد. كما تُستخدم الفحوصات الطبية والعصبية للكشف عن الأسباب العضوية أو الوراثية المحتملة. ويؤكد المتخصصون على ضرورة عدم الاكتفاء بأداة واحدة، بل اعتماد مبدأ التعدد والتكامل في مصادر المعلومات.

ثالثًا: تشخيص الإعاقات الجسدية:

يُقصد بالإعاقة الجسدية وجود خلل أو قصور في الجهاز الحركي أو العصبي يؤثر على قدرة الفرد على الحركة أو التحكم العضلي. ويعتمد تشخيص هذا النوع من الإعاقات أساسًا على الفحص الطبي المتخصص، الذي يشمل التقييم العصبي والعضلي، والفحوصات الشعاعية والمخبرية، إضافة إلى دراسة التاريخ الصحي للفرد منذ الحمل والولادة.

كما يشمل التشخيص الجسدي التقييم الوظيفي للحركة، مثل القدرة على الجلوس، والمشي، واستخدام الأطراف، والتوازن، والتناسق الحركي. ويساهم الأخصائي التربوي والوظيفي في تحديد أثر الإعاقة الجسدية على التعلم، والمشاركة المدرسية، والأنشطة اليومية، مما يسمح بوضع خطة تدخل تربوي وعلاجي ملائمة.

رابعًا: التشخيص الفارقين وأهميته:

تكتسي عملية التشخيص الفارقي أهمية كبيرة في مجال الإعاقات، إذ تهدف إلى التمييز بين الإعاقة الذهنية والإعاقات الأخرى التي قد تتشابه معها في بعض المظاهر، مثل صعوبات التعلم، أو الاضطرابات النمائية، أو الحرمان البيئي. كما يُراعى في التشخيص الجسدي التمييز بين الإعاقة الحركية البسيطة والحالات العصبية المعقدة التي تتطلب تدخلًا طبيًا متخصصًا.

خامسًا: دور الفريق متعدد التخصصات في التشخيص:

يؤكد المنهج الحديث على أن تشخيص الإعاقات الذهنية والجسدية مسؤولية فريق متعدد التخصصات يضم الطبيب، والأخصائي النفساني، والأخصائي التربوي، والأرطفوني، وأخصائي العلاج الوظيفي أو الحركي. ويضمن هذا التكامل تشخيصًا أكثر دقة وشمولية، ويمنع الوقوع في الأحكام المتسرعة أو التصنيفات غير العلمية التي قد تضر بالفرد نفسيًا وتربويًا.

خاتمة

يُعد التشخيص العلمي الدقيق للإعاقات الذهنية والجسدية الأساس الذي تُبنى عليه جميع برامج التربية العلاجية والتأهيلية. وكلما كان التشخيص مبكرًا، ومتكاملًا، وقائمًا على معايير علمية واضحة، كلما زادت فعالية التدخل، وتحسنت فرص النمو والتكيف والإدماج الاجتماعي والتربوي للأشخاص ذوي الإعاقة.

أسئلة تقويمية:

- ما الفرق بين التشخيص الطبي والتشخيص التربوي؟
- من هم الأعضاء الاساسيون في الفريق التشخيصي للإعاقات المختلفة (طبيب، أخصائي نفسي، تربوي، أرطفوني، معالج وظيفي)

المحاضرة السادسة: أنواع الاعاقات

تمهيد:

من الأهمية الكبيرة أن نقوم بدراسة أنوع الإعاقات باعتبارها فئات متعددة، لكل منها مميزات وخصائص، تمهيدا للتشخيص وأنواع العلاج، وعندما نتحدث عن أنواع الإعاقة، التي نشمل مجموعة متنوعة من الحالات التي تؤثر على قدرات وأداء الفرد. هذه الأنواع تتراوح بين الإعاقة الحركية والجسدية، والإعاقة البصرية والسمعية، والإعاقة الذهنية. ففهم هذه الأنواع الرئيسية للإعاقة أمر بالغ الأهمية لتوفير الرعاية والدعم المناسب لذوي الاحتياجات الخاصة.

الأهداف:

- التمييز بين مختلف الاعاقات وفق معاير علمية (عضوية، حسية، عقلية، نفسية، تعليمية).
- فهم مسببات كل إعاقة لتطوير برامج وقاية مبكرة

أنواع الإعاقات:

تشمل الإعاقة الحركية والجسدية حالات مثل الشلل الدماغي وضمور العضلات، والتي تؤثر على حركة الأطراف أو الجسم بشكل عام. هذه الإعاقات قد تكون بسيطة أو شديدة، وتتطلب توفير وسائل مساعدة وتجهيزات خاصة لتسهيل حياة الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية.

الإعاقة البصرية والسمعية: الإعاقة الحسية تشمل فقدان البصر أو السمع، سواء بشكل كامل أو جزئي. الأشخاص المكفوفين أو ذوي الرؤية الجزئية يعانون من إعاقة بصرية، بينما الإعاقة السمعية قد تكون خفيفة أو شديدة لدى الأفراد. توفير التقنيات والوسائل المساعدة هو أمر حيوي لتحسين نوعية حياة ذوي الإعاقات الحسية.

الإعاقة الذهنية: الإعاقة الذهنية تؤثر على القدرات المعرفية والتواصلية للأفراد، وتتسبب في صعوبات بالتواصل والمهارات الحياتية، وتؤثر على القدرات التعليمية والتعلم. وهذه الإعاقات تتطلب برامج تأهيلية وتعليمية متخصصة لتمكين هؤلاء الأشخاص من التكيف والاندماج في المجتمع. فالتعامل مع أصحاب الإعاقات يتطلب الصبر والاهتمام وتوفير وسائل المساعدة المناسبة. فهم خصائص وسمات كل نوع من الإعاقات يساعد في تقديم الرعاية والدعم الفعال لتحسين نوعية حياة ذوي الاحتياجات الخاصة.

أولًا: صعوبات التعلّم:

1- التعريف العام: صعوبات التعلّم هي اضطرابات نمائية ذات أساس عصبي، تظهر لدى أطفال ذوي ذكاء عادي أو فوق العادي، وتتمثل في قصور واضح في اكتساب واستخدام مهارات القراءة أو الكتابة أو الحساب، ولا تعود إلى إعاقة حسية أو عقلية أو حرمان ثقافي أو تعليمي.

2- التعريف التربوي: هي حالة تعليمية تتجلى في انخفاض التحصيل الدراسي في مجال أو أكثر، رغم توافر فرص تعليمية مناسبة، وتتطلب برامج وأساليب تدريس خاصة.

3- التعريف التشخيصي: وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5-TR، تُصنّف صعوبات التعلّم ضمن اضطراب التعلّم المحدد .(*Specific Learning Disorder*) .*DSM-5-TR*

أنواع صعوبات التعلّم:

1. **صعوبات التعلّم النمائية:** ترتبط بالعمليات العقلية الأساسية، وتشمل:
   - صعوبات الانتباه
   - صعوبات الذاكرة
   - صعوبات الإدراك السمعي والبصري
   - صعوبات التفكير واللغة
2. **صعوبات التعلّم الأكاديمية:** تظهر في الأداء المدرسي، ومن أهمها:
   - عسر القراءة(Dyslexia)

- عسر الكتابة(Dysgraphia)
- عسر الحساب(Dyscalculia)

تشخيص صعوبات التعلّم: المعايير التشخيصية(DSM-5) ، يشترط التشخيص ما يلي:

- استمرار الصعوبة لمدة 6أشهر على الأقل
- وجود فجوة واضحة بين القدرة العقلية والتحصيل
- عدم تفسير الصعوبة بإعاقة عقلية أو حسية أو اضطراب عصبي آخر
- تأثير مباشر على الأداء الأكاديمي أو المهني

.أدوات التشخيص:

- اختبارات الذكاء (مثل وكسلر)
- اختبارات التحصيل الأكاديمي
- الملاحظة الصفية المنظمة
- المقابلات الأسرية
- التقارير التربوية والنفسية

خصائص ذوي صعوبات التعلّم: منها

.1الخصائص المعرفية

- ضعف الانتباه والتركيز
- بطء معالجة المعلومات
- ضعف الذاكرة قصيرة المدى

.2الخصائص الأكاديمية

- أخطاء متكررة في القراءة والكتابة
- صعوبة فهم التعليمات

- ضعف التنظيم الدراسي

.3الخصائص النفسية والاجتماعية:

- انخفاض مفهوم الذات
- القلق المدرسي
- الانسحاب الاجتماعي أو السلوك الاندفاعي

أهم أنواع صعوبات التعلّم:

.1عسر القراءة(Dyslexia) اضطراب يؤثر في القدرة على التعرف على الكلمات وفهم المقروء والتهجئة.

.2عسر الكتابة(Dysgraphia) صعوبة في التعبير الكتابي من حيث الخط، التهجئة، أو تنظيم الأفكار.

.3عسر الحساب(Dyscalculia) ضعف في فهم المفاهيم العددية والعمليات الحسابية.

.4صعوبات التعلّم غير اللفظية، تتجلى في ضعف المهارات البصرية–المكانية والاجتماعية رغم سلامة اللغة.

مفهوم البرامج المعتمدة لذوي صعوبات التعلّم: البرامج المعتمدة لذوي صعوبات التعلّم هي خطط تربوية علاجية منظّمة، تُبنى على نتائج التشخيص، وتهدف إلى تقليص الفجوة بين القدرة العقلية والتحصيل الأكاديمي، باستخدام

أنواع البرامج المعتمدة مع ذوي صعوبات التعلّم:

.1البرامج التربوية العلاجية(Remedial Programs) الهدف :علاج جوانب القصور الأكاديمي الخصائص:

- تعليم فردي أو في مجموعات صغيرة
- التدرّج من السهل إلى الصعب
- التكرار والتعزيز

تُستخدم مع:

- عسر القراءة

- عسر الكتابة
- عسر الحساب

.2برنامج الخطة التربوية الفردية(IEP) Individualized Education Program، الهدف :تكييف التعليم حسب حاجات المتعلم يشمل:

- مستوى الأداء الحالي
- الأهداف قصيرة وطويلة المدى
- الوسائل والاستراتيجيات
- آليات التقويم

يُعد من أكثر البرامج اعتمادًا في التربية الخاصة عالميًا.

.3البرامج النمائية(Developmental Programs) الهدف :تنمية العمليات العقلية الأساسية تركّز على:

- الانتباه
- الذاكرة
- الإدراك البصري والسمعي
- التفكير واللغة

أهميتها: تُستخدم خصوصًا مع صعوبات التعلّم النمائية التي تسبق الصعوبات الأكاديمية

.4برامج التدخل المبكر: الهدف :الوقاية قبل تفاقم الصعوبة الفئة المستهدفة:

- أطفال الروضة والسنوات الأولى من التعليم الابتدائي

تعتمد على:

- اللعب التربوي
- الأنشطة الحسية

- تنمية الاستعدادات القبل أكاديمية

.5البرامج متعددة الحواس(Multisensory Programs) الهدف :تحسين التعلم عبر إشراك أكثر من حاسة

تعتمد على:

- السمع
- البصر
- اللمس
- الحركة

أمثلة:

- أسلوب أورتن–جيلنغهام

1- القراءة المقطعية المصحوبة بالحركة. برنامج علاجي–تعليمي منظَّم ومتدرّج يعتمد على التعلّم متعدد الحواس (بصري–سمعي–لمسي–حركي)، صُمّم خصيصًا لمساعدة الأطفال ذوي عسر القراءة وصعوبات فكّ الترميز الصوتي.

2- الأسس العلمية

- التركيب الصوتي :ربط الحرف بصوته بدقة.
- التدرّج :من البسيط إلى المركّب (حرف ← مقطع ← كلمة ← جملة).
- التكرار المنظَّم :لترسيخ التعلم.
- الفردية :تكييف الدروس حسب مستوى المتعلم.
- التعدد الحسي :تنشيط أكثر من قناة إدراكية في الوقت نفسه.

3-الأهداف

- تحسين الوعي الصوتي والتمييز السمعي.

- إتقان فك الترميز والتهجئة.
- رفع الطلاقة القرائية والفهم.
- بناء الثقة وتقليل القلق القرائي.

4- خطوات التطبيق (نموذج حصة)

1. مراجعة أصوات سبق تعلّمها (سمعيًا وبصريًا).
2. تقديم صوت/نمط جديد (عرض–نطق–تتبع).
3. ممارسة متعددة الحواس (الكتابة في الرمل/الهواء + النطق).
4. دمج الصوت في مقاطع وكلمات.
5. قراءة موجّهة قصيرة وتقويم فوري.

5-الفئة المستهدفة

- الأطفال ذوو عسر القراءة.
- حالات صعوبات القراءة الشديدة والمتوسطة.
- مناسب للتدخل الفردي أو مجموعات صغيرة.

المزايا والحدود

المزايا :فعالية عالية، بنية واضحة، نتائج مثبتة.، لحدود :يحتاج تدريبًا متخصصًا ووقتًا كافيًا للتطبيق.

ثانيًا: القراءة المقطعية

(التعريف

أسلوب تدريسي يقوم على تقسيم الكلمة إلى مقاطع صوتية (مفتوح/مغلق) لتسهيل القراءة والتهجئة، ويُعد شائعًا في تعليم القراءة باللغة العربية.

(2الأسس التربوية

- الكلمة وحدة صوتية مركّبة من مقاطع.

- المقطع أسهل إدراكًا من الحرف المنفرد.
- الدمج التدريجي للمقاطع يُسهّل الطلاقة.

(3الأهداف

- تسهيل التهجئة والقراءة الأولية.
- تحسين الطلاقة وتقليل التقطّع.
- دعم الفهم عبر قراءة أكثر سلاسة.

(4خطوات التطبيق

1. تدريب على المقاطع الأساسية)با، بو، بي.(...
2. دمج المقاطع لتكوين كلمات (با + با = بابا).
3. قراءة كلمات وجُمل قصيرة.
4. أنشطة تعزيز (بطاقات، ألعاب لفظية).

الفئة المستهدفة:

- المبتدئون في القراءة.
- الأطفال ذوو صعوبات القراءة الخفيفة–المتوسطة.
- مفيد في المراحل الأولى من التعليم الابتدائي.

خلاصة تطبيقية

- للعسر الشديد :ابدأ بـ أورتن–جيلنغهام.
- للبدايات أو الصعوبات الخفيفة :القراءة المقطعية فعّالة.
- أفضل الممارسات :الدمج بينهما داخل خطة تربوية فردية مع تقويم دوري

.6البرامج السلوكية المعرفية

الهدف :تعديل السلوكيات السلبية وتحسين الدافعية تركّز على:

- تعزيز الثقة بالنفس
- خفض القلق المدرسي
- تنمية مهارات التنظيم الذاتي

البرامج التكنولوجية (الرقمية):

الهدف :دعم التعلم باستخدام التكنولوجيا وتشمل:

برمجيات تعليمية

- تطبيقات القراءة الناطقة
- برامج الحساب التفاعلي

مزاياها:

- الجاذبية
- التغذية الراجعة الفورية
- مراعاة الفروق الفردية

ثالثًا: مبادئ نجاح البرامج المعتمدة

1. التشخيص الدقيق
2. الفردية في التعليم
3. التكامل بين الأسرة والمدرسة
4. الاستمرارية والمتابعة
5. التقويم المرحلي والنهائي

رابعًا: دور الأسرة والمدرسة في إنجاح البرامج

دور الأسرة

- المتابعة المنزلية

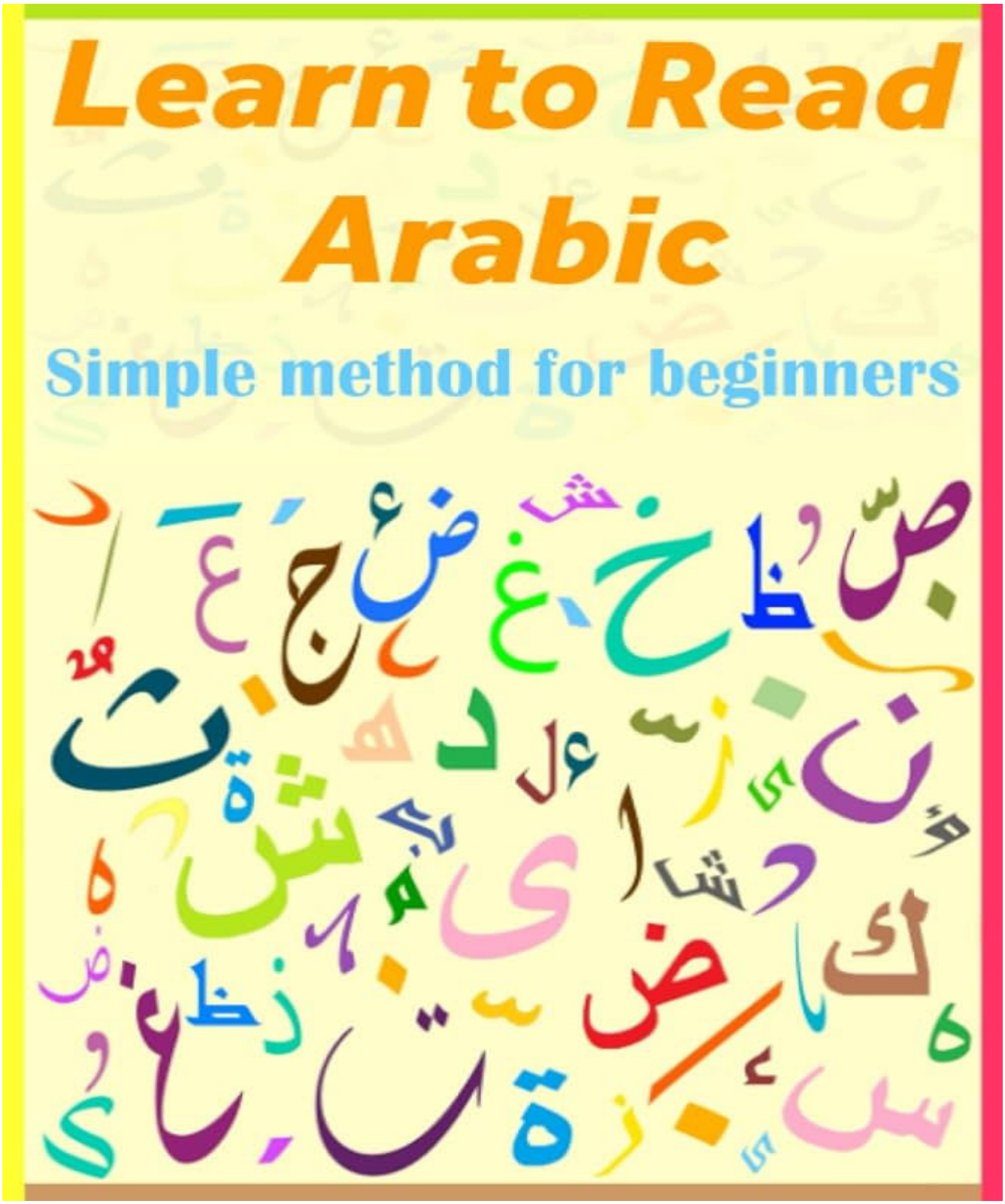
- الدعم النفسي
- التواصل مع المدرسة

دور المدرسة

- توفير مختصين
- تكييف المناهج
- اعتماد استراتيجيات تعليم مرنة

والخلاصة :

تُعد البرامج المعتمدة لذوي صعوبات التعلّم حجر الأساس في الدمج المدرسي والحد من الفشل الدراسي والتهميش الاجتماعي، ويُعد نجاحها مرهونًا بـ التشخيص المبكر، والتدخل المناسب، والتكامل المؤسسي والأسري


Learn to Read
Arabic
Simple method for beginners



ثانيا: الإعاقة الذهنية:

تُعرَّف الإعاقة الذهنية: (Intellectual Disability) بأنها حالة نمائية تتسم بوجود قصور ملحوظ في الأداء العقلي العام (كالاستدلال، حل المشكلات، التفكير المجرد، والتعلم)، يرافقه قصور في السلوك التكيفي (المفاهيمي، الاجتماعي، والعملي)، ويظهر ذلك قبل سن 18 سنة.وقد اعتمد هذا التعريف كل من الجمعية الأمريكية للإعاقات

الذهنية والنمائية American Association on Intellectual and Developmental Disabilities، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5، لا يُبنى التشخيص على الذكاء فقط، بل على مستوى الأداء التكيفي داخل السياق الاجتماعي والثقافي للفرد. (AAIDD, 2010)؛(DSM-5, 2013) .

ثانيًا: تشخيص الإعاقة العقلية: يعتمد تشخيص الإعاقة العقلية على ثلاثة معايير أساسية متكاملة:

لقصور في الوظائف العقلية: انخفاض ملحوظ في الذكاء العام (عادة أقل من 70 ±5)، يُقاس باختبارات مقننة مثل:

- مقياس وكسلر للذكاء(WISC)
- مقياس ستانفورد–بينيه،
- القصور في السلوك التكيفي

ويشمل:

- المجال المفاهيمي :اللغة، القراءة، الحساب.
- المجال الاجتماعي :التواصل، تحمل المسؤولية، العلاقات الاجتماعية.
- المجال العملي :العناية بالذات، المهارات الحياتية، الاستقلالية.

الظهور في مرحلة النمو: أي قبل سن 18 سنة، لتمييزها عن التدهور العقلي المكتسب لاحقًا.

(APA, 2013)؛(Schalock et al., 2010)

ثالثًا: خصائص الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية:

1- الخصائص المعرفية:

- بطء في التعلم واكتساب المفاهيم.
- صعوبات في التعميم والانتباه والذاكرة.
- الحاجة إلى التكرار والتدرج في التعليم.

.2- الخصائص اللغوية

- تأخر في النمو اللغوي.
- محدودية المفردات وضعف في التعبير والفهم.

3-الخصائص الاجتماعية والانفعالية

- صعوبة في التفاعل الاجتماعي.
- انخفاض تقدير الذات.
- قابلية أعلى للانسحاب أو السلوكيات غير التكيفية.

4- الخصائص الحركية

- ضعف التناسق الحركي.
- تأخر في المهارات الحركية الدقيقة أو الكبرى (في بعض الحالات).(الخطيب، 2015؛ سليمان، 2000).

رابعًا: أهم البرامج المعتمدة في رعاية وتعليم ذوي الإعاقة العقلية

.1البرامج التربوية الفردية(IEP)

- تُبنى وفق قدرات واحتياجات كل طفل.
- تشمل أهدافًا تعليمية وسلوكية واجتماعية واضحة.
- تُعد حجر الأساس في التربية الخاصة الحديثة.

.2برامج التدريب على المهارات الحياتية

- العناية بالذات (الأكل، اللباس، النظافة).
- الاستقلالية والتنقل.
- مهارات العمل البسيطة.

.3برامج تعديل السلوك

- تعتمد على مبادئ التعلم (التعزيز، النمذجة، الإطفاء).

- تهدف إلى خفض السلوكيات غير التكيفية وتعزيز السلوك الإيجابي.

.4البرامج التربوية الوظيفية

- ربط التعلم بالبيئة اليومية.
- التركيز على ما يفيد الفرد عمليًا في حياته.

.5البرامج الدامجة (التربية الدامجة)

- دمج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في المدارس العادية.
- مع توفير الدعم التربوي والنفسي المناسب.

التوحد (Autism):

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

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

وفي عام (1943م) كتب الطبيب النفسي (لوكان Leo Kanner) مقالة تصف 11 مريضا 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 بعدة مصطلحات علمية منها: متلازمة كانر، الإجترارية، الذاتوية، الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Développementale) ويسمى أيضا الطيف التوحدي (Autisme Spectrum Discorder) ويقصد بهذا المصطلح الأخير مجموعة من الاضطرابات النمائية العصبية و التي تسبب عدة مشكلات في المهارات الاجتماعية و التواصلية و العاطفية وفي ظهور أنماط سلوك غريبة و محدودية في الاهتمامات لدى المصابين .(مجلة المنال العدد: 193أفريل 2005 ص18-20/ الكويت)

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد: هو نوع من الاضطرابات التطورية (النمائية) 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 وتكون موجهة للأشياء أكثر من الأشخاص.

4- الاضطراب من أي تغيير يحدث في البيئة.

- التكرار بصورة آلية ميكانيكية (الحركات النمطية القهرية تصحبها أحيانا قصور في السمع و البصر) (عبد الرحمن خوجا، 2004،ص163)

تعريف علاء الدين إبراهيم: التوحدية هي واحدة من اضطرابات وسائل المخ وهي متلازمة وليست مرضا، 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 والشباب ذوي الإعاقة: هو خلل نمائي (ارتقائي) واضح يؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وغالبا ما يظهر قبل سن الثالثة ويؤثر بشكل سلبي على الأداء الدراسي للطفل، غالبا ما يتصل ببعض السمات الأخرى مثل الاندماج في الأنشطة التكرارية أو الحركات النمطية، ومقاومة التغيير في البيئة أو الروتين اليومي.

ومن خلال التعريفات الكثيرة والسابقة منها يمكن تحديد التعريف التالي:

الطفل التوحدي هو طفل لديه خلل أو الاضطراب نمائي في بعض وظائف المخ يؤثر على اللغة وعلى الاتصال الاجتماعي.(سعد رياض، 2008،ص12-14)

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 وجدانية دافئة مع الناس والتي تتضح في المظاهر التالية:

لا ينسجم أطفال التوحد مع أبائهم بالابتسام أو الاحتضان، بدلا 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 و الضجيج من حوله، كما لو كان الناس من حوله غير موجودين ، على الرغم من ظهور بعض الاستجابات المفاجئة أحيانا.

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 متناسيا أن من أمامه إنسان متكامل. (سعد رياض، 2008، ص22-23)

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

اضطراب الكلام: هو أحد أهم الأعراض، ومن مظاهره الخلل الإدراكي الشديد في الكلام، مع تأثر 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 والتكرار 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 الاستحواذي: سلوك متكرر يطبقه الطفل بشكل نمطي مع وجود دليل على القلق عند أي تغير في البيئة. (عبد العزيز عليوي،2015،ص23)

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

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 والحرارة.

حاسة التذوق الزائدة وحاسة الشم الزائدة.

أسباب حدوث الذاتوية: (جاء في كتاب عبد العزيز عليوي،2015ص48-64) معرفة أسباب التوحد من أهم خطوات الوقاية، ومن أهم وسائل التشخيص 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 عدة منها:

الأبحاث الوراثية: تبين من الدراسات حول التوائم الحقيقية ومن أهم هذه الدراسات دراسة (Folstein ;Rutter) حيث عزلا 21 زوجا من التوائم:11زوجا من التوائم الحقيقية و10من 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 ومناطق الصبغيات الجنسية.

الأبحاث البيوكيماوية: اتجهت الأبحاث في هذا الميدان إلى تسليط الضوء على الناقلات العصبية التي تعمل على نقل المعلومة، والتنبيه بين خلايا العصبية على مستوى نقاط الاشتباك العصبي.

2- نظريات المنشأ النفسي: يتجه أصحاب هذا الاتجاه إلى العوامل النفسية والأسرية فآباء الأطفال المتوحدين غالبا ما يتميزون بالصلابة و البرود والانطواء ويعانون من أمراض نفسية وليست لديهم القدرة على ربط علاقات وجدانية عميقة ... ويعد كانر هو أول من أوحى بهذا الافتراض. (عبد العزيز عليوي،2015،ص49-58)

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 ينطقون 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 التغير: 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 تغير 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 الاستحواذي: يخزن بعض الأطفال التوحد عدد وافر من الأشياء بدلا من الانغماس في نشاطات طقوسية بوضع الأشياء في صفوف لا نهاية لها.

مشاكل الأكل والنوم: ترتبط صعوبات التوحدي في موضوع الأكل والنوم بمقاومتهم للتغير، مثلا يعمد الطفل التوحدي إلى تناول الأكل في نفس الوقت و المكان والطاولة وبنفس الملاعق والأطباق.

تشخيص الطفل التوحدي: تعددت مقاييس التشخيص و من أوائل المقاييس معايير التشخيص للطفل التوحدي 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 شاذا 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 الأخر 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، مجروحا، 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 التخيلي، و يتمثل فيما يلي:

لا يوجد حوار مع الآخرين، مثل الحوار الطفولي، والتعبير الوجهي، والإيماءات أو اللغة المنطوقة.

اتصال غير لفضي شاذ بشكل واضح مثل تجنب الاتصال البصري، و التعبير الوجهي، 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 التخيلي مثل لعب أدوار الراشدين، أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات، وعدم الاهتمام بالقصص التي تتكلم عن أحداث خيالية.

شذوذ واضح في الطريقة إخراج الكلام، ويتضمن 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 بعدد محدود ومتكرر من الأنشطة والاهتمامات، 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 وتفاصيل 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).

المحاضرة السابعة: أنواع الاعاقات(تابع)

الإعاقة السمعية:

تمهيد:

حاسة السمع من أهم الحواس بالنسبة للإنسان، ويؤكد ذلك ورودها في المرتبة الأولى في العديد من آيات القران الكريم حيث يقول سبحانه وتعالى في كتابه العزيز " أن السمع والبصر و الفؤاد كل أولئك كانا عنه مسئولا" وفي أية أخري «صم بكم عمى فهم لا يعقلون." حيث أن السمع يجعل الإنسان قادرا على تعلم اللغة وفهم البيئة والتفاعل معها ومع فقد حاسة السمع منذ الولادة فإنه لا يستطيع التكلم ولا القراءة والكتابة.

تشريح الأذن: بما أن الإعاقة السمعية مرتبطة بخلل 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 وتسهيل دخولها إلى القناة الخارجية.

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

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

تعريف الإعاقة السمعية: ارتبطت تعريفات الإعاقة السمعية بمجالات التخصصات، فالأطباء ورجال القانون يهتمون بدرجة الفقدان السمعي من أجل التمييز بين ضعاف السمع والمصابين بالصمم الكلي، بينما يهتم التربويون بالمضامين التربوية والآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل.

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 وضعيف 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 وضعيف السمع يعاني من نقصا في قدرته السمعية و يكون النقص غالبا على درجات.

يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم. يعرف الصمم كذلك على أنه درجة من الفقدان السمعي تزيد عن 70د Dcl تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماعات أو بدونها.

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

– شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى أهمها: العمر عند فقدان السمع.

العمر الذي تم فيها اكتشاف الفقدان السمعي ومعالجته.

- المدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع.
- نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.
- فاعلية أدوات التضخيم الصوتي.

- الخدمات التأهيلية المقدمة.

التصنيف حسب العمر: الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية حيث تكمن أهميتها في الأثر الذي تتركه الإعاقة السمعية على نمو واكتساب اللغة والتعرض لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة وهي:

صمم ما قبل 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.

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

تصنيف حسب شدة الإعاقة السمعية:

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

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

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

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

قياس و تشخيص الإعاقة **السمعية:**

أولا: الطريقة التقليدية: وهي طريقة غير دقيقة و تهدف للكشف المبدئي 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.

ثانيا: الطريقة العلمية الحديثة:

طريقة القياس السمعي الدقيق: Audiomètre

طريقة استقبال الكلام وفهمه: Speech audiomètry

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 المنعكسات الأولية من خلال ملاحظة استجاباتهم للأصوات العالية أو إصدار أصوات بدرجات مختلفة من جميع الجهات وملاحظة استجاباتهم.

خصائص المعاقين سمعيا:

الخصائص اللغوية: يتأثر النمو اللغوي لدا المعوقين سمعيا، فهو أكثر المجالات تأثرا بالإعاقة السمعية و ترجع إلى التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة (سماع الطفل لمناغاته)

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

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

تشير معظم الدراسات بقدرة المعاقون سمعيا على التعلم والتفكير التجريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية.

الخصائص التربوية (للتحصيل الدراسي) تتأثر الجوانب التحصيلية لديه وبخاصة 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 الصمم .

عدم ملائمة طرائق (أساليب) التدريس لحاجياتهم.

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

أما من الناحية الانفعالية، فأشارت العديد من الدراسات إلى تعرض الصم للضغوطات النفسية والقلق والتوتر 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 ومغزى الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية والقيم والعلاقات والعادات الاجتماعية.

ومن بين الصعوبات التي يتعرض له الأصم عدم تفهم روح الدعابة والنكتة التي يعبر عنها بواسطة التعبيرات الصوتية المكتوبة ونغماتها.

أما الإدراك الذهني والنمو العاطفي وتطوره الاجتماعي فكلها مرتبطة بعاهته ويمكن من خلال استخدام وسائل مساعدة الأصم لتنمية إدراكه الذهني والعاطفي وعلى الاتصال الاجتماعي.

كما أجريت العديد من الدراسات والبحوث 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 قليلا من زملائهم العادين والصم أكثر انطواء على أنفسهم وأقل حبا للسيطرة ممن يسمعون.

كما سجل الصم أكبر نسب للإصابة بالعصابية من غيرهم من العادين.

الأهداف التربوية لمرحلة ما قبل المدرسة:

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

تنمية قدرات الطفل ا للغوية 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 واستعداداتهم لقراءة بعض الكلمات والتعبيرات بحيث تنمي مهارات القراءة.

تعويذ الطفل على الجلوس والإنصات مع الاستعانة بالمعين الصوتي.

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

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

تنمية التنسيق الحركي البصري (مهارات الحياة اليومية).

الإعاقة البصرية:

يعتبر البصر من أهم الحواس لارتباطها بمعظم الخبرات اليومية المتعلقة بالصور كاللون والشكل وفقدانها يحرم الطفل من تكوين الصور الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة، حيث من أهم مقومات عملية التعلم هو تكوين الصور الذهنية عن الأشياء وخزنها واستدعائها 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 وعموما يتكون من:

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

العين كروية الشكل تكمن في محجرها داخل الجمجمة لحمايتها من المؤثرات والصدمات الخارجية وتتألف العين من الأجزاء الأساسية التالية.

جفنا العين : العلوي و السفلي ووظيفتهما حماية العين.

الملتحمة: عبارة عن غشاء ببطن العين وكرة العين نفسها.

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

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

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

السائل المائي: سائل مائي يوجد بين العدسة والقرنية ويقوم 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 تجويف 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 والأسفل والجانبين و هي 06 عضلات تعمل بتناسق وفي حالة عدم التحكم أو الخلل الوظيفي قد يحدث حول أو تذبذب لاإرادي لمقلة العين أو عدم وضوح الرؤيا بسبب عدم التوازن وتسمى باسم العمش التخطُلي (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 عن200/20 قدم في أحسن العينين.

التعريف التربوي: هو الشخص الذي لا يستطيع القراءة و الكتابة إلا بطريقة برايل (Braille Méthode)

تصنيف الإعاقة البصرية: يصنف المعاقون بصريا ضمن مجموعتين رئيسيتين.

الأولى: مجموعة المعاقون بصريا كليا (Totally Blind) وهي المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني و التربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصريا جزئيا وهي تلك المجموعة التي

تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير و تتراوح حدة إبصار هذه المجموعة مابين20/70 إلى 200/ 20قدم 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 ان 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 و أشكال الإعاقة البصرية وأكثرها انتشار مايلي:

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

قصر البصر: Myopie

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 المقروءة من أعينهم بشكل غير مألوف.

يمكن التغلب على هاتين المشكلتين باستخدام النظرات والعدسات 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 والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر وقد يتطور المرض إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه والإصابة بكف كلي للبصر. وتشيع الجلاكوما في الغالب بين كبار السن أو تكون وراثية أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع العدوى كالحصبة الألمانية.

عتامة عدسة العين(Cataract):

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

الحول (Strabisme) هو اختلال في وضع العين أو إحداهما، مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية بالإضافة إلى إرهاق العين وقد 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 والألم الشديد.

توسع الحدقة: ويحدث بسبب تشوه ولادي تتسع فيه الحدقة نتيجة لعدم تطور القزحية، يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء وضعف البصر.

البهق (Albinisme) 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 وعيناه زرقاوين والقزحية تكون شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء.

الرأرأة: هي عبارة حركات لا إرادية سريعة في العين، مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي، وغالبا ما تربط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.

خصائص المعاقين بصريا: عموما 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 التبعية والحماية 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 تبعا لتاريخ ظهور الحالة. أولاً: الخصائص المعرفية.

التصور العقلي المحدود للبيئة: يعتمد الفرد المبصر على البصر في تكوين الصور العقلية، بينما يفتقد الكفيف لهذا المصدر، مما يؤدي إلى بطء في تكوين المفاهيم المجردة والمعقدة.

الاعتماد على التعلم اللمسي والسمعي: يكوّن المعلومات عبر الأصوات والملمس، وهذا يستلزم وقتاً أطول مقارنة بالاعتماد البصري.

صعوبات تمييز العلاقات المكانية: مثل: فوق/تحت، أمام/خلف، يمين/يسار، نتيجة غياب إدراك الفراغ البصري.

الخصائص الاجتماعية

قلة المبادرة الاجتماعية، لأن الفرد الكفيف لا يرى تعابير الوجه أو الإشارات غير اللفظية، فيظهر أحياناً أقل تفاعلاً.

التردد في تكوين الصداقات، نتيجة الحاجة إلى المساعدة أحياناً، أو بسبب نظرة الآخرين.

السلوك التكيفي، يستخدم استراتيجيات تعويضية: الميل للاستماع المكثف، لمس الأشياء، وتقريبها.

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.

الخصائص الحركية: تأخر في مهارات التوازن والمشي، بسبب غياب التغذية الراجعة البصرية.

- مشكلات في التنقل، كصعوبة تقدير المسافات أو تحديد العقبات.

الخصائص الأكاديمية: بطء في القراءة والكتابة بالبرايل أو أدوات التكنولوجيا المساعدة، صعوبات في المواد القائمة على الصور والرسوم، مثل الهندسة، الخرائط، الب.diagrams

اضطرابات اللغة عند المعاقين بصرياً: مع أن القدرة العقلية عادة سليمة، إلا أنّ غياب الإدراك البصري يؤدي إلى سمات لغوية خاصة، منها:

– تأخر لغوي (Delay) وليس اضطراباً ذهنياً، يتأخر الطفل الكفيف في اكتساب بعض المفاهيم اللغوية المرتبطة بالرؤية مثل:

- الألوان
- وصف الأشياء بصرياً
- المفردات التي تحتاج خبرة بصرية مباشرة

– أخطاء في استخدام الضمائر

- يخلط بين:
  - أنا – أنت
  - هنا – هناك

لأن هذه المفاهيم تعتمد غالباً على الملاحظة البصرية للسلوك المتبادل.

.3الميل إلى اللغة اللفظية الزائدة(Verbalism)

- استخدام المصطلحات التي لم يختبرها الطفل فعلياً، مثل:

أرى، يشبه، يبدو، الزرقة، لمعان الشمس

دون أن يكون لديه تصور بصري لها.

.4محدودية المفردات المرتبطة بالأحداث السريعة

- مثل وصف الألعاب الرياضية أو الحركات غير المسموعة.

.فقر اللغة الوصفية المكانية

- لأن مفاهيم الاتجاه والمكان يصعب اكتسابها دون تدريب خاص.

.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 ونبرات الصوت الدقيقة.

ثامناً: استراتيجيات تربوية لمعالجة اضطرابات اللغة لدى المعاقين بصرياً

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

الإعاقة الحركية:

المقصود بالعوق الحركي هو عوق يحرم التلميذ من القدرة على القيام بوظائفه الجسمية والحركية بشكل عادي مما يستدعي توفير خدمات متخصصة تمكنه من التعلم ويقصد 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 ص78)

كما تعرف الإعاقة الحركية على أنها معاناة الأفراد من خلل في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي حيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي تدخل التربية الخاصة. (انشراح المشرقي، 2009ص303)

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

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

العوامل الوراثية: أي خلل في الكروموزومات ينتقل من الآباء إلى الأبناء حيث يحدث إعاقة جسدية لدا الطفل حديث الولادة.

العامل الرايزيسي: العامل الرايزيسي (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 سلبيا، وهو وراثي وقد يرث الطفل عامله الريزيسي من الأب أو الأم.

تحدث المشاكل عادة عندما يكون العامل الريزيسي سالبا لدى الحامل، بينما العامل الريزيسي موجبا لدى الجنين وتسمى هذه الحالة عدم توافق(RH incompatibility) ، ففي هذه الحالة يدخل العامل الريزيسي الموجب للجنين مجرى دم الأم التي يكون عاملها الريزيسي سالب، 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 ماقبل ولادة الطفل: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية البكتيرية كالجدري، التهاب الكبد الوبائي، كذلك تعرض الجنين للإشعاعات أو للاستعمال السيئ للأدوية والتدخين وإدمان المخدرات، كما أن سن الأم الحامل له علاقة احتمالية لحدوث الإعاقة، وكثرة الحمل المتعاقب للأمهات مع سوء التغذية وانعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال أمام ولادات مشوهة.

– 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 والإصابات 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 وترجع لأسباب بيئية مثل انزلاق الغضروفي والروماتيزم والشلل الناشئ عن الحوادث أو السكتة الدماغية...الخ وحوادث الطريق والمرور، حوادث العمل، الحوادث المنزلية وإصابة النخاع الشوكي وأسباب أخرى مثل الشلل النصفي، جلطة بسبب ارتفاع ضغط الدم، السكري، أمراض المفاصل والعظام. (السيد علي فهمي محمد،2008ص35–36)

3– أنواع الإعاقة الحركية: توجد العديد من أنواع الإعاقة الحركية نذكر 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 الجهازين العضلي والعصبي وقصور أداء العضلات اللاإرادية.

ينقسم الشلل الدماغي وفقا للأجزاء المتأثرة بالشلل إلى:

1– **الشلل النصفي السفلي:** ويتأثر بالشلل لجانب واحد السفلي فقطفي حين تؤدي الأطراف وظائفها.

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

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

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

5- الشلل الرباعي: يتأثر بالشلل جميع الأطراف الأربعة. (عبد الحكيم الجواد المطر، 2006ص 16-17)

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

1- الإعاقة الحركية الخلقية: وهي الإعاقة التي تولد مع الطفل وتكشف منذ الولادة أو بعد الولادة تعود أسبابها غالبا إلى الوراثة وهي عبارة عن إعاقة عضوية يترتب عليها وظيفة عضوا أو أكثر من أطراف الجسم منذ ولادته أو ولادته ناقص الأطراف مثل تقوس الساقين (هشاشة العظام)، الأطراف القصيرة والمعقودة والمشوهة والشلل بكافة أنواعه.

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

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

أ- الخصائص الجسمية: يتصف الأشخاص المعاقين حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري، والصعوبات تتصف بعدم التوازن في الجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن أمراض مثل الروماتيزم والكسور وغيرها.

ب- الخصائص النفسية: أهمما ورد في خصائص النفسية للمعاقين حركيا وسماتهم في المؤتمر الثامن لرعاية المعاقين عام 1968 ما يلي:

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

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

عدم الشعور بالأمن يولد لديه الإحساس بالقلق والخوف من المجهول والرفض والعدوانية والانطوائية.

الشعور بعدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه حالات الخيال والانسحاب والمخاوف الوهمية.

ت- الخصائص الاجتماعية: يتسم المعاق حركيا بالخجل والانطواء، مع مشكلات هامة في الطعام والتبول، يولد لديه أفكارا دونية عن ذاته منبعثة من نضرة المجتمع المحبطة الموسومة بالعجز وعدم استطاعتهم القيام بالأعمال بشكل صحيحو شعورهم بعدم قدرتهم على المشاركة الاجتماعية واعتمادهم على الآخرين وعدم 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 المعاق الحركي بعدم قدرته على الالتحاق بأي عمل بسبب العجز الجسمي الموجود لديهم وهم غير قادرين على القيام بكل الأعمال.

كما تحد الإعاقة من استعدادهم وميولهم وقدراتهم المهنية التي يرغبون فيها ومن ثم الابتعاد عن العمل وعدم الرغبة في تشغيلهم بسبب تدني انجازاتهم وعطائهم. (صالح حسن الداهري،2005)

5- متطلبات دمج الأطفال ذوي العوق الحركي مع العادين: التدخل المبكر هو تقديم الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية للأطفال دون السادسة من العمر والذين لديهم قابلية لحدوث التأخر الحركي أو المعرفي في أحد المجالات التالية:

*المجال الحركي

*المجال اللغوي وصعوبات التعلم

*المجال الاجتماعي والسلوكي.

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

خاتمة:

من خلال ما سبق يتبين لنا أن الإعاقة ليست صفة فردية بقدر ما هي حالة إنسانية متعددة الابعاد، تتداخل في تشخيصها النواحي الطبية والنفسية والتربوية، والاجتماعية، فهي بتنوعها تختلف في أسبابها وخصائصها

ودرسجة تأثيرها، لكن تشترك كلها في ضرورة الفهم العملي العميق، وتدخلات تربوية وعلاجية ملائمة تراعي خصوصية كل فئة.

أسئلة تقويمية:

– ما الأسس العلمية المعتمدة في تصنيف الاعاقات (طبية، وظيفية، قانونية)، كيف يختلف التصنيف حسب نوع الإعاقة.

– ما الفرق بين طفل أصم –فقدان كامل– وآخر ضعيف السمع– فقدان جزئي– من حيث لغة التواصل والدمج المدرسي.

– هل يختلف برنامج الطفل الكفيف عن ضعيف البصر ف تعلم القراءة والكتابة والتنقل؟

– ما الفرق بين متلازمة داون والتوحد والإعاقة الذهنية؟

– هل يمكن اعتبار عسر القراءة وعسر الكتابة وعسر الحساب أنواعا فرعية من الإعاقة أم اضطرابات نوعية (محددة)؟

المحاضرة الثامنة: أنواع العلاجات التربوية

تمهيد:

تُعدّ العلاجات التربوية من أهم الآليات المعتمدة في ميدان التربية الخاصة، إذ تهدف إلى مساعدة المتعلمين الذين يواجهون صعوبات تعليمية أو نمائية أو سلوكية على تجاوز العوائق التي تعيق تعلمهم وتكيفهم المدرسي والاجتماعي. وتنطلق هذه العلاجات من تشخيص دقيق للحالة، ثم تُبنى برامج تدخل تربوي مخططة تراعي الفروق الفردية وخصوصية كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

و**أهدافها** تتمثل في التعرف على مختلف العلاجات وأنواعها حسب كل فئة، وربطها بالفئات الخاصة.

أولًا: العلاج التربوي الفردي:

يرتكز العلاج التربوي الفردي على مبدأ الفروق الفردية، حيث يُصمَّم برنامج خاص لكل متعلم وفق قدراته واحتياجاته ومستواه النمائي. ويُطبَّق هذا النوع من العلاج غالبًا مع الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية، أو صعوبات التعلم الشديدة، أو اضطرابات النطق واللغة. ويتميز العلاج الفردي بمرونته وقدرته على تحقيق تقدم ملموس، غير أنه يتطلب وقتًا وجهدًا كبيرين من المختص.

ثانيًا: العلاج التربوي الجماعي:

يُقدَّم العلاج التربوي الجماعي ضمن مجموعات صغيرة متجانسة نسبيًا، ويهدف إلى تنمية المهارات الأكاديمية والاجتماعية في آن واحد. ويُعد هذا النوع مناسبًا لتنمية مهارات التواصل، والعمل التعاوني، وضبط السلوك داخل الجماعة، خاصة لدى الأطفال ذوي اضطرابات السلوك أو صعوبات التعلم المتوسطة. كما يسهم في تعزيز الدافعية والشعور بالانتماء.

ثالثًا: العلاج التربوي السلوكي:

يقوم العلاج التربوي السلوكي على تعديل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز السلوك الإيجابي باستخدام مبادئ التعلم الشرطي والتعزيز. ويُستخدم هذا النوع بكثرة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. ويتميز بوضوح أهدافه وقابلية نتائجه للقياس، شريطة الاستمرارية والتنسيق بين الأسرة والمدرسة.

رابعًا: العلاج التربوي المعرفي:

يهدف العلاج التربوي المعرفي إلى تنمية العمليات العقلية العليا مثل الانتباه، والإدراك، والذاكرة، وحل المشكلات. ويُعد هذا النوع أساسًا لعلاج صعوبات التعلم الأكاديمية، إذ يعمل على تحسين استراتيجيات التفكير والتعلم لدى المتعلم، بدل الاقتصار على التدريب الآلي. ويُطبق غالبًا في المراحل الدراسية الأولى.

خامسًا: العلاج التربوي الشمولي (التكاملي)

يعتمد العلاج التربوي الشمولي على الدمج بين أكثر من أسلوب علاجي (تربوي، نفسي، اجتماعي، وأحيانًا طبي)، ويقوم على العمل ضمن فريق متعدد التخصصات. ويُعد هذا المدخل من أنجح الأساليب في التعامل مع الحالات المركبة، كالإعاقات المتعددة أو الشلل الدماغي، حيث يراعي نمو الطفل في جميع جوانبه.

خاتمة:

تمثل العلاجات التربوية ركيزة أساسية في تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة، إذ تسهم في تنمية قدراتهم وتحسين توافقهم المدرسي والاجتماعي. ولا يمكن نجاح أي علاج تربوي دون تشخيص دقيق، وتخطيط علمي، وتعاون فعّال بين المختصين والأسرة والمؤسسة التربوية، بما يضمن استمرارية الأثر العلاجي وتحقيق الأهداف المنشودة.

أسئلة تقويمية

1. ما الفرق بين العلاج التربوي الفردي والعلاج التربوي الجماعي من حيث الأهداف والتطبيق؟
2. لماذا يُعد العلاج التربوي السلوكي مناسبًا لفئة الأطفال ذوي اضطرابات النمائية؟
3. ما أهمية اعتماد المدخل العلاجي الشمولي في التربية العلاجية؟

المحاضرة التاسعة: بناء البرامج العلاجية

تمهيد: يُعد بناء البرامج العلاجية خطوة أساسية في ميدان التربية الخاصة والصحة النفسية، إذ يهدف إلى وضع خطة منظمة للتدخل العلاجي والتربوي والنفسي وفق احتياجات الفرد، مع مراعاة الفروق الفردية وطبيعة الاضطراب وشدته. ويعتمد هذا البناء على التشخيص الدقيق الذي يُحدد نقاط القوة والضعف لدى الحالة، باعتباره الأساس الذي تُبنى عليه جميع مراحل البرنامج.

أهداف المحاضرة:

- التعرف على مختلف البرامج العلاجية ومدى ملاءمتها للفئات الخاصة (صعوبات التعلم)
- أهمية الاعتماد على البرامج العلاجية لتسهيل عملية التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.
- فهم مراحل تطبيق البرامج العلاجية (تقييم، تشخيص، تحديد الأهداف، اختيار الاستراتيجيات والوسائل العلاجية، تنفيذ البرنامج العلاجية، تقييم وتعديل البرنامج العلاجي)

تبدأ عملية بناء البرنامج العلاجي بمرحلة **التقييم والتشخيص**، حيث يتم جمع المعلومات من مصادر متعددة مثل الملاحظة، الاختبارات المقننة، المقابلات مع الأسرة والمعلمين، والسجلات الطبية أو التربوية. وتساعد هذه المرحلة في تحديد طبيعة المشكلة بدقة، سواء كانت معرفية أو سلوكية أو لغوية أو حركية.

بعد ذلك تأتي مرحلة **تحديد الأهداف العلاجية**، وهي من أهم المراحل، إذ يتم صياغة أهداف عامة وأخرى إجرائية قابلة للقياس، مثل تحسين مهارة القراءة، أو تقليل السلوك العدواني، أو تنمية مهارات التواصل. ويُشترط أن تكون الأهداف واقعية، محددة زمنياً، وقابلة للتحقيق وفق قدرات الفرد.

ثم يتم الانتقال إلى مرحلة **اختيار الاستراتيجيات والوسائل العلاجية**، حيث يتم تحديد الأساليب المناسبة مثل العلاج السلوكي، أو المعرفي السلوكي، أو البرامج التربوية الفردية، أو التدخل الأرطفوني أو الوظيفي، حسب طبيعة الحالة. كما يتم تحديد الأدوات والأنشطة والوسائل التعليمية الداعمة للتدخل.

تليها مرحلة **تنفيذ البرنامج العلاجي**، وفيها يتم تطبيق الخطط العلاجية بشكل عملي ومنظم، سواء في جلسات فردية أو جماعية، مع ضرورة التنسيق بين الأخصائيين (نفساني، أرطفوني، أخصائي تربوي، طبيب...). ويُراعى في هذه المرحلة خلق بيئة داعمة ومحفزة تساعد على تحقيق التغيير المطلوب.

بعد التنفيذ تأتي مرحلة **التقويم والمتابعة**، حيث يتم قياس مدى تقدم الحالة نحو تحقيق الأهداف المسطرة، باستخدام أدوات تقويم مختلفة مثل الاختبارات، والملاحظة، والسجلات التبعية. وإذا تبين وجود قصور أو عدم فعالية بعض الإجراءات، يتم تعديل البرنامج بما يتناسب مع التطور الحاصل.

الخاتمة:

وأخيرًا، تُعد مرحلة إعادة التخطيط أو الإنهاء مرحلة حاسمة، إذ يمكن إعادة بناء البرنامج وتعديله حسب النتائج، أو إنهاؤه في حال تحقيق الأهداف العلاجية بشكل كافٍ، مع تقديم توصيات للمتابعة المستقبلية.

ويُعتبر بناء البرامج العلاجية عملية ديناميكية مستمرة، تعتمد على التكامل بين الجوانب النفسية والتربوية والطبية والاجتماعية، بهدف الوصول إلى أقصى درجة من التكيف والاستقلالية لدى الفرد.

أسئلة تقويمية:

- ماهي معايير اختيار نوع التدخل العلاجي حسب كل فئة من فئات الإعاقة؟
- بين أهم التدخلات العلاجية لذوي الشلل الدماغي للحد من الصعوبات الحركية وسيلان اللعاب؟

المحاضرة العاشرة: أنواع البرامج العلاجية حسب فئة الإعاقة

تمهيد:

عند تصميم البرامج العلاجية في مجالات التربية الخاصة والتدخل العلاجي، يتم تصنيفها بناء عل الفئة المستهدفة وطبيعة الاضطراب، مع مراعاة الفروق الفردية.

الأهداف:

- التعرف على مختلف البرامج العلاجية ومدى ملاءمتها مع الفئات الخاصة مثل –صعوبات التعلم، التخلف العقلي، التوحد...
- معرفة مراحل تطبيق البرامج العلاجية (تقييم، تشخيص، تحديد الأهداف، اختيار الاستراتيجيات والوسائل العلاجية، تنفيذ البرامج)

أنواع التدخلات العلاجية حسب كل فئة من فئات الإعاقة

يختلف اختيار نوع التدخل العلاجي باختلاف طبيعة الإعاقة ودرجة شدتها واحتياجات الفرد، حيث لا يوجد برنامج علاجي موحد، بل يتم تصميم تدخلات خاصة بكل فئة لضمان الفعالية وتحقيق أفضل مستوى من التكيف النفسي والتربوي والاجتماعي.

بالنسبة **للإعاقة الذهنية**، تعتمد البرامج العلاجية على مزيج من التربية العلاجية، التدريب على المهارات الحياتية، والعلاج السلوكي. ويُركز التدخل على تنمية الاستقلالية، المهارات الاجتماعية، والوظائف الإدراكية البسيطة، مع استخدام التعزيز الإيجابي والتعلم بالمحاكاة، إضافة إلى برامج فردية مثل الخطة التربوية الفردية.

أما **اضطراب طيف التوحد**، فيُعتمد على تدخلات سلوكية وتربوية مكثفة مثل تحليل السلوك التطبيقي(ABA) ، إضافة إلى العلاج النمائي والتدريب على التواصل، والعلاج الأرطفوني. ويهدف التدخل إلى تحسين التواصل الاجتماعي، تقليل السلوكيات النمطية، وتنمية المهارات التكيفية.

في حالة **الإعاقة السمعية**، يُستخدم العلاج الأرطفوني بشكل أساسي إلى جانب التدريب السمعي واللغوي، مع الاعتماد على وسائل بديلة للتواصل مثل لغة الإشارة أو زراعة القوقعة في بعض الحالات. كما تُدمج برامج تعليمية خاصة لتطوير اللغة الشفهية أو المكتوبة حسب الإمكانات السمعية.

أما **الإعاقة البصرية**، فتتضمن التدخلات التدريب على المهارات التعويضية مثل استخدام الحواس الأخرى، وتعليم طريقة برايل، والتدريب على الاستقلالية والتنقل، إضافة إلى برامج دعم نفسي وتربوي تساعد على الاندماج المدرسي والاجتماعي.

وفيما يخص **الإعاقة الحركية والشلل الدماغي**، فإن التدخلات تعتمد على العلاج الفيزيائي لتحسين الحركة والتوازن، والعلاج الوظيفي لتنمية المهارات اليومية، إضافة إلى الدعم التربوي لتسهيل الاندماج الدراسي، مع توفير وسائل مساعدة للتنقل والتعلم.

أما **صعوبات التعلم**، فتتطلب برامج علاجية تربوية فردية تركز على مهارات القراءة والكتابة والحساب، باستخدام استراتيجيات مثل التعليم المقطعي، التدريب الصوتي (الفونولوجي)، والعلاج المعرفي السلوكي لتحسين الانتباه والدافعية.

وفي حالة **اضطرابات اللغة والنطق**، يتم الاعتماد على العلاج الأرطفوني بشكل أساسي، من خلال تدريبات النطق، تنمية المفردات، تحسين الطلاقة اللفظية، وتصحيح الأخطاء الصوتية، مع إشراك الأسرة في دعم التواصل اليومي.

كما أن **فئة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية** تستفيد من العلاج السلوكي والمعرفي السلوكي، إضافة إلى العلاج الجماعي والأسري، بهدف تعديل السلوك العدواني أو الانسحابي، وتحسين التكيف الاجتماعي والانفعالي.

خاتمة:

بناء على سبق، نُلاحظ أن التدخلات العلاجية الحديثة تميل إلى التكامل بين عدة مقاربات (طبية، نفسية، تربوية، اجتماعية)، بدل الاعتماد على نوع واحد فقط، مما يضمن شمولية التكفل وفعاليته على المدى الطويل.

أسئلة تقويمية:

- بين الفرق بين البرامج الوقائية والبرامج العلاجية في التدخل المبكر؟
- اذكر أنواع البرامج العلاجية المستخدمة مع الأطفال مع الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة؟
- هل يتم تفريد البرامج حسب خصائص كل طفل، مع التمثيل؟

المحاضرة الحادية عشر: تقويم البرامج العلاجية

تمهيد:

يُعد تقويم البرامج العلاجية عملية منهجية تهدف إلى الحكم على مدى فعالية البرامج العلاجية والتربوية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال مقارنة النتائج المحققة بالأهداف المسطرة مسبقًا. ويعتمد هذا التقويم على جمع بيانات دقيقة حول تطور الحالات من الناحية السلوكية والمعرفية والانفعالية، مما يسمح بتحديد مدى نجاح التدخل العلاجي وإمكانية استمراره أو تعديله. كما يُعتبر أداة أساسية لضمان جودة الخدمات المقدمة داخل المؤسسات التربوية والنفسية.

الأهداف:

- الحكم على مدى فاعلية البرامج العلاجية.
- تقييم التغير في أداء الطفل، لغوي، معرفي، سلوكي.
- تحسين جودة التدخل وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، قصد اتخاذ القرارات التربوية والعلاجية المناسبة.

تقويم البرامج العلاجية:

يرتكز تقويم البرامج العلاجية على مجموعة من الأهداف، أهمها قياس مدى تحقق الأهداف الفردية للبرنامج، وتحديد فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة، إضافة إلى دعم اتخاذ القرار التربوي والعلاجي المناسب. كما يساهم في تحسين الأداء المهني للمختصين من خلال تزويدهم بتغذية راجعة حول مدى نجاح تدخلاتهم، مما يساعد على تطوير الممارسات العلاجية بشكل مستمر.

تتعدد أساليب تقويم البرامج العلاجية:

التقويم القبلي الذي يحدد مستوى الفرد قبل التدخل، والتقويم التكويني الذي يتم أثناء تنفيذ البرنامج بهدف إدخال تعديلات مستمرة.

التقويم الختامي الذي يقيس النتائج النهائية للبرنامج. كما تُستخدم أدوات متنوعة مثل الملاحظة المنظمة، المقاييس النفسية، الاختبارات التشخيصية، وسجلات المتابعة السلوكية، مما يسمح بالحصول على صورة شاملة عن تطور الحالة.

ومن أهم مؤشرات نجاح البرامج العلاجية نذكر التحسن في الأداء الوظيفي للفرد، انخفاض الاضطرابات السلوكية، زيادة القدرة على التكيف الاجتماعي، وارتفاع مستوى الاستقلالية.

كما يُعد تعاون الأسرة واستجابة الفرد للعلاج من العوامل المؤثرة في نجاح البرنامج. غير أن عملية التقويم قد تواجه بعض الصعوبات مثل اختلاف الحالات الفردية، وغياب معايير موحدة للتقييم، مما يتطلب مرونة ودقة في التحليل.

خاتمة:

يُعتبر تقويم البرامج العلاجية عنصرًا جوهريًا في تطوير التربية العلاجية، حيث يساهم في تحسين جودة التدخلات وضمان فعاليتها، كما يساعد على توجيه الموارد بشكل أفضل لخدمة ذوي الاحتياجات الخاصة، بما يحقق نتائج علاجية وتربوية أكثر دقة وفعالية.

أسئلة تقويمية:

- هل يتم تعديل البرنامج بناء على نتائج التقويم؟
- ما الاستراتيجيات البديلة المقترحة؟
- كيف يمكن تحسين فاعلية البرنامج العلاجي؟

المحاضرة الثانية عشر: تربية العلاجية لفئة الأطفال

تمهيد:

تُعدّ التربية العلاجية من المقاربات التربوية الهامة التي تهدف إلى دعم الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلمية أو سلوكية أو نفسية، وذلك من خلال توفير بيئة تعليمية ملائمة تراعي خصوصياتهم الفردية. فهي لا تقتصر على علاج مواطن الضعف فحسب، بل تعمل أيضًا على تنمية قدرات الطفل وتعزيز ثقته بنفسه، مما يساعده على الاندماج الإيجابي في الوسط المدرسي والاجتماعي.

الأهداف:

دعم الاستقلالية لدى الطفل في عملية والممارسات اليومية.، وتعزيز الثقة بنفسه للتعلم.

- تشخيص الصعوبات التي يعاني منها الطفل (تعلمية، سلوكية، نفسية).
- تقديم أنشطة علاجية مناسبة تساعد على تجاوز هذه الصعوبات.

تحسين التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.

مبادئ التربية العلاجية لفئة الأطفال:

تُعدّ التربية العلاجية للأطفال من أهم مجالات التربية الخاصة، وهي مجموعة من الإجراءات التربوية والنفسية والتأهيلية التي تهدف إلى مساعدة الطفل الذي يعاني من صعوبات أو اضطرابات نمائية أو تعليمية أو سلوكية على التكيف مع بيئته وتحسين أدائه العام. وتركّز هذه التربية على التدخل المبكر، باعتباره عاملًا حاسمًا في تقليل آثار الإعاقة أو الاضطراب، وتعزيز فرص النمو السليم في مختلف الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية.

تسعى التربية العلاجية للأطفال إلى تحقيق عدة أهداف أساسية، أهمها تنمية القدرات العقلية واللغوية والحركية للطفل، وتعديل السلوكيات غير التكيفية، وتعزيز مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. كما تهدف إلى دعم استقلالية الطفل في أداء مهامه اليومية، ودمجه تدريجيًا في البيئة المدرسية والاجتماعية، بما يضمن له حياة أكثر توازنًا وفاعلية داخل المجتمع.

تعتمد التربية العلاجية على مجموعة من المبادئ، أبرزها مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال، واعتماد مبدأ التعلم النشط القائم على الممارسة والتجربة، إضافة إلى إشراك الأسرة في العملية العلاجية باعتبارها عنصرًا أساسيًا في دعم الطفل. كما تقوم على التشخيص الدقيق للحالة قبل وضع أي برنامج علاجي، ثم تصميم خطة فردية تتناسب مع احتياجات كل طفل على حدة.

وتتنوع أساليب التربية العلاجية للأطفال، حيث تشمل البرامج السلوكية التي تهدف إلى تعديل السلوك، والبرامج اللغوية التي تركز على تنمية مهارات التواصل، إضافة إلى البرامج الإدراكية والمعرفية التي تعمل على تنشيط القدرات العقلية. كما يتم استخدام اللعب العلاجي كوسيلة فعالة، خاصة في المراحل المبكرة، لما له من دور في تخفيف التوتر وتنمية المهارات بشكل طبيعي وممتع.

وتُظهر الدراسات أن فعالية التربية العلاجية للأطفال ترتبط بشكل مباشر بمدى مبكّرية التدخل، وجودة البرامج المقدمة، ومستوى التعاون بين المختصين والأسرة. كما أن البيئة الداعمة تلعب دورًا كبيرًا في نجاح العملية العلاجية، من خلال توفير جو نفسي آمن ومحفّز يساعد الطفل على التطور والتعلم.

تُعتبر التربية العلاجية للأطفال مدخلًا أساسيًا لضمان نمو متوازن للأطفال ذوي الصعوبات أو الاضطرابات، حيث تساهم في تحسين جودة حياتهم، وتسهيل اندماجهم في المجتمع، وتقليل الآثار السلبية للإعاقات أو المشكلات النمائية على المدى الطويل.

أهم البرامج العلاجية لفئة الأطفال حسب فئات الإعاقات:

تختلف البرامج العلاجية الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف طبيعة الإعاقة ودرجة شدتها، حيث يتم تصميم تدخلات فردية أو جماعية تهدف إلى تنمية القدرات المتبقية وتعويض جوانب القصور. وفيما يلي عرض لأهم البرامج العلاجية حسب كل فئة من فئات الإعاقة:

أولا: البرامج العلاجية لفئة الإعاقة الذهنية:

تركز هذه البرامج على تنمية المهارات المعرفية الأساسية مثل الانتباه، الذاكرة، والإدراك، إضافة إلى مهارات الحياة اليومية والاستقلالية. كما تعتمد على التعليم الفردي المبرمج، وتحليل المهمة إلى خطوات صغيرة، مع استخدام التعزيز الإيجابي لتثبيت السلوكيات المرغوبة.

ومن أبرز البرامج: برنامج التربية الفردية(IEP) ، وبرامج تنمية المهارات الوظيفية والاجتماعية، وبرامج التأهيل المهني المبكر.

ثانيا: البرامج العلاجية لفئة اضطراب طيف التوحد:

تعتمد هذه البرامج على التدخل المبكر المكثف، وتهدف إلى تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتحسين التفاعل الاجتماعي، وتقليل السلوكيات النمطية.

ومن أهمها: برنامج ABA (تحليل السلوك التطبيقي)، برنامج TEACCH للتعليم المنظم، وبرنامج PECS للتواصل عبر الصور، إضافة إلى العلاج باللعب والتكامل الحسي.

ثالثا: البرامج العلاجية لفئة الإعاقة السمعية:

تركز هذه البرامج على تنمية اللغة والتواصل، سواء باستخدام اللغة المنطوقة أو لغة الإشارة أو التواصل الكلي. كما تشمل التدريب السمعي باستخدام الأجهزة المساعدة مثل السماعات وزراعة القوقعة. ومن أهم البرامج: برنامج التدريب السمعي اللفظي، وبرامج تعليم لغة الإشارة، وبرامج التخاطب المبكر

رابعا: البرامج العلاجية لفئة الإعاقة البصرية

تهدف هذه البرامج إلى تنمية الإدراك الحسي البديل (اللمس والسمع)، وتعليم مهارات الحركة والتنقل (Orientation & Mobility)، إضافة إلى تدريب الطفل على استخدام الوسائل التعويضية مثل طريقة برايل. كما تشمل برامج تنمية الاستقلالية في الحياة اليومية والتكيف مع البيئة المحيطة.

خامسا: البرامج العلاجية لفئة الإعاقة الحركية والشلل الدماغي:

تركز هذه البرامج على العلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي لتحسين الحركة والتوازن والتناسق العضلي. كما تهدف إلى تدريب الطفل على أداء الأنشطة اليومية بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية.

ومن أبرز التدخلات: العلاج الطبيعي، العلاج بالماء، برامج إعادة التأهيل الحركي، واستخدام الأجهزة التعويضية.

سادسا: البرامج العلاجية لفئة صعوبات التعلم:

تركز على تنمية المهارات الأكاديمية الأساسية مثل القراءة والكتابة والحساب، مع استخدام استراتيجيات تعليمية علاجية فردية. ومن أهم البرامج: برنامج أورتون–غيلنغهام لعسر القراءة، وبرامج التعليم متعدد الحواس، وبرامج التدريب على الذاكرة والانتباه، برامج علاج صعوبات تمييز وانتاج الحروف المتشابهة الوعى الفونولوجي

سسابعا: البرامج العلاجية لفئة الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تهدف إلى تعديل السلوك غير التكيفي، وتنمية مهارات الضبط الذاتي والتفاعل الاجتماعي الإيجابي. ومن أبرزها: العلاج السلوكي المعرفي(CBT) ، برامج تعديل السلوك باستخدام التعزيز والعقاب المنظم، وبرامج المهارات الاجتماعية.

خاتمة:

تقوم البرامج العلاجية للأطفال ذوي الإعاقة على مبدأ الفردية والتكامل بين الجوانب التربوية والنفسية والطبية، مع التركيز على التدخل المبكر والتعاون بين الأسرة والمدرسة والمختصين، بهدف تحقيق أقصى درجات الاستقلالية والاندماج الاجتماعي.

أسئلة تقويمية:

- ما أهم الصعوبات التي تستهدفها التربية العلاجية؟
- اذكر بعض أهداف التربية العلاجية للأطفال .
- كيف يمكن للتربية العلاجية أن تعزز ثقة الطفل بنفسه؟
- اقترح نشاطًا بسيطًا يمكن استخدامه لمساعدة طفل يعاني من صعوبة في القراءة.

المحاضر الثالثة عشر: التربية العلاجية لفئة المراهقين

تمهيد:

تُعدّ التربية العلاجية لفئة المراهقين من المجالات التربوية والنفسية المهمة، إذ تستهدف فئة عمرية حساسة تتميز بتغيرات سريعة على المستوى الجسمي والنفسي والاجتماعي. وتهدف هذه التربية إلى مساعدة المراهقين الذين يعانون من اضطرابات نمائية أو سلوكية أو تعلمية أو انفعالية على التكيف مع متطلبات المرحلة، وتجاوز الصعوبات التي قد تعيق نموهم السليم داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع.

الأهداف:

- دعم مواجهة التحديات النفسية والاجتماعية لمرحلة المراهقة، مثل القلق والتغيرات الهرمونية والتسرب الدراسي.
- تقليل الهدر التربوية وتعزيز تقدير الذات وتنمية المهارات الحياتية، وتحقيق الدمج الاجتماعي والمهني من خلال البرامج الخاصة.
- بناء شخصية متوازنة من خلال الأنشطة التربوية والعلاجية التي تدمج الجوانب العاطفية والمعرفية.

التربية العلاجية في مرحلة المراهقة:

تركز التربية العلاجية في مرحلة المراهقة على تحقيق مجموعة من الأهداف منها:

دعم الاستقرار النفسي والانفعالي، وتنمية مهارات التوافق الاجتماعي، وتعزيز القدرة على اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية.

تعديل السلوكيات غير التكيفية مثل العدوانية، الانسحاب الاجتماعي، أو ضعف الانضباط الذاتي، إضافة إلى تعزيز الثقة بالنفس وبناء صورة إيجابية عن الذات.

وتعتمد هذه التربية على مجموعة من الأساليب العلاجية المتكاملة

العلاج السلوكي المعرفي الذي يساعد المراهق على إعادة بناء أفكاره السلبية وتعديل سلوكياته

الإرشاد النفسي الفردي والجماعي الذي يوفر بيئة آمنة للتعبير عن المشاعر والمشكلات.

العلاج الأسري باعتباره عنصرًا مهمًا في فهم ديناميات العلاقة داخل الأسرة وتحسين التواصل بين أفرادها.

كما تشمل التربية العلاجية للمراهقين برامج تدريبية تهدف إلى:

تنمية المهارات الحياتية، مثل مهارات التواصل، إدارة الوقت، حل المشكلات، وضبط الانفعالات.

النشاط المدرسي والإرشاد التربوي داخل المؤسسات التعليمية من الأدوات الأساسية لدعم التكيف الدراسي والاجتماعي، خاصة لدى المراهقين الذين يعانون من صعوبات تعلم أو اضطرابات سلوكية.

وتؤكد الدراسات أن نجاح التربية العلاجية في مرحلة المراهقة يعتمد على عدة عوامل، أهمها التدخل المبكر، وفعالية العلاقة بين المختص والمراهق، إضافة إلى مشاركة الأسرة والمدرسة في العملية العلاجية. كما أن مراعاة الخصائص النمائية لهذه المرحلة تُعد عنصرًا أساسيًا في تصميم البرامج العلاجية المناسبة.

.أهم البرامج العلاجية لفئة المراهقين ذوي الإعاقة

تُعد مرحلة المراهقة لدى ذوي الإعاقة مرحلة دقيقة تتطلب برامج علاجية وتربوية خاصة، لأنها تجمع بين تحديات النمو النفسي والجسمي والاجتماعي من جهة، ومتطلبات الإعاقة من جهة أخرى. لذلك تُبنى البرامج العلاجية في هذه المرحلة على مبدأ التكامل بين التأهيل النفسي والتربوي والمهني، بهدف دعم الاستقلالية والاندماج الاجتماعي.

البرامج العلاجية المعرفية والسلوكية: تُستخدم هذه البرامج لتعديل الأفكار والسلوكيات غير التكيفية لدى المراهق، مثل القلق، العدوانية، ضعف تقدير الذات أو السلوكيات الاندفاعية، ويُعتمد فيها على العلاج السلوكي المعرفي(CBT) ، والتعزيز الإيجابي، وتدريب المراهق على التحكم في الانفعالات وحل المشكلات واتخاذ القرار.

لبرامج الإرشاد النفسي الفردي والجماعي: تهدف إلى مساعدة المراهق على التعبير عن مشاعره وفهم ذاته، والتكيف مع الإعاقة وقبولها. كما يوفر الإرشاد الجماعي فرصة للتفاعل مع أقران يواجهون صعوبات مشابهة، مما يعزز الشعور بالانتماء ويقلل من العزلة الاجتماعية.

برامج التأهيل التربوي الفردي(IEP) : وهي خطط تربوية فردية تُصمم حسب قدرات واحتياجات كل مراهق، وتركز على دعم التحصيل الدراسي، وتعويض الصعوبات التعليمية، وتطوير المهارات الأكاديمية الأساسية. كما تتضمن تكييف المناهج وطرق التدريس بما يتناسب مع نوع الإعاقة.

برامج التأهيل المهني والتدريب على العمل: تهدف هذه البرامج إلى إعداد المراهق ذي الإعاقة للحياة المهنية المستقبلية من خلال التدريب على مهارات مهنية بسيطة أو متوسطة، وتنمية مهارات العمل والاستقلال الاقتصادي. كما تشمل التوجيه المهني والتدريب داخل ورشات محمية أو مؤسسات متخصصة.

برامج تنمية المهارات الحياتية والاستقلالية: تركز على تدريب المراهق على مهارات الحياة اليومية مثل العناية بالذات، إدارة الوقت، استخدام المال، والتنقل الآمن. وتُعد هذه البرامج أساسية لرفع مستوى الاستقلالية، وتقليل الاعتماد على الآخرين.

برامج العلاج الأسري والدعم الاجتماعي: تستهدف الأسرة باعتبارها عنصرًا رئيسيًا في عملية التأهيل، من خلال تدريبها على كيفية التعامل مع المراهق، وتقديم الدعم النفسي والتربوي له، كما تهدف إلى تحسين التواصل الأسري وتقليل الضغوط النفسية داخل الأسرة.

برامج الدمج المدرسي والاجتماعي: تسعى إلى إدماج المراهقين ذوي الإعاقة في المدارس العادية أو البيئات شبه العادية، مع توفير التكيفيات اللازمة. كما تشمل أنشطة اجتماعية ورياضية وثقافية تساعد على تعزيز التفاعل الاجتماعي وبناء الثقة بالنفس.

خاتمة:

تقوم البرامج العلاجية للمراهقين ذوي الإعاقة على مبدأ الشمولية والتكامل، حيث تجمع بين العلاج النفسي، والدعم التربوي، والتأهيل المهني، بهدف تحقيق أقصى درجات الاستقلالية والاندماج في المجتمع، مع مراعاة خصوصية كل حالة.

أسئلة تقييمية: ما دور الأهل والمدرسة في دعم أهداف التربية العلاجية خلال مرحلة المراهقة؟

- هل تساهم الأنشطة الترويحية في تحقيق غايات التربية العلاجية للشباب،

المحاضر الرابعة عشر: التكفل الجماعي والتكفل الفردي بذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

يُعدّ التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة من أهم الأسس في التربية الخاصة والتربية العلاجية، حيث يهدف إلى تقديم خدمات تربوية ونفسية وتأهيلية تساعد الفرد على تحقيق أقصى قدر من النمو والاستقلالية. ويأخذ هذا التكفل شكلين أساسيين هما: التكفل الفردي والتكفل الجماعي، وكل منهما له خصائصه ومجالات استخدامه وفق طبيعة الإعاقة واحتياجات الفرد.

الأهداف:

- تصميم خطط تعليمية وعلاجية لكل فرد مثل التقييم الشخصي والتدخلات اليومية لتحسين المهارات المعرفية والحركية والعاطفية.
- تنظيم أنشطة جماعية مثل ورش العمل، والألعاب التعاونية لتعزيز التفاعل الاجتماعي وتقليل العزلة.
- تطوير الوعي المجتمعي اتجاه حقوق ذوي الاحتياجات.

أولاً: التكفل الفردي بذوي الاحتياجات الخاصة:

التكفل الفردي هو أسلوب علاجي وتربوي يعتمد على تقديم خدمات مخصصة لفرد واحد وفق برنامج فردي مصمم بدقة بناءً على تشخيص شامل لحالته. ويُبنى هذا البرنامج عادة على خطة تربوية فردية تأخذ بعين الاعتبار قدرات الفرد، نقاط قوته، وصعوباته.

يتميز هذا النوع من التكفل بالتركيز على الفروق الفردية، حيث يتم اختيار الأهداف والأنشطة والأساليب العلاجية بما يتناسب مع خصوصية كل حالة. كما يسمح بتقديم دعم مكثف في مجالات محددة مثل اللغة، السلوك، أو المهارات الأكاديمية.

ومن أبرز مجالات استخدام التكفل الفردي: حالات الإعاقة الشديدة، اضطرابات طيف التوحد، صعوبات التعلم الحادة، واضطرابات التواصل. ويُعتبر فعالًا بشكل خاص في التدخل المبكر، حيث يحتاج الطفل إلى متابعة دقيقة ومباشرة.

غير أن هذا النوع قد يكون محدودًا من حيث التفاعل الاجتماعي، وقد يتطلب وقتًا وجهدًا كبيرين من المختصين.

ثانياً: التكفل الجماعي بذوي الاحتياجات الخاصة:

التكفل الجماعي هو أسلوب يعتمد على تقديم خدمات تربوية أو علاجية لمجموعة من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في آن واحد، ضمن بيئة منظمة تسمح بالتفاعل والتعاون بين الأفراد.

يهدف هذا النوع إلى تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية، وتعزيز روح التعاون والانتماء، إضافة إلى تقليل الشعور بالعزلة. كما يتيح فرصًا للتعلم من الأقران من خلال النمذجة والتفاعل الاجتماعي.

يُستخدم التكفل الجماعي بشكل واسع في المدارس الخاصة، مراكز التأهيل، وورشات التدريب المهني، حيث يتم تنظيم أنشطة تعليمية وعلاجية جماعية مثل الألعاب التربوية، العلاج باللعب، والأنشطة الحياتية اليومية.

ومن مميزاته أنه يساهم في خفض التكلفة، ويعزز التفاعل الاجتماعي، لكنه قد لا يكون مناسبًا للحالات التي تحتاج إلى تدخل فردي مكثف.

ثالثاً: المقارنة بين التكفل الفردي والجماعي:

التكفل الفردي يركز على خصوصية الحالة واحتياجاتها الدقيقة، بينما يركز التكفل الجماعي على التفاعل الاجتماعي وتنمية المهارات الجماعية. وغالبًا ما يُفضل الدمج بين الطريقتين داخل البرامج العلاجية، بحيث يستفيد الفرد من الدعم الفردي وفي الوقت نفسه من خبرات التفاعل الجماعي.

الخاتمة:

إن التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، سواء كان فرديًا أو جماعيًا، يهدف في النهاية إلى تحقيق الدمج الاجتماعي وتحسين جودة حياة الفرد. ويُعد التكامل بين الطريقتين هو النموذج الأكثر فعالية، لأنه يجمع بين الدقة في العلاج الفردي وقوة التفاعل الاجتماعي في العلاج الجماعي.

الأسئلة التقييمية:

- ما أهمية التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع؟

- ما الأهداف الأساسية للتكفل الفردي؟
- ما الفرق بين التكفل الفردي والتكفل الجماعي من حيف الأهداف والوسائل؟

المحاضرة الخامسة عشر: تحليل ومقارنة لبعض برامج التربية العلاجية

تمهيد:

تتعدد برامج التربية العلاجية في مجال التربية الخاصة، وتختلف حسب طبيعة الإعاقة والأهداف العلاجية، إلا أنها تشترك في هدف أساسي يتمثل في تحسين قدرات الفرد وتعزيز تكيفه النفسي والاجتماعي والتربوي. ويمكن تحليل ومقارنة أهم هذه البرامج من خلال استعراض خصائصها، أهدافها، وأساليبها.

الأهداف:

- تحليل محتوى وخصائص بعض برامج التربية العلاجية المنشرة محليا وإقليميا.
- مقارنة هذه البرامج من حيث الأهداف، الوسائل، الفريق المختص، مدة التكفل نتائجها على الافراد
- اقتراح التعديلات أو التكامل بين البرامج المختلفة.

.برنامج تحليل السلوك التطبيقي – (ABA) لاضطراب طيف التوحد:

يركز هذا البرنامج على تعديل السلوك من خلال التعزيز والتكرار وتقسيم المهارات إلى خطوات صغيرة. ويُعد من أكثر البرامج فعالية في تحسين التواصل والسلوك لدى الأطفال ذوي التوحد.

تحليل البرنامج: يعتمد على أسس علمية سلوكية دقيقة، ويتميز بالمنهجية والقياس المستمر للتقدم، لكنه يتطلب وقتًا وجهدًا كبيرين وتدخلاً مكثفًا من المختصين والأسرة.

المقارنة:

بالمقارنة مع البرامج الأخرى، يتميز ABA بالدقة في تعديل السلوك، لكنه أقل مرونة من البرامج العلاجية التي تعتمد على اللعب أو التفاعل الحر.

برنامج – TEACCH التعليم المنظم:

هو برنامج تعليمي علاجي موجه أساسًا للأطفال ذوي التوحد، يعتمد على تنظيم البيئة التعليمية بصريًا (جداول، صور، تعليمات واضحة).

تحليل البرنامج:

يركز على الاستقلالية وتنظيم السلوك عبر دعم بصري قوي، ويقلل من التشتت ويزيد من فهم الطفل للمهام.

المقارنة:

مقارنة بـABA ، فإن TEACCH أقل اعتمادًا على التعزيز السلوكي وأكثر اعتمادًا على التنظيم البيئي، مما يجعله مناسبًا للأطفال الذين يحتاجون إلى بنية واضحة وثابتة.

.3برنامج – IEP الخطة التربوية الفردية: يُستخدم مع مختلف فئات الإعاقة، ويقوم على تصميم برنامج تعليمي خاص لكل طفل حسب قدراته واحتياجاته.

تحليل البرنامج:

يمتاز بالمرونة العالية ويشمل أهدافًا تعليمية وسلوكية قابلة للقياس، ويعتمد على التعاون بين المعلم، الأخصائي، والأسرة.

المقارنة:

على عكس البرامج المتخصصة) مثل ABA و(TEACCH، فإن IEP ليس برنامجًا علاجيًا بحد ذاته، بل إطار تنظيمي شامل يدمج عدة تدخلات.

.4برامج التدخل اللغوي والتخاطب

تستهدف الأطفال ذوي اضطرابات اللغة والكلام، وتركز على تنمية مهارات الفهم والتعبير والتواصل.

تحليل البرنامج: يعتمد على التمارين اللغوية، التدريب السمعي، واستخدام وسائل بديلة مثل الصور أو الإشارات.

المقارنة:

يختلف عن البرامج السلوكية في أنه يركز على مهارة محددة (اللغة)، بينما البرامج الأخرى أكثر شمولية وتشمل السلوك والتعلم معًا.

برامج التأهيل الحركي والوظيفي:

تُستخدم مع الأطفال ذوي الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، وتهدف إلى تحسين الحركة والاستقلالية في الحياة اليومية.

تحليل البرنامج: يعتمد على العلاج الفيزيائي والوظيفي وتمارين تقوية العضلات والتوازن.

المقارنة:

بعكس البرامج التربوية المعرفية، فإن هذا النوع يركز على الجانب الجسدي أكثر من الجانب الأكاديمي أو السلوكي.

خلاصة المقارنة: يمكن القول إن برامج التربية العلاجية تختلف في:

- **الهدف** :سلوكي(ABA) ، تعليمي TEACCH) و(IEP، لغوي (التخاطب)، أو حركي (التأهيل الوظيفي) .
- **المنهج** :سلوكي صارم، أو تعليمي منظم، أو مرن فردي .
- **درجة الشمول** :بعض البرامج متخصصة، بينما أخرى شاملة ومتكاملة .

وأفضل الممارسات التربوية الحديثة تعتمد على **التكامل بين هذه البرامج** حسب احتياجات الطفل، بدل الاعتماد على برنامج واحد فقط.

الخاتمة:

يساهم تحليل ومقارنة برامج التربية العلاجية في توضيح نقاط القوة والضعف في كل برنامج، مما يساعد المؤسسات التربوية والاجتماعية والطبية على اتخاذ قرارات مدروسة بدلا من التجارب العشوائية، كما يعزز التحليل من فرص دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع عن طريق اختيار وتصميم برامج متكاملة ومرنة، تلائم احتياجاتهم الفردية والجماعية.

أسئلة تقييمية:

- ما أهم التحديات التي تواجه التربية العلاجية في البيئات العربية والمحلية، وكيف يمكن التغلب عليها؟
- ما هي المنبئات التي تؤخذ بعين الاعتبار عند اختيار برنامج تربية علاجية مناسبة لحالات معينة؟

الخاتمة النهائية:

تعتبر التربية العلاجية جسرا نشطا يربط بين الممارسة الطبية والتدخل التربوي، فهي تسعى لمعالجة القصور وتمكين الفرد واستعادة ثقته بقدراته التعليمية والاجتماعية قصد تنمية مهارات تمكنه من تحقيق الاستقلالية حسب درجة الفقدان سواء أكان معرفيا أو حركيا أو حسيا وتعليميا .فالتربية العلاجية ليست مجموعة من التقنيات بل رؤية إنسانية شاملة تعيد الاعتبار للفرد كمتعلم فاعل رغم الصعوبات التي يوجهها .لقد أكدت الدراسات مثل دراسة (إيفان لوفاس1987) و (جيرالدين داودسون 2010) و أخرون أن التدخل المبكر والمنهجي القائم على التشخيص العلمي يسهم في تقليص الفجوة بين قدرات الفرد الحالية وما تسعى التربية العلاجية لتحقيقه مستعينة بمجموعة من التوجهات والمقاربات كتفريد التعلم بتكييف البرامج العلاجية لتناسب الاحتياجات النوعية لكل حالة بعيدا عن تكريس النمطية، كذا الحرص عل تكامل الأدوار للفريق متعدد التخصصات (أطباء، أخصائيين نفسانيين، أرطفونيين ومعمليين التربية الخاصة والمربيين المتعددي التخصصات) بالتعاون مع الاسرة .ولعل التزام المصداقية وتحقيق الأهداف والمساعي يمر عبر تحديد الفئات وأدوات القياس والتشخيص المناسب الذي يفضي لإعداد برامج تعليمية حسب الفئات المستهدفة على أساس من الخطة التربوية الفردية التي تعين الوسائل التعليمية والتكنولوجيا الخاصة بكل فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين والمعاقين سمعيا ... إن النجاح في التربية العلاجية من خلال برامجها التربوية والعلاجية التأهيلية مرهون بجملة من العوامل الأساسية أبرزها التشخيص الدقيق، وبناء برامج فردية تتلاءم مع خصوصيات كل حالة والتعاون بين مختلف المتدخلين والاسرة كعضو فاعل لإنجاح العملية التعليمية التعلمية .تبقى التربية العلاجية قاعدة صلبة لتحقيق تكافؤ الفرص وضمان حقوق الأطفال في التعلم والنمو وفق مقاربات تراعي المستجدات الاجتماعية والفرص المتاحة للوصول بهم الى الاستقلالية وتحقيق الكفاءات المسطر لها وفق طبيعة الإعاقة .التربية العلاجية لا تخلوا من الجانب

الإنساني في نظرة كلية يجد فيها المتعثرين من أبنائنا فرصا لتحقيق ذواتهم وتنمية كفاءاتهم باستغلال الإمكانات الحديثة مثل الوسائط المختلفة، والتجهيزات مثل الزرع القوقعي وبرامج التكامل الحسي لأطفال التوحد ونظام الدمج حسب الفئات الخاصة حيث يكون لزاما تطوير هذه البرامج بالتكوين المتواصل للمهنيين والأساتذة المكونين للاطلاع على ما توصلت له البحوث و الدراسات من مناهج ووسائل و مقاربات سلوكية ومعرفية تساعد المهني على أنجاح العملية التعليمية دون الشعور بالإرهاق و الاحتراق النفسي الوارد عند تبني أنظمة جامدة وعتيقة.

المراجع بالعربية:

1- بزراوي .(2014) . صعوبات التعلّم من التشخيص إلى التدخل التربوي .الجزائر: دار هومة.

2- جابر، عبد الحميد. (2003).: التعلم وتعليم الأطفال المكفوفين، القاهرة: دار الفكر العربي.

3- الخطيب جمال. (2015) . مدخل إلى التربية الخاصة .دار الفكر، عمّان.

4- الخطيب، جمال. (2013) التربية الخاصة: مدخل إلى الإعاقات المختلف، عمّان: دار المسيرة.

5- الخطيب، جمال. (2005) مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة .دار المسيرة، عمّان.

6- الخطيب جمال ومنى الحديدي (2009) المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر ناشرون وموزعون.

7- زيتون محمد كامل: صعوبات التعلّم: الأسس النظرية والتطبيقية، عالم الكتب القاهرة 2003.

8- الزيات فتحي. (2015) صعوبات التعلّم الأسس التشخيصية والعلاجية: عمّان: دار المسيرة، عمان.

9- الزريقات، إبراهيم عبد الله .(2008) .التربية الخاصة: مبادئ وتطبيقات .دار الفكر، عمّان

10- سعد رياض. (2008) الطفل التوحدي، دار النسر للجامعات، القاهرة.

11 – سليمان، السيد عبد الحميد. (2000). الإعاقة العقلية: المفهوم والتشخيص والرعاية .القاهرة: دار الفكر العربي، القاهرة.

12 – سليمان، السيد عبد الحميد. (2000). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة .مكتبة الأنجلو المصرية.

13 – السيد عبد الحميد سليمان. (2000). صعوبات التعلّم: المفهوم، التشخيص، العلاج .القاهرة: دار الفكر العربي.

14 – عبد الرحمن، سعد .(2012) .علم النفس العلاجي .القاهرة: دار الفكر العربي.

15 – عبد الرحمن السيد سليمان. (2012). الإعاقات: المفهوم، الأسباب، الوقاية .دار الفكر، 2012.

16 – عبد الرحمن، سيد محمد (2009) .صعوبات التعلم: تشخيصها وعلاجها .مكتبة زهراء الشرق، القاهرة .

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

18 – عبد الفتاح عبد المجيد (2011) التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية

19 – عبد الستار إبراهيم .(2005) .العلاج النفسي الحديث .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

20 – فاروق الروسان. (2013). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، الطبعة الثالثة، دار المسيرة، عمان.

21 – القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد الرحمن، والزايد، إسماعيل. (2010). مدخل إلى التربية الخاصة.، دار الفكر، عمّان.

22 – القريطي، عبد المطل. . (2005). و. (2010). .سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة .دار الفكر العربي، القاهرة .

23 – كامل محمد ع. (2003). التربية الخاصة: أسسها وتطبيقاتها .دار المسيرة، عمان

24 - منظمة الصحة العالمية.(WHO). (2011). World Report on Disability

قائمة المراجع الاجنبية:

1. American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of* Mental Disorders.
2. American Psychiatric Association ; . (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA
3. American Psychological Association (APA). (2013). Practice Guidelines for the Treatment of Children and Adolescents.
4. Baker, E. T. (2007). Improving Outcomes for Children with Special Needs. Pearson Education.
5. Batshaw, M. L., Roizen, N. J., & Pellegrino, L. (2013). Children with Disabilities. Brookes.
6. Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and Crisis. W. W. Norton & Company.
7. Exceptional Learners. Pearson.
8. Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2011). Exceptional Learners. Boston: Pearson.

9. Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2012). Exceptional Learners. Pearson.

10. Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2018). exceptional Learners: An Introduction to Special Education (13th ed.). Pearson

11. Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2018). Exceptional learners. Pearson.

.

12. Heward, W. L. (2013). Exceptional Children: An Introduction to Special Education. Pearson.

13. Kirk, S. A., Gallagher, J. J., & Coleman, M. R. (2002). Educating Exceptional Children. Houghton Mifflin Company.

14. Lerner, J. (2003). Learning Disabilities. Boston: Houghton Mifflin.

15. Lidz, C. S. (2003). Early Childhood Assessment. Wiley.

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

17. Nussbaum, R. L., McInnes, R. R., & Willard, H. F. (2016). Thompson & Thompson Genetics in Medicine. Elsevier.

18. Oliver, M. (1996). Understanding disability: From theory to practice. Macmillan.

19. Santrock, J. W. (2014). Adolescence. McGraw-Hill Education.

20. Saudubray, J. M., Baumgartner, M. R., & Walter, J. (2016). Inborn Metabolic Diseases.

21. Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E. M., et al. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th ed.). AAIDD.

22. Smith, D. D. (2015). Introduction to Special Education. Pearson Education.

23. Steinberg, L. (2017). Adolescence. McGraw-Hill Education.

24. Woolfolk, A. (2016). Educational Psychology. Pearson.

25. World Health Organization (WHO). (2010). Community-Based Rehabilitation Guidelines. WHO Press.