الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة في مقياس:

سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة

ليسانس: علوم التربية توجيه وارشاد

السداسي: الخامس

الأستاذ: رابح شليحي

الحجم الساعي: 45 ساعة

المعامل: 02

الرصيد: 04

2019/2018

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة في مقياس:

سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة

ليسانس: علوم التربية توجيه وارشاد — الحجم الساعي: 45 ساعة

السداسي: الخامس — المعامل: 02

الأستاذ: رابح شليحي — الرصيد: 04

2019/2018

أهداف التعليم:

تهدف هذه المطبوعة إلى التعريف بمفهوم سيكولوجية ذوو الاحتياجات الخاصة –التربية الخاصة–وتعريف الطلبة بالمسار التاريخي لتطور تربية الأطفال ذوو الحاجات الخاصة، وإكسابهم أهم المفاهيم المرتبطة بالفئات الخاصة، والوقوف على خصائص كل فئة من هذه الفئات الخاصة، ومبادئ تشخيصها، وتوضيح أهم مسببات الإعاقة في كل فئة من الفئات. وتمكين الطلبة من فهم التوجهات الحديثة في رعاية كل فئة من هذه الفئات الخاصة، وتسليط الضوء على اهم الخدمات التربوية والتعليمية لكل فئة.

- أن يتعرف الطلبة على مختلف الاعاقات والاضطرابات لذوي الاحتياجات الخاصة
- أن يتعرفوا على حاجاتهم وأساليب تعليمهم وكيفية ادماجهم في المجتمع

المعارف المسبقة المطلوبة:

- أن يكون الطالب قد اكتسب سابقا معارف أساسية في كل من علم نفس النمو وعلم النفس المرضي للطفل.

طريقة التقييم:

- امتحان كتابي في نهاية السداسي بالنسبة للمحاضرات

تقييم متواصل خلال السداسي بالنسبة للأعمال الموجهة

محتوى المادة:

- مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفهم – تناول بعض المصطلحات المرتبطة بها
- الإعاقة العقلية (المفهوم، الأسباب، التصنيف، الخصائص)
- الإعاقة البصرية (المفهوم، التصنيف، الخصائص)
- الإعاقة السمعية (المفهوم، الأسباب، الخصائص)
- الإعاقة الحركية (المفهوم، التصنيف، الخصائص)

- اضطراب طيف التوحد (المفهوم، الأسباب، التشخيص)
- التفوق العقلي (المفهوم، التصنيف، الخصائص)
- الدمج التربوي والاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة

المحاضرة الأولى: مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفهم، وبعض المصطلحات المرتبطة بهم

العناصر:

1. مقاربة مفاهيمية
2. ذوو الاحتياجات الخاصة مقاربة مفاهيمية
3. مصطلحات مرتبطة بذوي الاحتياجات الخاصة

1- مقاربة مفاهيمية

""إن لله في خلقه شؤون"" فاختلاف الناس في اجسامهم، وعقولهم، وسلوكياتهم وطبيعة تفكيرهم وطبائعهم، بل وحتى في قدراتهم وإمكاناتهم المختلفة العقلية منها والاجتماعية والجسدية أمر فطري في هذه الحياة وفي هذه المجتمعات. كما أن اختلاف مستويات الأداء ودرجات التمكن لدى بعض الافراد هي من نتاج ما يقدم لهؤلاء الافراد من رعاية وخدمات قصد الوصول بهم الى أداء أحسن يضاهي أداء العاديين ومن هذا الاختلاف ظهر مصطلح الاحتياج المنسوب للأفراد الذين يحملون هذه الخاصية فتم اصطلاحه بـ ذوو الاحتياجات الخاصة

وقد تم إطلاق مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة على كل الافراد الذين يفتقدون لإحدى الحواس التي تؤثر في حياتهم، بدلاً من لفظ المعاقين لما له من أثرٍ سلبي عليهم، وزاد الاهتمام بهذه الفئة من الأشخاص في عصرنا هذا، فظهرت المنظّماتٍ العالمية التي تراعي شؤونهم وتلبي احتياجاتهم مثل هيئة الأمم المتحدة، و هيئات المجتمع المدني، و مع التطور الذي شهده التكفل بهذه الفئة- ذوو الاحتياجات الخاصة- أصبحوا يمارسون حياتهم كالأصحاء ويحصلون على حقوقهم كاملةً، فقد أصدرت الأمم المتحدة المواثيق التي تضمن حمايتهم وتأمين سبل الحياة الكريمة لهم، حيث من حقهم الطبيعي الاستفادة بكل جوانب الحياة العادية كالأشخاص الأصحاء.

ومفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة من المفاهيم التي أُطلقت حديثاً على الأطفال غير العاديين ، إلا أن استخدامه يكاد ينحصر في الأطفال المع اقين أكثر من غيرهم ، ولكن هذا المفهوم رغم وجاهته اللغوية الظاهرية إلا أن هناك رؤى مسانده تسوق لمفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة حيث جاذبية المفهوم وحداثته ، وهناك أيضا رؤى مغايرة لمفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة حيث إن مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يخفي وراءه ايديولوجيا قديمة أُستخدمت عبر التاريخ لتزييف حقيقة الطبيعة البشرية التي يحملها بني الإنسان وتبرير الأفكار

العنصرية الداعية إلى تفاوت الأجناس، ولكن جميع بني الإنسان لهم احتياجاتهم الخاصة بهم وفقاً لمبدأ الفروق الفردية بين بني البشر، فكل له حاجاته الخاصة سواء من العاديين أو غير العاديين بفئاتهم المختلفة ودرجاتهم المتنوعة حيث إن النفوس سعات، والاستعداد قدرات، والاستيعاب درجات، والسؤال الذي يطرح نفسه يكمن في: من منا من بني الإنسان ليس له احتياجات خاصة؟ (**جابر محمود طلبة، 2004 ص301–305**)

ولقد اختلف البعض حول استخدام بعض المصطلحات للتعبير عن الفئات التي تختلف عن غيرهم في بعض جوانب النمو منها (الضعف Impairment (العجز Disability) (Handicap الإعاقة)، (اضطراب Disorder) (غير العادية normality Up)

وقد أدى إطلاق هذه التسميات السلبية وشيوعها بين عامة الناس إلى آثار سلبية وخيمة لعل أبرزها جميعاً هي تلك الوصمة الاجتماعية لهؤلاء الأفراد بالقصور والعجز أكثر من الإشارة إلى مظاهر الكفاءة وأوجه القوة الإيجابية في شخصياتهم بل وإغفالها لمقدرتهم على أداء الكثير من الأعمال والمهام كغيرهم من العاديين مما لا يترتب عليه غالباً سوى إدراك أنفسهم على أنهم أقل قيمة من غيرهم كما يفسح الطريق لنمو إحساساتهم بالألم النفسي ، كما يسهم شيوع استخدام هذه المسميات السلبية في نمو مشاعر ا لرفض والمقاومة وربما الشعور بالخجل والعار من قبل أسر المعاقين ويؤدي إلى تصميم الاتجاهات السلبية على المستوى الاجتماعي نحو هؤلاء الأفراد، من هنا لجأ بعض العلماء والباحثون إلى استخدام مصطلحات أخرى بديلة منها (غير العاديين، الفئات الخاصة، ذوى الاحتياجات الخاصة) فالطفل ذو الحاجة الخاصة يتم إعطاؤه مسمى خاصا Labelled أو يعرف حسب مشكلته ليتم إيجاد المكان التربوي المناسب له حسب قدراته (**جابر محمود طلبة، 2004 ص301–305**)

فمن المفارقات، أن التسميات تتجه إلى أن تجعل الشخص معاقا بوضع أكثر مما هو عليه، خصوصا في تحديد حاجاتهم الحالية التي يجب تلبيتها لهم، وبعد ذلك، فإننا لا نتعامل معهم

بمنطلق التسمية التي أطلقناها عليهم، بل أوجبنا عليهم استخدام مزاياهم الخاصة في طرق التعامل مع الناس حتى يتمكنوا من السيطرة على حياتهم أو يتكيفوا مع ما لم يستطيعوا السيطرة عليه(**هبة عاطف السيد محمود عوض، نقلا عن (Allan Dodds, 1993, p 109)** (**هبة عاطف السيد محمود عوض، 2014**)

2- من هم ذوو الاحتياجات الخاصة؟؟

إن قضية الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت من أهم القضايا التي تشغل تفكير الكثير من العلماء والباحثين وخاصة علماء علم النفس وعلوم التربية وعلم النفس التربوي لأنها أحد المعايير الأساسية التي يقاس بها تقدم الأمم في هذا العصر، وقبل التطرق في موضوع ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث المفهوم، وجب علينا التعرف على مجموعة من المفاهيم كالإعاقة والطفل المعاق، المفهوم الحديث لذوي الاحتياجات الخاصة ...

وتختلف الرّؤية والمفهوم لذوي الاحتياجات الخاصّة عند الأطباء عنه عند التربويّين أو حتّى عند مُقدِّمي الخدمة المجتمعيّة، حيث ينظر كلّ منهم للموضوع من ناحيةٍ تخصصيّة بحسب العلم المعنيّ به، لكن هناك اتّفاق عامّ على أنّ هذا المصطَلح استخدم كتسميةٍ لمجموعة الأشخاص الذين لا يستطيعون مُمارسة حياتهم بشكل طبيعيّ دون تقديم رعايةٍ خاصّة لهم نتيجةَ وجود قصور فكريّ، أو عصبيّ، أو حسيّ، أو ماديّ، أو مزيج من هذه الحالات كلّها بشكلٍ دائم، بالإضافة إلى حاجتهم لخدمة تفوّق الخدمة المقدّمة لأقرانهم من نفس العمر، ويُفضّل استخدام هذا المصطلح كبديل لمصطلح المعاقين

- جاء تعريفها في قاموس **the free dictionary**: هم التلاميذ أو الافراد الذين يعانون من أي مجموعة واسعة من الإعاقات الجسدية أو الظروف الطبية أو الصعوبات الفكرية أو المشاكل العاطفية ، بما في ذلك الصمم، والعمى، وعسر القراءة، وصعوبات التعلم، والمشاكل السلوكية

https://www.thefreedictionary.com/special+needs

وذوي الاحتياجات الخاصة": هم أولئك الأفراد الذين يقعون في طرفي التوزيع الطبيعي بناء على السمة النفسية أو البدنية أو الطبية التي تميزوها، وقد أطلق عليهم ذوي الاحتياجات الخاصة نظرا لأن حاجاتهم النفسية والذهنية والتربوية تختلف عن حاجات الأفراد العاديين **(عصام توفيق قمرة، 2008، ص5)**

- و قد وصف هذا المصطلح (**إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، 2004**) الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة" هم الذين يختلفون عن غيرهم أو ينحرفون عنهم في جانب أو أكثر من جوانب شخصيته، بحيث يبلغ هذا الاختلاف درجة تشعر عندها الجماعة أن هؤلاء بحاجة إلى خدمات معينة نتيجة احتياجاتهم المختلفة التي تختلف عن احتياجات الأطفال العاديين الأصحاء، وهذا الاختلاف قد يكون في أي جانب من جوانب النمو المختلفة وهي :أ. الجانب العقلي. د. الجانب الانفعالي .ب. الجانب الجسمي. هـ. الجانب الاجتماعي، ج. الجانب اللغوي. و. الجانب الحركي

و مما سبق عرضه من مفاهيم لمصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة يمكن القول أن ذوي الاحتياجات الخاصة هم أشخاص أصيبوا بإعاقة تسببت في فقدان قدرتهم على ممارسة شئون حياتهم مثل غيرهم الأصحاء، وهم الذين يحتاجون إلى معاملة خاصة نتيجة لإصابتهم بنوع من الإعاقة حرمتهم من التأقلم، ولذلك فهم بحاجة إلى دعم ومساعدة خاصة حتى يتمكنوا من استيعاب الأمور التي تدور حولهم، كما و يعتبرون ممن لديهم قصور في التعلم، واكتساب الخبرات، والمهارات مثل العاديين، وهذا القصور نتيجة لعوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة التي تسبب للفرد إعاقة تمنعه من تعلم الأنشطة كغيره من افراد المجتمع.

3- تصنيفهم:

فئات ذوي الاحتياجات الخاصة كما أوردها علي شعيب في **محاضراته سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة للدبلوم العام للتربية 2017/2016 كلية التربية جامعة المنوفية**

Autism التوحد
الإعاقة السمعية والبصريةٌ Deaf or Blindness
بطئ التعلم او بطئ النموDevelopmental Delays
الاضطرابات الانفعالية والسلوكيةEmotional Disturbance
الإعاقة السمعية Hearing Impairments
الإعاقة العقليةMental Retardation
الإعاقات المتعددة Multiple Disabilities
الإعاقات الحركية Orthopedic Impairments
الإعاقة الجسميةٌ والصحيةٌ Other Health Impairments
صعوبات التعلم Specific Learning Disabilities
اضطرابات النطق والتواصل Speech and Language Impairments
الإصابات الدماغيةٌ Traumatic Brain Injury
الموهبة والتفوق Talent and Giftedness

أو كما أوردهم عبد الله الوابلي 1996، وهم الفئات التي تنحرف عن المتوسط سواء بشكل سالب أو بشكل موجب هم غير العاديين.

نجد منهم من يقل عن المتوسط عن الفرد العادي في إحدى المجالات التالية:

- التعويق العقلي.

- التعويق البصري.
- التعويق البدني الحركي.
- اضطراب التواصل.
- صعوبات التعلم.
- الاضطرابات السلوكية.
- حالات العوق المتعددة.

وفي الطرف الآخر نجد من لديهم قدرات تفوق الموجودة لدى الفرد العادي في مجالات منها:

- التفوق العقلي.
- التفوق السمعي.
- التفوق البصري.
- التفوق البدني الحركي.
- التفوق اللغوي الكلامي.
- التفوق التحصيلي الأكاديمي.

(عبد الله الوابلي، 1417/07/14

(http://www.alukah.net/social/0/38319/#ixzz5Mq0GzvO6)

4- مصطلحات مرتبطة بذوي الاحتياجات الخاصة:

المعوقون Les handicapées : هم الأشخاص الذين يبعدون عن المتوسط بعدا واضحا سواء في قدراتهم العقلية أو التعليمية أو الاجتماعية أو الانفعالية أو الجسمية، بحيث يترتب على ذلك حاجاتهم إلى نوع من الخدمات والرعاية لتمكينهم من تحقيق أقصى ما تسمح به قدراتهم،**(مدحت محمد أبو النصر، 2009،ص 24)**

- نجد في معجم أكسفورد التاريخي (**The Oxford English Dictionary**) إشارة إلى أن **مصطلح** (**Crippled**) : أستخدم بمعنى من يحرم جزئيا أو كليا من أحد أطرافه أو يعوق (وبمعنى يعيق) وأيضا للدلالة على الإصابة بالشلل.
- **مصطلح**(**Disabled**) : الذي ورد بمعنى غير قادر أو مصاب بعجز أو فاقد للأهلية.
- **مصطلح** (**Handicapped**) : الذي اقتصر استخدامه على معنى واحد وهو الشخص المعوق، سواء جسديا أو عقليا، ولا يزال إلى الآن يستخدم بمعنى معوق.
- **مصطلح** (**Exceptional Individuals**) (**الأفراد غير العاديين**): وهم الأفراد الذين ينحرف أداؤهم عن الأداء الطبيعي، إما فوق المتوسط أو أقل منه، بحيث تصبح هناك حاجة ضرورية لبرامج خاصة بهم.
- **مصطلح** (**Those Of Special Needs**) : هو المصطلح المقابل والأنسب للمصطلح (ذوي الاحتياجات الخاصة) في اللغة العربية والذي شاع استخدامه في الأدبيات العربية المتصلة بالموضوع في التسعينات من القرن العشرين
- **العجز Disability** : يشير الى حاله من القصور في مستوى أداء الوظائف الفيسيوٌلوجيةٌ أو السيكٌولوجيةٌ مقارنه بالعاديينٌ نتيجة لأصابه بخلل أو عيبٌ في البناء الفسيولوجي او السيكولوجي للفرد، وهو مصطلح يشير إلى خاصيةٌ جسديةٌ أو مشكلة في التعلم أو التكيفٌ الاجتماعي نتيجة وجود الضعف، وغالبا ما يسٌتخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسميةٌ او الدماغية
- **العجز أو الإعاقة:** حسب منظمة الصحة العالمية هو مصطلح جامع يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال أو الخلل العضوي، ومحدودية النشاط، والقيود التي تحت من المشاركة. ولذوي الإعاقة احتياجات مختلفة – احتياجات للصحة والمعافاة، واحتياجات الأمن الاقتصادي والاجتماعي، وللتعلم وتمنية المهارات. وكلها يمكن، بل ينبغي أن تلبى من

خلال إدراجها في السياق العام للبرامج والخدمات

http://www.who.int/topics/disabilities/ar

- **الخلل أو الاعتلال:** حالة تشير إلى مرض أو عيب يصيب الأنسجة الحسية والخلايا العصبية، فنطلق عليها التعويق السمعي أو البصري أو الشلل الدماغي أنه خلل سمعي أو خلل بصري أو بعض الأشياء الحسية المرتبطة بهذا المصطلح.
- **العوق:** حالة تشير إلى تلك المشكلات التي قد يواجهها الشخص الذي يعاني من عجز أو خلل أو اضطراب أثناء تفاعله مع البيئة.
- **القصور أو الاضطراب:** هناك ترادف بين العجز وبين هذا المصطلح، غير أن القصور أو الاضطراب يطلق على بعض حالات العوق، ولكنه بشكل عام هو عدم الكفاءة في أداء الوظيفة
- **الاضطراب(Disorder or Disturbance):**

اضطرب بمعنى تحرك على غير انتظام ، وضرب بعضه البعض الآخر , واضطرب الأمر بمعنى اختل ، واصبح غير منتظم . والاضطراب أيضاً بمعنى التباين والاختلاف (**المعجم الوسيط – ج1 – ص 557**)

- **النقص Diminution** :

مصدره فعل نقص ، أو أصبح قليلاً ، والمصطلح يستخدم عند مقارنة بين كميات وأشياء ملموسة ومعدودة مثال : نقص المال ، ونقص الميزان . ولا يُقال نقص العقل (في حال التخلف العقلي)، لأن العقل ليس كمية محسوسة أو معدودة (**المعجم الوسيط. ج2. ص 984**)

- والنقص أيضاً بمعنى خس وقل، وبمعنى ضعف فيقال نقص دينه

- **القصور Deficiency** :

مصدره فعل قصر . وقصر من الشيء بمعنى عجز عنه، ولم يستطع بلوغه، ويقال : قصر السهم عن الهدف، بمعنى انطلق السهم ولكنه لم يصب الهدف حيث لم يصل إليه (**مختار الصحاح – ص 537**) وأقصر عنه بمعنى ونزع مع القدرة عليه

- **الضَّعفُ Impotence or Feebleness** :

بمعنى هزل أو مرض، وذهبت قوته أو صحته والضعف ضد القوة أو بمعنى لا قوة (**ابن منظور – مجلد 9– ص 203..206**) ومراتب الضعف كمراتب الصحة والحُسن، فالضعف هو ما قصر عن درجة الحُسن، أو بعد عن درجة الصحة والضعفُ بالضم يكون في الجسد . والضعف بالفتح يكون في الرأي والعقل، والضعفة بمعنى ضعيف الفؤاد وقلة الفطنة.

- **التخلف Retardation** :

خالف الشيء بمعنى ضاده . والتخلف بمعنى التأخر . والخلاف بمعنى المضادة. والتخالف بمعنى عدم الاتفاق، فكل ما لم يتساو فقد تخالف واختلف.

- والتخلف بمعنى البطء في النمو العقلي للطفل ، حيث يقل الذكاء عن حد السواء ، دون أن يوصف الطفل بأنه ضعيف (**المعجم الوسيط– ج1– ص 495**)

- **التأخر Delaying** :

أخر بمعنى تأخر ، أي جعله بعد موضعه والتأخر ضد التقدم . والمتأخرين ضد المتقدمين . والتأخر يختلف عن التخلف فالتأخر عادة لا يستخدم لوصف الفرد الذي يقل مستواه عن الفرد العادي بدرجة قليلة . بينما التخلف يستخدم لوصف الفرد الذي يقل مستواه عن الفرد العادي بدرجة كبيرة (**المعجم الوسيط – ج1 – ص 260**)

- **العجز Deficiency** :

عن الشيء عجزاً وعجزاناً بمعنى ضعف ، ولم يقدر عليه . وأعجز فلان بمعنى سبق ، فلم

يدرك الشيء حيث فاته ولم يدركه (**المعجم الوسيط – ص 606**) وأعجزه الشيء بمعنى فاته . أي لم يستطع تحصيله

- **العوق Handicapping** :

في اللغة المصدر عاقة عن الشيء بمعنى منعه منه وشغله عنه فهو عائق والتعوق بمعنى التثبط، وعوق بمعنى صرف وثبط . وتعوق بمعنى تثبط وتأخر

- **وفي الاصطلاح** . العوق هو ما يخص الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الذين يختلف أداؤهم الجسمي أو العقلي أو السلوكي، اختلافاً بيناً عن أداء من هم في أعمارهم الزمنية من الأطفال العاديين.

والأداء العادي هو الذي يتراوح حول متوسط معين، إذ أن وضع حد فاصل بين الأداء السوي والأداء الشاذ أو غير العادي، أمر بالغ الصعوبة، فقد ينحرف الأداء عما يعتبر عادياً دون أن يصبح غير عادي ولهذا فإن مفهوم غير العاديين أو المعوقين أو ذوي الحاجات الخاصة، يعتمد على درجة الانحراف عن العادي وتكراره ومداه

http://omferas.com/vb/t6908

المحاضرة الثانية: الإعاقة العقلية (المفهوم، الأسباب، التصنيف، الخصائص)

العناصر:

1. **تعريف الإعاقة العقلية.**
2. **أسباب الإعاقة العقلية.**
3. **نسبة شيوع الإعاقة العقلية.**
4. **خصائص المعاقين عقلياً.**
5. **تشخيص الإعاقة العقلية.**
6. **تصنيف فئات الإعاقة العقلية.**
7. **الخدمات التربوية للمعاقين عقلياً.**

شخص لديه إعاقة ذهنية لديه قيود في مجالين هي:

- **الأداء الفكري**. يُعرف أيضًا باسم IQ، وهذا يشير إلى قدرة الشخص على التعلم والعقل واتخاذ القرارات وحل المشكلات.
- **السلوك التكيفي**. هذه هي المهارات اللازمة للحياة اليومية ، مثل القدرة على التواصل بشكل فعال والتفاعل مع الآخرين ، والعناية بنفسك.

1- تعريف الإعاقة العقلية:

✓ تعريف التصنيف الاحصائى الدولى للأمراًض النفسية (**ICD10**)

International statistical classification of Diseases and Related problem

التخلف العقلى هو حالة عدم إكتمال العقل مصحوباً بقصور في مستوى الذكاء والمهارات اللغوية والحركية والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المصابين بالتخلف العقلى

(عبد الله عسكر، 2005، ص17)

✓ تعريفات الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية 2008

"في عام 2007 غيرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي اسمها إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والتطورية (**American association on Intellectual and Developmental Disabilities**)

وقد كان وراء استبدال الجمعية الأمريكية لمصطلح التخلف العقلي بالإعاقة العقلية مبررات من أهما أن مصطلح الإعاقة العقلية:

8. أقل وطأة للأشخاص ذوي هذه الإعاقة من مصطلح التخلف العقلي.
9. أكثر انسجاما مع المصطلحات المتداولة عالميا.
10. يؤكد على أن مصطلح التخلف العقلي يشير إلى حالة مطلقة وسمة غير قابلة للتغير.

ينسجم مع معايير الممارسة المهنية الحالية التي تؤكد على أهمية توفير الدعم للأشخاص الذين لديهم هذه الإعاقة لتمكنهم من العيش بشكل أكثر فاعلية في بيئتهم يشجع على احترام كرامة الإنسان ومراعاة حقوقه(**Schalock**, **Luckasson**, **Shogren**, **2007**)

وفي عام 2008 ، قدمت هذه الجمعية التعريف التالي للإعاقة العقلية : ''الإعاقة العقلية هي إعاقة تتميز بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية و التكيفية العملية ، وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشر من عمره '' (**AAIDD**,**2008**) ،وتتمثل المهارات المفاهيمية في : اللغة و القراءة والكتابة ، الوقت ، الفلوس ، الأعداد ، والتوجيه الذاتي ، وتشمل المهارات الاجتماعية : العلاقات الاجتماعية ، المسؤولية الاجتماعية ، تقدير الذات ، حل المشكلات الاجتماعية ، و اتباع التعليمات ، أما المهارات العلمية فهي : مهارات الحياة اليومية (العناية بالذات) ، المهارات المهنية ، الرعاية الصحية ، السفر والتنقل ، السلامة العامة ، استخدام الفلوس ، استخدام الهاتف ، ويتضح أن هذا التعريف لا يختلف عن التعريفات السابقة إلا من حيث أن المصطلح الإعاقة العقلية وليس مصطلح التخلف العقلي هو الذي أصبح مقبولا حاليا ، وفي مقاله بعنوان ''إعادة تسمية التخلف العقلي : فهم التحول إلى مصطلح الإعاقة العقلية '' ، أشار شالوك وزملاؤه (**Schalock et al**,. **2007**) إلى أن مصطلح الإعاقة العقلية يستخدم للإشارة إلى نفس الأشخاص الذين كانوا يسمون سابقا الأشخاص ذوي التخلف العقلي على اختلاف درجات إعاقتهم وأن التحول لهذا المصطلح جاء لتفريق بين مفاهيم ومصطلحات كانت تستخدم دون مراعاة كافية للمعاني وللحدود ورغبة أيضا في استخدام مصطلح يتسق مع المصطلحات المستخدمة في الأدبيات العالمية ''

(جمال الخطيب ،2009، 113-115)

✓ **أما التعريف الحديث للجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية المنشور على موقعهم لعام 2012:**

فهو ينص على : " الإعاقة الفكرية Intellectual disability هو إعاقة تتسم بعجز كبيرة في الأداء الفكري (intellectual functioning) والسلوك التكيفي adaptive behavior، والتي تغطي العديد من المهارات اليومية الاجتماعية والعملية social and practical skills، و هذا العجز ينشأ قبل سن 18 عاما .

http://www.aaidd.org/content_100.cfm?navID=21

2- أسباب و عوامل حدوث الإعاقة العقلية:

تنتج الإعاقة عن عوامل وراثية و جينية وبيئية قبل و بعد و اثناء الولادة، فقد أهتم العديد من الباحثين بدراسة الأسباب التى تؤدى إلى حدوث الإعاقة العقلية ، وعلى الرغم من تحديد كثير من هذه الأسباب ، إلا أنه مازال هناك عوامل أو أسباب لم يتم التوصل إليها حتى الآن.

توضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروف ، وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة ، والتى لها أسبابا متعددة ، فهناك عوامل جنية وراثية تكون سببا رئيسيا ويجب تجنبها والوقاية منها ، وهناك عوال غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة ، فالزواج من الأقارب ، والزواج المبكر ، وانتشار الأمية وانخفاض مستوى التعلم ، وخروج المرأة للعمل والفقر وارتفاع معدلات الإنجاب كلها تعتبر من اسباب الإعاقة التى من السهل الوقاية منها (**خالد رمضان، 36،2008**)

- الأسباب في مرحلة ما قبل الولادة :

و يمكن تقسيمها الى مجموعتين من العوامل:

أ- العوامل الجينية

ب-العوامل الغير جينية

أ- العوامل الجينية:

11. **الوراثة.**

12. **الخلل في الكروموزومات**

13. **الوراثة:** الوراثة هي المسؤولة عن حوالي 80 % من حالات الإعاقة العقلية، و قد تكون العوامل الوراثية إما بطريقة مباشرة او بطريقة غير مباشرة، حيث تحدث الإعاقة نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه، و التي تحمل الصفات الوراثية للفرد و قد سميت الجينات المتنحية بهذا الاسم لان الفرد قد يحملها و لكن لا تظهر عليه صفتها أي ان احد الوالدين قد يحمل هذه الجينات دون ان يتصف بالاعاقة العقلية، و تعتبر متلازمة داون اكثر الحالات الفة للعاديين و تمثل نسبة 10% من حالات الإعاقة المتوسطة و الشديدة كما و يمكن التعرف عليها في مرحلة الحمل و الولادة و معدل حدوثها 1من 600 ولادة طبيعية (**ماجدة السيد عبيد، 2013، ص 72**)، كما ان صفات الفرد كالطول و لون الشعر و العينين و شكل الانف و غير ذلك من آلاف الصفات الأخرى التي تحددها الجينات التي تحملها الكرموسومات الموجودة في نواة الخلية البشرية ويبلغ عدد كروموسومات الانسان تحمل ما بين 60000 – 100000 جين نصفها من الاب و نصفها من الام و نتيجة لتفاعل الجينات مع بعضها البعض تتولد الصفات الوراثية التي تحدد صفات الفرد من مختلف النواحي، و توجد مجموعة من الجينات لها صفات ضارة و غير مرغوبة و لكن لحسن الحظ فإن نسبة انتشار هذه الجينات الضارة بين الناس قليلة جدا و بالتالي فان احتمال تزاوج رجل يحمل أحد الجينات الضارة مع امراة تحمل نفس الجين الضار هو في العادة احتمال نادر جدا، و لذلك فان زواج الأقارب يساهم بشكل كبير في توفير كل الظروف المناسبة لتوارث هذه الجينات

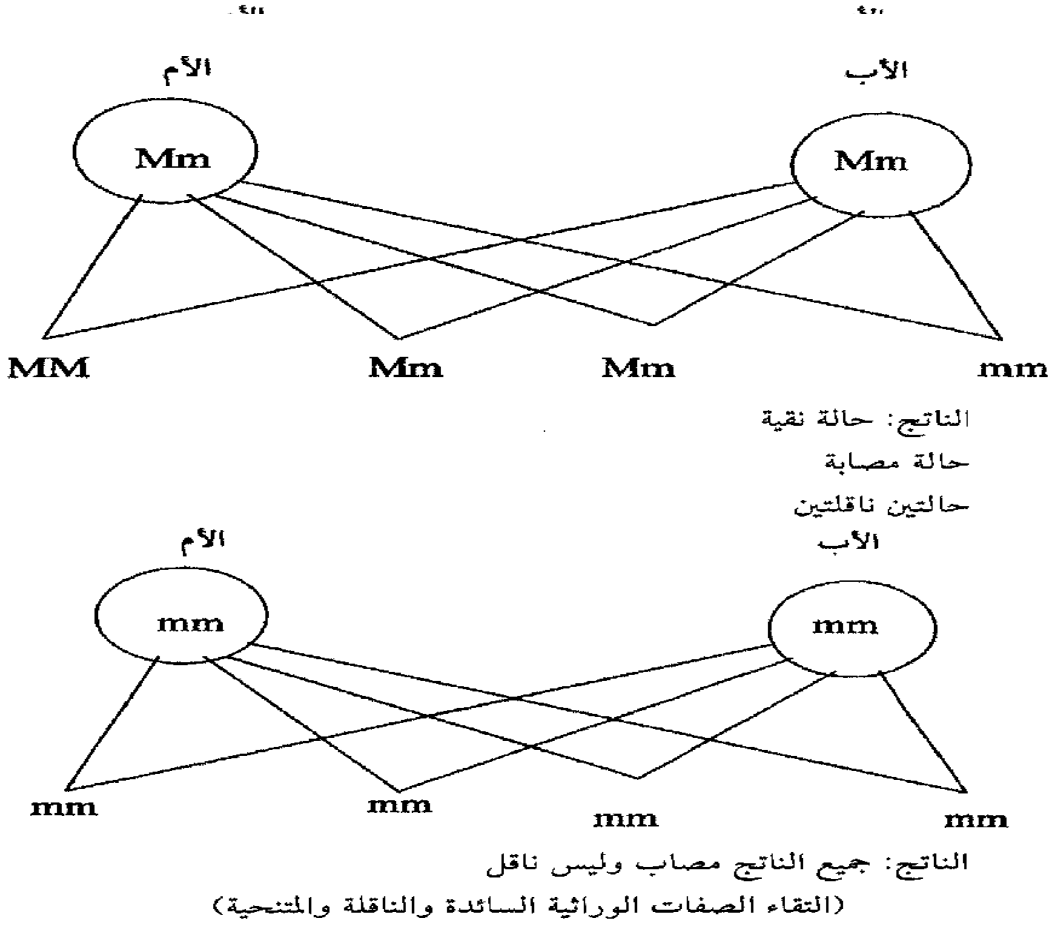
الضارة و ظهورها في الأبناء أكثر بكثير مما هو عليه الحال في حال الزواج من خارج العائلة، و تأخذ هذه الجينات بما تحمله من صفات وراثية احدى الاشكال التالية:

14. الجينات السائدة: صفات وراثية سائدة تحمل صفات مرغوب فيها و يكفي جين واحد لظهورها أحيانا
15. الجينات المتنحية: صفات وراثية متنحية تحمل صفات مرغوبة و غير مرغوبة و سميت كذلك لانها لم تظهر في الإباء و لكنها ظهرت في الأبناء و لا بد من توفر الجين المتنحي لدى الابوين معا لظهور أثره في المولود،

فالاعاقة العقلية قد تكون موروثة عن طريق الجينات الوراثية السائدة و في هذه الحالة توجد الصفات السائدة لدى كل من الاب و الام معا، و قد يتكون الإعاقة العقلية ناتجة عن خلل في الكروموسومات الذي يحدث عند انقسام الخلية بالخطأ مثل الخلل على مستوى الكروموسوم 21 ما يسمى ثلاثية الكروموسوم 21 و يرجع العلماء سببه زيادة عمر الام عند الانجاب بالإضافة الى تعرضها للإشعاعات و المواد الكيميائية

و منه فعامل الوراثة يعتمد على خلل في الجينات الموروثة من الوالدين، أو عند التقاء جيناتهما، او بسبب اضطرابات أخرى تحدث للجينات خلا مرحلة الحمل بسبب التهابات او كثرة التعرض للأشعة و عوامل أخرى (**فكري لطيف متولي، 2015، ص 30. 31. 32**)

شكل رقم 01 يوضح ناتج اجتماع الجينات السائدة و المتنحية للوالدين



حيث أن حرف M يمثل القدرة العقلية كصفة سائدة و m يمثل قدرة عقلية كصفة متنحية

(على محمود شعيب، 2017)

2-1- أسباب قبل الولادة:

- عدم توافق عامل الريسوس **RH FACTOR** بين الوالدين
- تناول الكحول و المخدرات
- مرض الام الحامل بالحصبة الألمانية
- تعرض الام للاشعاعات
- عدم استعداد الام للإنجاب و عدم ملائمة عمر الام للحمل

2-2- أسباب أثناء الولادة:

- نقص الاكسجين و انقطاع وروده عن مخ الطفل **ANOXIA**
- حوادث الولادة الناتجة عن استعمال الالات الحادة و أجهزة الشفط
- انخفاض وزن الطفل عند ولادته بصورة حادة
- طول فترة المخاض و تعسر الولادة
- الولادة القيصرية

2-3- أسباب بعد الولادة:

- تعرض الطفل للإهتزاز الشديد او السقوط المفاجئ
- ضعف الرعاية الصحية للطفل
- تعرض الطفل لمواد مشوهة مثل: الابخرة السامة و النيكوتين و السموم و المخدرات و الرصاص و الزئبق
- إصابة الطفل بأمراض الحصبة ، الحمى ، التهاب الدماغ ، التهاب السحايا المخية

1- نسبة شيوع الإعاقة العقلية:

قبل أن نتطرق الى نسبة انتشار الإعاقة العقلية وجب التنويه الى نسبة انتشار الإعاقة ككل فكانت نسبتها كالتالي:

- تشير الدراسات والأبحاث الى أن 10% من أفراد المجتمع هم من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- أشارت منظمه اليونسكو وفق أراء الخبراء ونتائج بعض الاستقصاءات إلى إن ما نسبته 15 - 10 % من الأطفال هم من ذوي الحاجات الخاصة.
- أشار تقرير "اورنك" الصادر في بريطانيا الى ان 1 من كل 5 أو 6 تلاميذٌ يحتاج الى خدمات التربية الخاصة خلال فتره التحاقه بالمدرسة.

- ومع ان قد أجريت العديد من الدراسات في أكثر من الدول العربية حول انتشار الإعاقات، إلا أن تلك الدراسات تنقصها الدقة والشمولية. (**على محمود شعيب، 2017**)

كما واوضحتها منظمة الصحة العالمية في أنحاء العالم كافة أكثر من 1000 مليون شخص من ذوي الإعاقة وهم يشكلون نسبة 15٪ من سكان العالم تقريباً (**أي شخص معاق من كل 7أشخاص**). وسيستمر عدد المصابين بالعجز في الارتفاع بسبب شيخوخة السكان وتفاقم المعاناة من الحالات الصحية المزمنة في العالم. وتتأثر أنماط العجز الوطنية باتجاهات الحالات الصحية والعوامل البيئية وغيرها من العوامل – مثل الحوادث المرورية على الطرق، والسقوط، والعنف، والطوارئ الإنسانية كالكوارث الطبيعية والنزاعات، والنظام الغذائي، وتعاطي المخدرات **http://www.emro.who.int/ar/health-topics/disabilities/index.html**

ويتعايش نحو 15% من سكان العالم مع شكل ما من أشكال العجز، منهم 2% إلى 4% ممّن يواجهون صعوبات كبيرة في القيام بوظائفهم العادية. وقد بلغت معدلات انتشار العجز على الصعيد العالمي مستويات تفوق التقديرات السابقة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، والتي تعود إلى سبعينات القرن الماضي وتناهز 10%. وتشهد تلك التقديرات العالمية زيادة بسبب تشيّخ السكان والانتشار السريع للأمراض المزمنة، فضلاً عن تحسّن المنهجيات المستخدمة لقياس العجز.

بلغ نسبة انتشار حالات ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة) بشكل عام بالنسبة لعدد السكان بحسب المصادر والدراسات 3% -10% من سكان أي مجتمع، وقد ترتفع النسبة في بعض المناطق لتصل إلى 12% وذلك بحسب الظروف، أما في الوطن العربي فلا تختلف النسبة (هذا إذا لم تكن أكثر)، كما بيّنت الدراسات التفصيلية أن أكثر من نصف هؤلاء المعاقين المسجّلين هم دون سن الخامسة عشرة، وأن حوالى الثلث هم ممن فوق سن العشرين، وأن أكثر من 71% من هؤلاء الأفراد هم من فئة الأمّيين (غير المتعلمين)، والأخطر من ذلك كله أن نسبة كبيرة منهم لا يتلقّون أيّ نوع من أنواع الخدمات الطبية أو التّعليمية أو الإجتماعية، بالإضافة إلى

عدم اندماجهم في المجتمع بالشكل الذي يحترم مُتطلّباتهم ووجودهم الإنساني على أقل تقدير(**حسني الخطيب، 2017**)

2- تشخيص ذوي الإعاقة العقلية:

تشخيص المعوق عقلياً مهمة ليست سهلة , وهنا تختلف سلوكيات الأطفال باختلاف درجة إعاقتهم البسيطة أو المتوسطة أو الشديدة , لذا يتطلب الأمر مجهوداً وطاقات لملاحظة الأغراض الداخلية والخارجية ودراسة نشأتها وتطورها , ويتضمن التشخيص وصفاً دقيقاً لحالة الشخص , وتحديداً لمستوى تخلفه , و نوعه , كما وتعتبر عملية التشخيص والتقييم للمعوقين عقلياً من أهم الموضوعات في هذا المجال لما يترتب عليها من نتائج , إذ أن التقييم يهتم بثلاث نواحي أساسية وهي:

- ✓ تحديد ما إذا كان الطفل معوقاً عقلياً أم لا.
- ✓ تصنيف الطفل المعوق عقلياً ضمن فئات الإعاقة العقلية
- ✓ تحديد إمكانات الطفل المعاق ونقاط القوة والضعف لدية حتى يمكن تنمية قدراته

وتعتبر أصعب المراحل بالنسبة للأصل عندما يتم تشخيص الطفل لأول مرة على أنه معوق عقلياً ولا يمكنهم تقبل الأمر بسهوله وواقعيه حيث يحتاج الأهل في هذه المرحلة إلى الدعم والتشجيع النفسي والمساعدة في التخطيط للتغيرات التي تطرأ على وضعهم، واتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بالتوجه الذي سيتخذونه

(**يحى عبيد،2005، ص44 ..46**)

المحاضرة الثالثة: الإعاقة البصرية (المفهوم، الأسباب، التصنيف، الخصائص)

العناصر:

1. مفاهيم الإعاقة البصرية

2. تصنيف فئات الإعاقة البصرية.

3. عوامل وأسباب الإعاقة البصرية.

4. صفات وخصائص المعاقين بصريًّا.

5. مقاييس التشخيص للمعاقين بصريا

6. **التدخلات العلاجية لذوي الإعاقة البصرية**

1- مفاهيم الإعاقة البصرية :

تختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على فاعلية الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين، (اصابه في العين حسب درجه الاصابه وزمنها وحسب وظيفة الجزء المصاب وأهميته, تكون شدة الاعاقه) وبدرجة الإصابة وبزمن الإصابة، كذلك تختلف باختلاف مدى قابلية الإصابة للتحسن عن طريق استخدام المعينات البصرية أو العمليات الجراحية.

•وتعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه، ويعرف ''إشروفت وزامبون'' الإعاقة البصرية على أنها حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الإنسان، وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين، ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعاً:

الإعاقات التي تشمل البصر المركزي والتكيف البصري والإنكسار الضوئي

تعريف الإعاقة البصرية:

– ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية، فمنها:

– تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلبًا في نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفًا أو عجزًا في الوظائف البشرية

(العزة، سعيد حسني، 2001، 179)

الإعاقة البصرية: هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، والبصر المحيطي، ورؤية الألوان

(الخطيب، الحديدي، 2009، ص166)

وتعرف الإعاقة البصرية من زاويتين أساسيتين وهما: (الزاوية القانونية والزاوية التربوية):

– يعتمد التعريف القانوني (الطبي) على حدّة البصر (**Visual Acuity**)، وحدة البصر هي القدرة على التمييز بين الأشكال (كقراءة الأحرف أو الأرقام أو الرموز). بعبارة أخرى: حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضور بحيث يصبحح مركزًا على الشبكية، وحدة الإبصارة العادية هي 20/20. فأن نقول إن حدة إبصار الشخص 60/20 مثلاً يعني أن الشخص لا يرى إلا عن بعد 20 قدم ما يراه الناس الآخرون عن بعد 60 قدم. وتبعًا لمستوى حدة البصر، يعتبر الإنسان مكفوفًا (قانونيًّا) إذا كانت حدة الإبصار لديه أضعف من 200/20، كذلك يتضمن التعريف القانوني للإعاقة البصرية تحديد مجال الإبصار (**Field of vision**) ومجال الإبصار هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه. ومجال الإبصار يقاس بالدرجاة وهو يبلغ حوالي (180) درجة عند الإنسان الذي يتمت بقدرات بصرية طبيعية، فإذا كان مجال البصر يساوي (20) درجة أو أقل فالإنسان مكفوف قانونيًّا.

– أما من الناحية التربوية فالإنسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل أو الذي يستطيع إدارك الضوء فقط ولذلك فإن علي الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم. وهذا الشخص يتعلم القراءة والكتابة عن طريق بريل، وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن المكفوفين قانونيًّا غالبًا ما يكون لديهم شيء من القدرة على الإبصار أو ما يسمى بالبصر المتبقي **(Residal Vision)**، وأما ضعاف البصر فهم من الناحية القانونية الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20 إلى 200/20 في العين الأقوى بعد التصحيح، ومن الناحية التربوية، فالضعف البصري هو عدم القدرة على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة (**الخطيب، الحديدي، 2009، ص167**)

وتعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه، ويعرف ''إشروفت وزامبون'' الإعاقة البصرية على أنها حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الإنسان، وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين

ومن أكثر التعاريف المستخدمة حالياً تعريف بارجا1976 Barrga ، والذي ينص على أن الأطفال المعوقين بصرياً هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج والمواد التعليمية ليستطيعوا النجاح تربوياً

2- تصنيف فئات الإعاقة البصرية:

من ناحية عملية يصنف الأطفال المعوقين بصرياً إلى فئتين:

الفئه الاولى هي فئة المكفوفين وهم أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق عليها اسم قارئي بريل

الفئه الثانيه هي فئة المبصرين جزئياً وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضاً اسم قارئي الكلمات المكبرة

- **فالمكفوف** هو الشخص الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه عن 20 /200 في العين الأفضل حتى بعد التصحيح (بعد استعمال النظارة)، أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة في أحسن العينين

ضعاف البصر فهم الأشخاص الذين يعانون من صعوبات كبيرة في الرؤية البعيدة والذين لا يستطيعون رؤية الأشياء عندما تكون على بعد أمتار قليلة منهم، هؤلاء الأشخاص يعتمدون كثيراً على الحواس الأخرى للحصول على المعلومات حيث أنهم يرون الأشياء القريبة منهم فقط . والأفراد الذين يطلق عليهم اسم ضعاف البصر فمن الناحية القانونية هم الأشخاص الذين

تتراوح حدة الرؤية لديهم من 70/20 إلى 200/20 ومن الناحية التربوية فضعيف البصر هو الشخص الذي لا يستطيع تأدية الوظائف المختلفة دون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة التعليميه

محدودي البصر فهم الأشخاص الذين يواجهون صعوبة في الرؤية في الظروف الاعتيادية فهؤلاء قد يواجهون صعوبات في رؤية المواد التعليمية دون إضافة خاصة ، لذا قد يحتاجون إلى استخدام عدسات خاصة أو معدات ووسائل بصرية خاصة

المبصر جزئياً هو الفرد الذي يعاني من إعاقة بصرية متوسطة لا تمكنه من استخدام بصره بصورة فاعلة في الأحوال العادية ، ولهذا فهو في حاجة إلى تجهيزات بصرية وتربوية خاصة تمكنه من قراءة المادة المطبوعة

3- درجات الإعاقة البصرية:

وتحدد درجات الإعاقة البصرية وفقاً للمقاييس الطبية وبالمقارنة بالة البصر العادي كما يلي:

* الدرجة الأولى للإعاقة البصرية: 3/1-10/1 (33,0-1,0) ضعيف البصر.

* الدرجة الثانية للإعاقة البصرية:10/1-20/1 (1,0-05,0) ضعيف البصر جداً.

* الدرجة الثالثة للإعاقة البصرية:25/1-200/1 (04,0-005,0) الأعمى كلياً (درجة تميز الضوء

* الدرجة الرابعة للإعاقة البصرية 200/1- صفر (005,0) الأعمى كليا.

وبهذا التقسيمً يكون المعوق بصرياً من الدرجة الثانية والثالثة في نظر القانون مثل العميان لهم نفس الحقوق التي للعميان رغم أنهم ليسو عمياناً لذلك يطلق عليهم العميان القانونيون.

تعريف الأعمى عملياً: يعتبر في عداد العميان عملياً الحالات الآتية:

- حالات الإنحسار المستمر لمجال البصر: وهذه تكون في حالة ضمور البصري(الجلوكما , الإنفصال الشبكي)

- حالات إهتزاز المقلة مع الزغللة(العمى الليلي)

نتيجة لتغيرات مرضية في الأجزاء الداخلية للعين أو نتيجة للتقدم في السن ويعرف العمى العملي بأنه فقدان كلي للبصر مع إدراك طفيف للضوء بسبب بقية إبصار ويقدرها البعض بـ 200/2 في أمريكا , 60/6 في مصر , 20/1 في فرنسا, 52/1 في ألمانيا وحتى إذا زادت النسبة عن ذلك قليلاً , لأن القدرة البصرية الباقية سوف تضعف في وقت من الأوقات.

تعريف الأعمى طبياً: ويشمل حالتين:

- الأعمى كلياً: أي الفقدان الكلي للقدرة على الإبصار , أي الحرمان الوضيفي للعين

- والحالة الأخرى وجود حساسية للضوء : أي القدرة على التميز لمصادرالضوء أوالتميز بين الليل والنار , وعميان هذه الحالة يعتبرون في حكم العميان عملياً , لأن لهم بقايا إبصار لاتتجاوز 6 /60 في مصر أو 1 /20 في فرنسا-200,20 في الولايات المتحدة أو 25/1 في ألمانيا في العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارات الطبية.

(عبد العزيز القوصي، 1952)

4- أسباب الإعاقة البصرية:

هناك عدة أسباب للإعاقة البصرية و فيما يلي عرض موجز لتلك الأسباب:

الجلوكوما ((**glauma**): الجلوكوما أو ما يعرف باسم المياه السوداء من زيادة حاد في ضعف العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلي الشبكية و يؤدي إلي تلف الخلايا العصبية و التالي العمى إذا لم تكشف و تعالج مبكرا .

الماء الأبيض (**cataract**): هو إعتام في عدسة العين و فقدان للشفافية يؤدي إلي عدم القدرة علي الرؤية إذا لم تعالج الحالة، وهذا المرض يحدث عادة لدي الكبار و لكنه قد يحدث مبكرا .أيضا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية و إصابات العين، و تسمي الحالة لدي

الأطفال بالماء الأبيض الولادي، حيث تكون القدرة علي رؤية الأشياء البعيدة و رؤية الألوان محدودة .

انفصال الشبكية (reta detalment): ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها.

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabeticretinapathy) : هو مرض يؤثر علي الأوعية الدموية في الشبكية و قد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلي العمى ، اكتشفت حالة السكري و عولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه .

تنعكس الحفيرة (maculardegeneration): اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (النقطة المركزية) و يواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة و الأشياء القريبة . و هذا المرض يصيب الكبار في السن و يصيب الإناث أكثر من الذكور .و كما هو معروف فإن النقط المركزية مسؤولة عن البصر المركزي و لهذا فالاضطراب يؤدي إلي فقدان البصر المركزي و لا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة و القراءة و الأعمال اليدوية . .(**منى الحديدي ،1998**)

ورم الخلايا الشبكية Retinoblastoma) :هو ورم خبيث في الشبكية إذ لم يعالج ينتشر إلي العصب البصري في الدماغ. في بعض الأحيان يكون علاج هذا الورم إزالة العين كاملة، أما إذا كان الورم محدودا فالعلاج يكون بالأشعة.

ضمور العصب البصري (opticnerrpatrophy): يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالإمراض التنكسية و الحوادث و الالتهابات و الأورام و نقص الأكسجين، و قد يحدث الضمور في أي عمر و لكنه أكثر شيوعا لدي الشباب، و في بعض

الأحيان قد يكون هذا المرض وراثية و تعتمد قدرات الفرد البصرية علي شدة التلف فقد لا يبقي لديه بصر و قد يبقي لديه بصر جزئي .

التلفيف الخلف عدسي (**retralentalfibraplasia**): مرض ظهر في عقد الأربعينيات ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة و تتأثر الأوعية الدموية أيضا و تتلف الشبكية . و أحيانا تبقي بعض الخلايا في الشبكية سليمة و لهذا يصبح لدي الفرد ما يسمي برؤية النقاط .و بشكل عام ينتهي هذا المرض بالعمى التام .

الحول (**Strabismus**): تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة و من المهم أن تحرك العينان معا لدمج الخلايا البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها و هذا ما يسمي بالبصر الثنائي .

فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان و بشكل منظم و إذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينا واحدة و أما العين الأخرى فيصيبها كسل و إذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم.

توسع الحلقة الولادي (**aniridai**) :هو تشوه ولادي ينتقل علي هيئة جين سائد ، و تكون فيه الحدقة واسعة جدا نتيجة عدم تطور القرحة في كلتا العينين و يحدث لدي الفرد حساسية مفرطة للضوء و حدة إبصار محدودة و ربما أيضا زأرأرة و مياه سوداء وضع في مجال الإبصار . و يستخدم الأفراد المصابون أحيانا النظارات العينات البصرية لتقليل كمية الضوء لتي تدخل إلي العين.

البهق (**albinism**): هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جدا أو معدومة و لهذا فإن الضوء الذي يأتي إلي الشبكية لا يتم امتصاصه و ينتج البهق عن خلل في البناء و هو خلقي

يكون جلد الشخص أشقر و شعر أبيض و عيناه زرقاويتين. و تكون القزحية شاحبة و لا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلي العين لذلك تحدث حساسية مفرطة للضوء.

التهاب الشبكية الصباغي (**retirons**) : حالة وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجية، و يحدث عمي ليلي (العشي)

(الحديدي ،1998،ص37)

في البدية و يصبح مجال الرؤية محدود 7 أكثر فأكثر و يحدث ضعف في حدة البصر .إلي أن يصبح البصر فتية). .و غالبا ما يكون المرض مرتبطة بأمراض تنكسيه في الجهاز العصبي المركزي، و لا يوجد علاج فعال لهذه الحالة

عمي الألوان (**color blindness**): حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط و تتأثر حدة البصر عادة فتضعف إلي درجة كبيرة و قد يحدث حساسية للضوء أما مجال الرؤية فهو في العادة يكون عادية .

القصور في الأنسجة (**coloboma**) : مرض تنكسي وراثي يطهر فيه بروز أو شق في الحدقة و تشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية و يحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر رأرأة و حول و حساسية للضوء و مياه بيضاء . .(**مني صبحي الحديدي ،1998**)

القرنية المخروطية (**keratoconus**) :حالة و راثية تنتشر فيها القرنية بشكل مخروطي و تظهر الحالة في العقد الثاني من العمر و تؤدي إلي تشوش كبير في مجال الرؤية و ضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين و هذا الإضطراب أكثر شيوعا لدي الإناث من الذكور.

رأرأة العين nystaginy : حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون و هذا ينجم عنه غثيان و دوخة . و قد تكون حالة الرأراة مؤشرا علي وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية .

العين الكسولة (**amblypia**) : حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة و هي غير مفهومة جيدا. يحدث الكسل في عين واحدة عادة و لكنه يشمل كلتا العينين و يجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة او التاسعة من العمر، و تتمثل العلاج بإثارة العين المصابة بصورة بصرية عادية و ذلك يشمل إغلاق العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة .

إن أي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلي هذه الحالة لأن يؤثر سلبا علي النمو البصري الطبيعي مما يقود إلي كسل العين . .(**الحديدي ،1998**)

5- خصائص المعاقين بصريا:

من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، ذلك لأنهم ليسوا على مجموعة متجانسة نظرا للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطية بالمعاق بصريا مثل الجهات الأسرية والاجتماعية, وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية, والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصريا، و عليه فقد حدد لونيفيلد (1955) أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عند تحديد خصائص المعاقين بصريا وهذه الاعتبارات هي:

1- الربط بين الخصائص والمسببات: فعلى سبيل المثال الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي, بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في الأحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

2- تكييف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصريا: فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصريا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كُيفت وقننت على عينات من المعاقين بصريا.

3- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصريا: وهو ما يعرف باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصريا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على

المستوى التربوي أو التأهيلي, أو العلاجي إلى ظهور العديد من النفسية السلبية لدى المعاقين بصريا.

4- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية: أن معظم البحوث التي تجري على المعاقين بصريا تشمل من يقيمون منهم في المؤسسات والمدارس الخاصة بالمعاقين بصريا, وهؤلاء يعتبرون فئة مختارة لا تمثل جميع المعاقين بصريا، العديد من الدراسات التي تناولت هذه الفئة من المعاقين ألقت الضوء على بعض هذه الخصائص وذلك نظرا لبروزها وارتباطها بالجنب التربوي والتأهيلي للمكفوفين (**كمال سالم سيسالم، 1988، 56**)

و يمكن تلخيص خصائص المعاقين بصريا في ما يلي:

5-1- الخصائص العقلية:

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بن ذكاء المعوقين بصريًّا والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وكذلك الحال على مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء، ودعم ذلك الدراسة التي قام بها ساميويل هيز (**Hayes, 1941**) وأشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعوقين بصريًّا هو ضمن المعدَّل الطبيعي للفرد العادي،

(تيسير مفلح كوافحه، عمر فواز عبدالعزيز، 2010، ص89)

كما أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطلاب المبصرين والطلاب المعاقين بصرياً، إلى أن العديد من المعاقين بصرياً يكون أدائهم في اختبارات الذكاء حسناً نسبياً، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماماً حيث أكدت بعض الدراسات إلى أن ذكاء المعاقين بصرياً يعتبر أقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، وقد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعاً إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصرياً

وينقسم الناس فيما يتعلق بتقدير ذكاء الكفيف إلى قسمين:

- يذهب القسم الأول بدافع التعاطف الوجداني مع الكفيف المشوب بالحماس، لما يقوم به من مهارات يؤديها المبصر أحيانا سواء بسواء، إلا أن ذكاء الكفيف لا يقل عن ذكاء المبصرين إن لم يتفوق عليه أحيانا، ويستدلون ببعض العباقرة من المشاهير المكفوفين.

غير أن عبقرية بعض المكفوفين لا تكفي لأن تؤيد ما يذهب إليه هذا الفريق ويؤيد هذا الفريق وجهة نظره بدليل غامض هو أن الله يعوض الكفيف عن فقد البصر بتفتح البصيرة

- أما القسم الثاني فنظرته إلى هذا الموضوع أكثر موضوعية فهم يعترفون طبعا بنبوغ بعض العباقرة من المكفوفين، إلا أن هناك عباقرة من المبصرين(**سعيد حسني العزة، 2002، ص97**)

5-2- الخصائص اللغوية:

المظاهر النمائية للغوية تتطور لدى المكفوفين تطورا طبيعيا إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى.ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تطهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المداخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الطفل الكفيف يعاني من مشكلة التواصل اللفظي والتعبيرات بمفهومها الشامل، إذ يتمكن من إعطاء تعريف لغوي صحيح للكلمة، ولكنه لم يتمكن من تعيين الشئ الذي ترمز له تلك الكلمة

كما إن الإعاقة البصرية لا تؤثر تأثيرا مباشرا على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصريا، فهو يسمع اللغة المنطوقة مثل الطفل العادي (**جمال الخطيب، منى الحديدي، 2005، ص108**)

5-3- الخصائص الحركية:

يواجه المكفوفون مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر, بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي ينتقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المكفوفون مظاهر

جسمية نمطية مثل تحريك اليدين, أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكيات النمطية(**تيسير كوافحة، عمر عبد العزيز، 2003، ص90**)

5-4- الخصائص التعليمية:

من أهم الخصائص دراسية للمعاقين بصريا التي أوردتها واتفقت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال:

1- بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة لبرايل أو الكتابة العادية: أورد نولان 1966م أن معدل سرعة قراءة الطالب المعاق بصريا لبرايل فيما بين الصف العاشر والثاني عشر بلغ حوالي 89كلمة في الدقيقة وهذا يمثل ثلث معدل سرعة القراءة العادية.

2- أخطاء في القراءة الجهرية: خرجت دراسة بتمان 1963م بالنتائج الآتية:

أ- أن مستوى أداء هذه المجموعة في القراءة يعتبر بوجه عام مشابه لمستوى أداء المبصرين من نفس المرحلة الدراسية.

ب- إن أقل الدرجات انخفاضا هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الجهرية, وان أعلاها هي التي حصلوا عليها في اختبار القراءة الصامتة.

ج- زيادة أخطاء القراءة مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الكلمات والحروف.

3- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي(**كمال سيسالم، 1988، ص58.59**)

5-5- الخصائص الاجتماعية:

تؤثر الإعاقة تأثيرا واضحا في السلوك للمعوقين، حيث توجد لديهم صعوبات كبيرة في عملية التفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال عن الآخرين، وذلك نظرا لنقص خبراتهم الاجتماعية، وقلة الفرص الاجتماعية المتاحة لهم في الاحتكاك بالآخرين، والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم، وكلما كانت الاتجاهات الاجتماعية

نحو المعوقين إيجابية، كلما سهلت عليهم فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتمت لديهم درجة أكبر من الثقة بالذات وبالآخرين

وبسبب فقدان الطفل للبصر يصبح كفيفاً بحاجة إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين ويصاحبه عدم اهتمام من قبل الوالدين، مما يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به مما يؤثر بشكل أو بآخر على علاقة الكفيف بوالديه، وهذا يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما يعوق محاولاته اكتشاف البيئة، وهذا يؤثر بالتالي على نموه الاجتماعي من جانب، ومن جانب آخر فإنه يشجع استمرار الطفل بالاعتماد على الوالدين وهذا يصاحبه حماية زائدة من الوالدين لأنه معاق وعدم التعامل مع الأشياء من حوله, وعندما ينتقل من بيئة الأسرة إلى مجتمع الزملاء فإنه يلاحظ عليه تأخرا في بعض النواحي الاجتماعية، من تعلم وتقليد ما هو مقبول اجتماعيا **(صالح الداهري، 2005، ص260)**

6- تشخيص الإعاقة البصرية:

من السهل اكتشاف الحالات الشديدة للإعاقة البصرية، أما الحالات البسيطة أو الأقل حدة فتطلب اهتمام ومتابعة من الأسرة والمعلمين، ليتم عمل التدخل المبكر والتعرف على الإعاقة البصرية وتشخيصها، ومن هذه الأعراض:

أولاً :أعراض سلوكية تمثل في قيام الطفل بكل من:

- إغلاق أو حجب إحدى العينين وفتح الأخرى بشكل متكرر.
- فتح العينين وإغماضهما بسرعة وبشكل لا إرادي وبصورة مستمرة.
- فرك العين أو كلاهما ودعكهما بشكل مستمر.
- الحذر الشديد والبطء والخوف عند ممارسة بعض النشاطات الحركية اليومية الضرورية، كالمشي أو الجري أو النزول من الدرج وصعوده.
- وجود صعوبات في القراءة أو في القيام بأي عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب.

– التعثر أثناء المشي وكثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي والبصري للطفل.

– تقريب المواد المكتوبة بشكل قريب جداً من العينين عند محاولة قراءتها.

– صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.

– مد الرأس وتحريكه إلى الأمام عند الرغبة في النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة بشكل ملفت للإنتباه.

– تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين.

ثانياً :أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين وتتمثل في:

– ظهور عيوب واضحة في العين كالحول والذبذبة السريعة والمتكررة لأهداب العين.

– كثرة الإدماع والإفرازات البيضاء بكميات غير عادية في العين.

– احمرار مستمر في العين والجفنين وانتفاخهما.

– الالتهابات المتكررة للعين

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقاييس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام طريقة لوحة سنلن (**Snellenchart**) من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يسارًا أم يمينًا ويقف الفرد عاد على مسافة 6 أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة 6 أمتار فإننا نستطيع القول أن نتيجة الفرد في الإبصار هي 6/6، أما إذا استطاع الفرد اجتياز اتجاه الحروف حتى الصف السابع من مسافة 6 امتار بنجاح فإننا نستطيع القول أن قدرته على الإبصار هي 6/12

ولقد وجهت انتقادات عديدة لهذه الطريقة، ومنها صعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية وصعوبة استخدامها مع الأطفال غير المتعلمين، بسبب صعوبة فهم التعليمات لذلك فقد ظهرت هناك بعض المقاييس التي تستخدم لقياس الإعاقة ومنها:

1- مقياس فروستج للإدراك البصري:

Forsting Developmental Test of Visual Perception (DTVP)

يعتبر هذا المقياس من المقاييس الرئيسية لذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقات البصرية الجزئية، ويصلح للأفراد من (3- 8) سنوات، ويمكن استخدامه بطريقة فردية/جماعية ويقيس هذا الاختبار جوانب محددة متصلة بالإدراك البصري ويتألف من (57) فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية التالية:

1- اختبار تأزر العين مع الحركة (EyeHand coortion subtest): ويقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على رسم خط مستقيم أو منحنى أو رسم زوايا ذات اتساعات مختلفة دون توجيه من الفاحص ويتكون من (16) فقرة.

2- اختبار الشكل والأرضية (Figure – Ground subtest): يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على إدراك الأشكال على أرضيات متزايدة في التعقيد، ويتألف من (8) فقرات.

3- اختبار ثبات الشكل (Constancy of shap subtest): يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب في التعرف على أشكال هندسية معينة، تظهر بأحجام مختلفة وبفروق دقيقة، وفق سياق أو نسب معينة وفي مواقع مختلفة، ويستخدم للتمييز بين الأشكال الهندسية المتشابهة (دوائر مربعات، مستطيلات، أشكال بيضاوية، متوازيات أضلاع) ويتألف من (19) فقرة.

4- اختبار الوضع في الفراغ (Position IN space subtest): يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على تمييز الانعكاسات والتعاقب في الأشكال التي تظهر بتسلسل وتستخدم رسوم تخطيطية تمثل موضوعات عامة ويتألف من (8) فقرات.

5- اختبار العقلات المكانية (special Relations subtest): يقيس قدرة الطالب على تحليل النماذج والأشكال البسيطة التي تشتمل على خطوط مختلفة الأطوال والزوايا، إذ يطلب من المفحوص- نسخها أو تقليدها باستخدام التنقيط ويتألف من (8) فقرات (**نبيل عبدالهادي، 2000، ص88**)

كما يمكن استخدام المقاييس التالية والتي تقيس القدرة على الإدراك البصري وهي:

1- مقياس بندر البصري الإدراكي الكلي

2- مقياس بيري – بكتنيك للتآزر البصري الحركي

3- مقياس الإدراك البصري الحركي

7- التدخلات العلاجية لذوي الإعاقة البصرية:

1.7. البرامج العلاجية:

أولا: برنامج التحصين التدريجي:

يقوم العلاج السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على تشجيع الشخص العصابي – القلق – على مواجهة مواقف القلق تدريجيًّا، والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تمامًا خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغي العلاقة الاشتراطية بين المثير والاستجابة (**إيهاب الببلاوي، 2001، ص177**) وتكمن أهمية البرنامج في ما يلي:

1- يساعد برنامج التصحين التدريجي بعد تطبيقه على مواجهة المواقف التي تثير القلق عند الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في الواقع دون حدوث أي توتر أو إنزعاج.

2- يعلم البرنامج الطلاب طريقة جديدة للتغلب على المشكلات والتوترات التي يواجهونها في حياتهم اليومية من خلال التدريب على الاسترخاء.

3- يساعد البرنامج الحالي على خفض مستوى القلق بصورة خاصة وتحسين الصحة النفسية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية بشكل عام

أما عن الخدمات التي يقدمها البرنامج فهي موضحة كما يلي:

1- الخدمات العلاجية:

وتتمثل في مساعدة أفراد العينة العلاجية على خفض مستوى القلق لديهم.

2- الخدمات الوقائية:

يقدم البرنامج خدمة وقائية هامة، حيث يتم تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام فنية الاسترخاء في المواقف التي تواجههم في الحاضر وكيف يمكن التغلب على قلقهم في المستقبل.

3- الخدمات التربوية:

وتتمثل في تحسين التحصيل الأكاديمي لدى أفراد العينة العلاجية وذلك باستخدامهم لما تعلموه في الجلسات أثناء فترة الامتحانات، لما أثبته التحصين التدريجي من فعالية عالية في خفض مستوى قلق الامتحان.

4- الخدمات الاجتماعية:

وتتمثل في تدعيم العلاقات بين أفراد العينة خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على الاسترخاء وذلك من خلال التفاعل

الاجتماعي البناء بينهم خلال كل جلسة

6- خدمات المتابعة:

وتتمثل في المتابعة الدورية لكل خطوات البرنامج للوقوف على التغيرات التي أحدثها العلاج في أفراد المجموعة العلاجية (**إيهاب الببلاوي، 2001، ص 179**)

وتنقسم الأهداف إلى قسمين:

- الأهداف العامة: والتي تتحدد في هدفين:

1- هدف علاجي:

حيث يهدف البرنامج إلى خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية (العينة العلاجية) من خلال تدريبهم على خطوات استخدام التحصين التدريجي على المستوى التخيلي.

2- هدف وقائي:

حيث يكتسب أفراد العينة العلاجية بعض الفنيات السلوكية التي تساعدهم على مواجهة مواقف القلق في المستقبل دون إثارة تلك المشاعر التي كان تضايقهم سابقًا.

- الأهداف الإجرائية:

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الواجبات المنزلية التي يكلف بها المفحوصون والتي تتعلق بالتدريب على الاسترخاء والتخيل **(إيهاب الببلاوي، 2001)**

2.7. الوقاية

المقصود بها:

يقصد بها السعي الحثيث للحيلولة دون ظهور الإعاقة أو أي مظهر من مظاهر التأخر سواء ألنمائي او الأكاديمي وإذا ما ظهر فإنها تعمل على الحد من أثره السلبي إلى أقصى قدر ممكن بأي شكل و وقت ممكن ومقبول وذلك من وإلى المجتمع.

تاريخها:

بنظرة للتاريخ نستطيع أن نعرف مدى الأهمية التي كان اسلافنا يولونها للوقاية فقد قيل (درهم وقاية خير من قنطار علاج) وقيل ايضا (العافية تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى) . وجميع الشعوب في ذلك متشابهة . ونستطيع القول أنه بحسبة بسيطة لما قد يترتب على الوقاية من جهد لا يكاد يقارن لا كما ولا نوعا عما إذا كان هذا الجهد للتعامل مع من لديه إعاقة . خصوصا في المجتمعات الفقيرة سواء ماديا او معنويا والتي تزيد فيها نسبة الإصابة

بالإعاقات المختلفة نتيجة للتقصير الواضح في برامج الوقاية , ومن نافلة القول هنا أن فئة ليست بالقليلة من المعاقين في هذه المجتمعات كان من الممكن الحيلولة دون إعاقتهم لو توفرت البرامج والأدوات والخدمات المناسبة.

الوقاية من الإعاقة البصرية:

مستوياتها :

-1المستوى الأول(Primary Prevention)

هدفها : الحيلولة دون حدوث الضعف.

وسائلها : إزالة المخاطر البيئية والتطعيم ضد الأمراض وإتباع قواعد السلامة العامة وتوعية الجماهير والتخطيط لمرحلة ما قبل الزواج وما قبل الحمل

-2المستوى الثاني(Secondary Prevention)

هدفها : منع تطور وتفاقم الضعف إلى عجز.

وسائلها : الوقاية الثانوية والتعرف المبكر وتقديم الخدمات العلاجية والطبية وبرامج الإرشاد للفئات الأكثر عرضة لخطر الإعاقة.

-3المستوى الثالث(Tertiary Prevention)

هدفها : التغلب على العجز والحيلولة دون تطوره الى حالة إعاقة.

وسائلها : خدمات التربية الخاصة والتأهيل والخدمات المساندة (العلاج الوظيفي وعلاج النطق وبرامج الترويح) وارشاد الأسر وتوعية العامة بمجالات الإعاقة وتوفير فرص الاندماج الاجتماعي . (**الخطيب، الحديدي، 1998**)

المحاضرة الرابعة: الإعاقة السمعية: (المفهوم، الأسباب، التصنيف، الخصائص)

العناصر:

1. مفهوم الإعاقة السمعية (الصمم – ضعف السمع).

2. أسباب الإعاقة السمعية وطرق الوقاية منها .

3. تصنيفات الإعاقة السمعية.

4. خصائص المعاقين سمعياً

5. تقييم وتشخيص المعاقين سمعياً

6. تأهيل المعاقين سمعياً.

7. تربية المعاقين سمعيا وتعليمهم

يشير ضعف السمع أو الصمم أو فقدان السمع إلى عدم القدرة الكلية أو الجزئية على سماع الأصوات.

قد تكون الأعراض خفيفة أو معتدلة أو شديدة أو عميقة. قد يعاني المريض المصاب بضعف ضعيف في السمع من مشاكل في فهم الكلام ، خاصة إذا كان هناك الكثير من الضجيج عند دخول الموجات الصوتية إلى الأذن تنتقل هذه الموجات عبر القناة السمعية إلى طبلة الأذن مما يؤدي إلى حدوث اهتزازات، وتنتقل هذه الاهتزازات إلى العظام الموجودة في الأذن الوسطى فتقوم بتضخيمها ثم تلتقطها خلايا موجودة بالقوقعة ثم يتم إرسال هذه الإشارات إلى الدماغ من خلال العصب السمعي، ولكن تعرض الأذن لأمراض يؤدي إلى حدوث الإعاقة السمعية والتي تسبب فقد الأشخاص قدرتهم الكلية أو الجزئية على سماع الأصوات مما يؤدي إلى عدم مقدرة المصاب على فهم الكلام، وفي الحالات الشديدة لن يستطيع المصابون بهذه الإعاقة سماع الأصوات مطلقًا، وقد يستخدموا لغة الإشارة للتواصل مع الآخرين (Christian (Nordqvist, 2018

1- مفهومها:

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

ويقسم ذوو الإعاقة السمعية إلى فئتين رئيستين ، هما الصم وضعاف السمع.

وحسب تعريف اللجنة التنفيذية لمؤتمر المديرين العاملين في مجال رعاية الصم بالولايات المتحدة الأمريكية فإن:

الأصم : هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة فقدان سمعي 70 ديسبل فأكثر تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها.

ضعف السمع : فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي إلى درجة فقدان سمعي 35 – 69 ديسبل تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط ، سواء باستخدام السماعات اوبدونها(**جمال الخطيب و آخرون، 2013، ص221**)

أ- المدخل التربوي:

يركز المفهوم التربوي للإعاقة السمعية علي العلاقة بين فقدان السمع وتعلم اللغة والكلام

ب- المدخل الطبي

يتعلق المفهوم الطبي للإعاقة السمعية بالعجز والتلف السمعي نتيجة لسبب عضوي ولادى أو مكتسب

2-نسب انتشارها في العالم:

اليوم العالمي للتحسيس بالاعاقة السمعية هو في 03 مارس من كل عام الهدف من هذا اليوم هو رفع مستوى الوعي

و تشير الاحصائيات حول هذه الإعاقة الى أنه في 2018 بلغ عدد المصابين بهذه الإعاقة في العالم 466 مليون مصاب و لازالت نسبة الانتشار في تزايد مستمر كما اشارت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لسنة 2018 بانه لو لم تتخذ الإجراءات و الاستراتيجيات المناسبة لمواجهة هذه المشكلة سيبلغ عددهم في غضون سنة 2030 حوالي 630 مليون في العالم، و في مطلع سنة 2050 سيبلغ عددهم حوالي 900 مليون فاقد للسمع و هي ارقام رهيبة

(World hearing Day 3 march 2018, World Health Organization)

الإعاقة السمعية 0.6 % في العالم من مجموع نتشار الاعاقات الأخرى، أما العدد المتوقع للأطفال في الوطن العربي فقد بلغ 216.000 سنة 1981

وتشكل الاعاقة المتعلقة بالسمع نسبة تتراوح بني 8.10 و9.15 في المائة من مجموع أنواع الاعاقة في جميع البلدان العربية باستثناء البحرين 1.7 في المائة ومصر7.7 في المائة (**الاعاقة في المنطقة العربية،2018، ص 21**)

3- تصنيف ذوو الإعاقة السمعية

يصنف الفقدان السمعي لعدة معايير فهناك من يصنفها حسب العمر عند الإصابة وهناك من يصنفها حسب موقع الإصابة وهناك من يصنفها حسب شدة الفقدان السمعي وسوف نتناول هذه التصنيفات على النحو التالي:

التصنيف حسب العمر عند الإصابة:

- فقدان سمعي قبل تنمية الكلام واللغة– المنطوقة أو لغة الإشارة – عند الطفل(قد يكون الصمم ولاديا أو مكتسبا في مرحلة عمرية مبكرة).
- فقدان سمعي بعد تنمية الكلام واللغة– المنطوقة –عند الطفل(قد يحدث تدريجياً في مرحلة عمرية متقدمة).
- فقدان سمعي بعد تنمية الكلام واللغة– المنطوقة –عند الراشدين(قد يحدث فجاءه أو تدريجيا في مرحلة عمرية متقدمة (**التركي، 2005، ص 13**)

التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي

4- درجات القدرة السمعية:

الوحدة بالديسيبل

السمع العادي	25 –0
الإعاقة السمعية البسيطة	54 – 26
الإعاقة السمعية المتوسطة	69 – 55

الإعاقة السمعية الشديدة 70 – 89

الإعاقة السمعية الشديدة جدا 90 فما فوق (**التركي، 2005، ص 16**)

التصنيف حسب موقع الإصابة:

فقدان سمعي توصيلي: عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والوسطى(الصيوان، قناة الأذن الخارجية ،غشاء الطبلة ،العظيمات الثلاث) مع بقاء الأذن الداخلية سليمة وذلك بسبب تجمع المادة الشمعية ، وانفجار طبلة الأذن، وانسداد الأذن الوسطى ببعض السوائل والتشوهات الخلقية بالأذن الخارجية أو الوسطى.

فقدان سمعي حسي عصبي:عبارة عن خلل يصيب الأذن الداخلية(القوقعة، العصب السمعي) وهناك أسباب شائعة للفقدان السمعي الحس عصبي قبل أو أثناء الولادة كالوراثة ،وإصابات الرأس ،أو الرقبة وانقطاع الأوكسجين أثناء الولادة ،بالإضافة نقص وزن المولود عن(1500)جرام وهناك أسباب للفقدان السمعي الحس عصبي بعد الولادة كالضجيج والتهاب السحايا وغيرها.

فقدان سمعي مختلط :عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والوسطى والداخلية(فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية) ويكون نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاثة.

فقدان سمعي مركزي: عبارة عن خلل يصيب الممرات السمعية في جذع الدماغ أو في المراكز السمعية في الدماغ (**التركي، 2005**)

5- اسباب ضعف السمع:

وتشمل ثلاثة أنواع رئيسية قبل وأثناء وبعد الولادة:

1.5. مسببات قبل الولادة : وتشمل الأسباب الخلقية أو الجبلية:

- **الأسباب الوراثية:**

تعتبر الأسباب الوراثية من العوامل الرئيسية للإعاقة السمعية حيث نجد أن حوالي 60 ٪ من حالات الإعاقة السمعية في الطفولة المبكرة مرتبط بالوراثة ولكن يجب التأكيد علي أن زيادة قدرة الإنسان على التحكم في العوامل البيئية والتي لا يمكن فصل تأثيراتها عن الوراثة سوف يؤدي لانخفاض هذه النسبة.

وتشير العوامل الوراثية إلى تلك العوامل والاستعدادات التي تنتقل من الوالدين إلى الأبناء عملية الإخصاب عن طريق الجينات التي تحملها الكرموزومات ، فإذا ما تزوج شخص يحمل كروموزومات تحتوي علي صفات ضعف في خلايا السمع أو العصب السمعي من امرأة تحمل نفس الصفات ، فإن هذا الضعف قد يظهر في الجنين , وقد يؤدي ذلك إلى ولادة طفل معوق سمعياً ، ويحدث ذلك إذا تزوج الرجل إحدى قريباته (مثل ابن العم وابن الخال .... الخ(وتظهر الإصابة بالصمم الوراثى منذ الولادة (صمم أو ضعف سمع ولادى) أو بعدها بسنوات – حتى الثلاثين أو الأربعين – كما في مرض تصلب عظيمة الركاب لدي الكبار.

ويمكن الحد من هذه الصمم الوراثي عن طريق النصح بعدم زواج الأقارب وفحص الزوجين قبل الزواج. **(نظيمة سرحان، 2006، ص10)**

- **أسباب خلقية:**

مثل إصابة الأم الحامل خاصة خلال الشهور الثلاث الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية . أو مرض الزهري ، أو إدمان الأم للمخدرات ، أو تعاطي الأم بعض العقاقير دون استشارة الطبيب كما أن إصابة الأم بمرض البول السكري أو أمراض الكلي والقلب قد يكون له تأثيراً سيئاً علي تكوين الأذن يتمثل في نقص في تكوين الأذن الخارجية أو الوسطي أو العظيمات السمعية مما ينتج عنه صمم توصيلي وهو قابل للعلاج ، ونقص في تكوين الأذن الداخلية (القوقعة – الخلايا السمعية) مما ينتج عنه صمم استقبالي عصبي وهو صعب علاجه ، وينبغي التأكيد هنا

علي أن شدة الإصابة بالإعاقة السمعية تختلف حسب شدة المرض التي تعرضت له الأم وكمية الادوية (**http://asdmag.net/archives/45689**)

- **مسببات أثناء الولادة**

وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عليها بالنسبة للوليد وتشمل:

- **الولادات المتعسرة أو الطويلة:**

حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين لنقص الأكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابته بالصمم

- **الولادات المبكرة:**

وتكون قبل اكتمال قضاء الجنين لسبعة أشهر في رحم الأم مما قد يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه.

- **عدم توافق فصائل الدم في الأب والأم** : (R .H)

والطفل الأول لا يتأثر بذلك ، بينما الأطفال الذين يولدون بعد ذلك قد يتعرضون للإصابة ، حيث أن كرات الدم الحمراء تتكسر وينتج عنها وجود مادة صفراء تترسب في المخ ، وفي المراكز السمعية العليا، وتؤدي للإصابة بالإعاقة السمعية

(نظيمة سرحان، 2006، ص11)

- **مسببات بعد الولادة:**

وترجع هذه العوامل إلى الإصابة ببعض الأمراض ، والتعرض لبعض الظروف التي قد تؤدي للإعاقة السمعية ، وتشمل:

✓ إصابة الطفل ببعض الأمراض مثل الحصبة، أو التيفود ، أو الأنفلونزا، أو الحمي النكفية، أو الحمي القرمزية، أو الالتهاب السحائي، أو الحمي الشوكية

- ✓ زيادة الضغط على الأذن بسبب التعرض للانفجارات الشديدة ، والموسيقي المرتفعة ، والضوضاء والأصوات العالية
- ✓ التعرض للحوادث والإصابات مثل ارتجاج المخ ، أو الصدمات ، أو الصفع على الأذن ، أو دخول أجسام غريبة في الأذن مثل الحصى والحشرات
- ✓ التهاب الأذن الوسطي وما ينتج عنه من خروج صديد من الأذن ، وكذلك التهاب الأذن الخارجية
- ✓ إصابة بعض كبار السن بالصمم ، نتيجة ضمور أنسجة السمع ، وهو ما يعرف بصمم الشيخوخة.
- ✓ صمم هستيري وعادة ما يعزي إلى ضغوط انفعالية فقد يفقد الهستيريون صوتهم ويصبحون صما لأسابيع أو شهور تحت ضغط الصراعات الانفعالية الشديدة ، وفي هذا النوع يكون دور الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي على قدر كبير من الأهمية في دراسة الجوانب المؤثرة في نشأة واستمرار هذه الحالة. فقدان الكلام أو الصمم قد يكون عرضاً من الأعراض المصاحبة للتوحد الطفولى، وفى تلك الحالة لا يتكلم الطفل لأنه بلغ في انعزاله التام عن المجتمع أنه لم يعد يجد ضرورة للاتصال بالغير عن طريق التعبير بالكلام ولا بأية وسيلة أخري (**القمش، 2007**)

و مجمل القول ان أسباب الإعاقة السمعية تتلخص في ما يلي:

1. العوامل الوراتية.
2. التشوهات الخلقية سواء ذلك في طبلة الاذن او العظيمات او القوقعة او صيوان الاذن.
3. اصابة الام بالعدوى خلال الحمل وخاصة الحصبة الالمانية.
4. الولادة قبل الاوان.

5. المضاعفات الناتجة عن بعض الولادات العسرة والتعقيدات التي قد تحدث اثناء عملية الولادة.

6. اصابة المولود باليرقان خاصة اذا كان في الساعات الاولى بعد الولادة او في الايام الثلاثة الاولى.

7. زيادة الافرازات الشمعية في الاذن مما يودي الى اغلاق القناة السمعية.

8. الاجسام الغريبة التي توضع في الاذن.

9. الحوادث والصفعات واللكمات على الاذن.

10. اصابة الطفل ببعض الامراض المعدية مثل التهاب الاذن الوسطى الحاد والمزمن

11. التعرض لفترات طويلة للضجة والضوضاء والاصوات العالية.(**تامر المغاوري الملاح، 2015**)

6_ خصائص ذوو الإعاقة السمعية

6-1- الخصائص اللغوية:

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية. فالإعاقة السمعية تؤثر سلبياً على جميع جوانب النمو اللغوي، ومن تلك الآثار السلبية على النمو اللغوي: عدم تلقي الطفل المعاق سمعياً لأي تعزيز سمعي عندما يصدر أي صوت من الأصوات، كما أنه لا يستطيع سماع كلام الكبار كي يقلده وبالتالي فهو محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يصدره من أصوات.

وتتصف لغة المعاقين سمعياً بالفقر البالغ قياساً بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة، وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودة وألفاظهم تدور حول الملموس، وتتصف جملهم بالقصر والتعقيد علاوة على بطء كلامهم واتصافه بالنبرة غير العادية، فالطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد عن (2000) كلمة، أما الطفل الأصم لا يعرف أكثر من (200) كلمة، وبدون تعليم لغوي منظم للطفل الأصم لا يعرف أكثر من (25) كلمة فقط، وبذلك فأن الخصائص

اللغوية تختلف من فرد لآخر، وهناك علاقة طردية بين النمو اللغوي للمعاق سمعياً وبين درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية لدى المعاقين سمعياً، الأمر الذي يجعل من الصعب على الوالدين فهم المعاق سمعياً وما يريد إيصاله من معنى بسهولة ويسر، وبالتالي قد تسوء المعاملة الوالدية له الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بالاغتراب النفسي نتيجة لعدم فهمه وتعرضه لأساليب والديه غير سوية.(**القمش. المعايطة، 2007**)

6-2- الخصائص المعرفية:

ويقصد بها هل تؤثر الإعاقة السمعية على القدرات والمهارات المعرفية والعقلية للفرد المعاق، وبما ان الإعاقة السمعية تؤثر على القدرات اللغوية كذلك الشأن بالنسبة للقدرات العقلية ...

تباينت الآراء ونتائج الدراسات حول أثر الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للأفراد المعاقين سمعياً مقارنة بعادي السمع، فقد أشارت بعض البحوث إلى أن النمو المعرفي لا يرتبط باللغة بالضرورة ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً، ويعزو هؤلاء اختلاف المعاقين سمعياً على العاديين في اختبارات الذكاء إلى عدم توافر طرق فعالة لتعليم المعاقين سمعياً، بينما أشار البعض الأخر إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، وبما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل كبير على القدرات اللغوية فليس من المستغرب أن نلاحظ تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء وذلك لتشبع هذه الاختبارات بالناحية اللفظية.

والجدير بالذكر وجود فروق في القدرات المعرفية بين المعاقين سمعياً والعاديين، فيعزو المخلافي (2005) هذه الفروق في القدرات المعرفية بينهم إلى الفارق الزمني، فما قد يتعلمه عادي السمع خلال ساعة قد يتعلمه المعاق سمعياً خلال ساعتين، ويضيف أن الطفل المعاق سمعياً لا يتعرض إلى ما يتعرض له الطفل العادي من رعاية وخدمات، ففاقد الشيء لا يعطيه، بالإضافة إلى

ضعف كفاءة القائمين على تطبيق اختبارات الذكاء في عملية التواصل مع المعاقين سمعياً، وعدم ملائمة هذه الاختبارات لقياس ذكاء المعاقين سمعياً.

على أية حال، فيما يتعلق باختلاف الآراء حول تأثير الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للمعوقين من حيث ارتباطها بالجانب اللغوي أو عدم ارتباطها، فإن الباحث يرى أن الإعاقة السمعية تؤثر في أي حال من الأحوال على القدرات المعرفية سواء اعتمدت القدرات المعرفية على اللغة أم لا، وما يهم هو هذا التأثير الذي ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند التعامل مع المعاقين سمعياً سواء من حيث تدريبهم أو تعليمهم أو تأهيلهم، وبالتالي التقليل من حدة شعورهم بالعزلة الاجتماعية والاغتراب النفسي (**القمش. المعايطة، 2007، ص 92**)

6-3- الخصائص الأكاديمية:

بالرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم العملي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين، فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلاب-وبخاصة الصم منهم- من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموماً وبوجه خاص في التحصيل القرائي، والفارق التعليمي بين ذوي الضعف السمعي وذوي السمع العادي يتسع مع التقدم العلمي، وبذلك فإن تحصيل المعاقين سمعياً يأتي ضعيفاً، حيث يتناسب ضعف تحصيلهم الأكاديمي طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها ويزداد الطين بله بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس حيث أشارت بعض الدراسات بأن (50%) من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءاتهم تقاس بمستوى قراءة طلاب الصف الرابع الأساسي، وأن (15%) كانوا بمستوى الصف الثامن من التعليم الأساسي.

(**محمد النوبي محمد،2009**)

6-4- الخصائص الاجتماعية والنفسية:

إن افتقار الفرد في أي مجتمع من المجتمعات لمهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وضعف مستوى قدراته وأنماط تنشئته الأسرية يقود إلى عدم بلوغه النضج الاجتماعي المناسب لعمره الزمني، ولا يستثنى من ذلك الأفراد المعاقين سمعياً، وبما أن المعوقين سمعياً لديهم فقراً في طرق الاتصال الاجتماعي فإنهم يعانون من الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين، ويسيئون فهم تصرفاتهم، ويتصفون بالأنانية، كما يتأثر مفهومهم عن ذواتهم بهذه الإعاقة، ومن أهم خصائصهم النفسية عدم توافقهم النفسي وعدم الاستقرار العاطفي. ويتصف هؤلاء بالإذعان للآخرين، والاكتئاب، والقلق، والتهور، وقلة توكيد الذات، والشك في الآخرين، والسلبية والتناقض، والدونية ونقص الثقة وسوء التوافق الانفعالي والضبط الذاتي والشعور بنقص الكفاءة، وتوقع مواجهة مواقف إحباط جديدة لم يسبق مواجهتها نتيجة لفقد السمع مما يثير لديهم القلق والاضطراب الانفعالي الذي يؤدى إلى العزلة والعجز والاغتراب وشعورهم بالوحدة النفسية.

فقد اثبتت دراسة كل من انجلش ودوغان 2001 أن مفهوم الذات لدى الأشخاص المعوقين سمعياً يتصف بعدم الدقة فهو غالباً مبالغ فيه، وتشير الدارسات أيضاً إلى أن المعوقين سمعياً الملتحقين بمؤسسات خاصة للمعوقين سمعياً أو الذين يعاني آباؤهم أو أمهاتهم من الإعاقة السمعية يكون لديهم مفهوم ذات أفضل من غيرهم من المعوقين سمعياً، وتوصلت دراسة حرب، 2003 إلى أن الذكور من المعاقين سمعياً لديهم مشكلات في مفهوم الذات الجسمية والرضا عن الذات، بينما كانت مشكلة الإناث في مفهوم الذات الاجتماعية.

(محمود مندوة و آخرون، 2010)

هناك عدد من الدراسات التي بينت أن المعاقين سمعياً يؤثرون العزلة على المشاركة، والانسحاب على الإقدام، ويميلون إلى الانزواء، ويميلون إلى الألعاب الفردية التي تتطلب مشاركة عدد محدود

ويشير بعض الباحثين إلى أن القصور في قدرة المعوقين سمعياً على التواصل مع الآخرين، وكذلك أنماط تنشئتهم الاجتماعية تؤدي إلى الاعتمادية وعدم النضج الاجتماعي، كما إن المعاقين سمعياً يبدون قدراً كبيراً من التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم المعوقين سمعياً وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقات الأخرى وهو ما يعني التعصب من جانبهم لفئة المعوقين سمعياً حتى يحصلوا على القبول من الآخرين، كما يعدون أقل معرفة بقواعد السلوك المناسب، ويعانون من قصور واضح في المهارات الاجتماعية، كذلك فإنهم يعدون أكثر شعوراً بالوحدة النفسية قياساً بأقرانهم المعوقين من فئات الإعاقات المختلفة، وقد يلجئون إلى السلوك العدواني من جراء ما يصادفونه من إحباط، وقد ترجع الخصائص النفسية للمعوقين سمعياً إلى تعرضهم لمواقف تتسم بالإهمال وعدم القبول والسخرية أحياناً أو تتسم بالإشفاق والتعبير عن هذا الإشفاق أمامهم. فالمعاقين سمعياً الذين يولدون لأسرة تعاني من العوق السمعي قد يكونون أكثر توافقاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالمعاقين سمعياً الذين يولدون لأبوين عاديين، ذلك لأن الأبوين المعاقين سمعياً يستطيعان فهم ابنهم المعاق سمعياً ويكون بمقدورهما أيضاً التواصل معه، وبالتالي يحصل المعاق سمعياً على فرص أكبر لتطوير علاقاته الاجتماعية سواء مع مجتمع العاديين بشكل عام أو مجتمع المعاقين سميعاً بشكل خاص، ويحصل على فهم أكثر من قبل والديه ومن ثم ينعكس هذا على إتباع الأساليب الايجابية في معاملة الوالدين له الأمر الذي يخفف من شعور المعاق سمعياً بالعزلة الاجتماعية والاغتراب النفسي.

(محمود مندوة و آخرون، 2010)

6-5- الخصائص الجسمية والحركية:

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، وعلى أية حال، فإن الإعاقة السمعية تؤثر على حركة الأطفال حيث يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل

معها، لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل إن الفقدان السمعي ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركاته الجسمية، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما نموهم الحركي فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص العاديين، كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض، وترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض.

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأشخاص المعاقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص السامعين، هذا بالإضافة إلى هذه الخصائص الخاصة بالمعوقين سمعياً فإن هناك خصائص عامة يشترك فيها المعاقين سمعياً مع السامعين، وتكون أكثر بروزاً ووضوحاً في مرحلة المراهقة وتشمل التغيرات الجسمية والانفعالية والعاطفية، وينبغي أخذها بعين الاعتبار عند التعامل مع الطلبة المعاقين سمعياً في المرحلة الثانوية كون هذه المرحلة تقابل مرحلة المراهقة(**أكرم محمد صبحي، محمود العزاوي،2010**)

7–تشخيص و تقييم الإعاقة السمعية:

1.7. اعتبارات عامة عند تقييم المعوقين سمعيا:

- أن يكون المقياس او الاختبار بوجه عام ادائيا غير لفظي، فبغير ذلك يكون صدق الاختبار موضع شك و تساؤل
- غالبا ما تكون الدرجات المتدنية و ليست الدرجات المرتفعة التي يحصل عليها المعوقون سمعيا غير صادقة
- إن الاختبارات التي يطبقها اشخاص ليس لديهم خبرة كافية للتعامل مع المعوقون سمعيا أقل صدقا من تلك التي يطبقها اشخاص لديهم خبرة كافية مع هذه الفئة

- يلعب التواصل دورا حاسما في عملية التقييم النفسي التربوي و لذلك يجب على الفاحص أن يكون قادرا على التواصل مع المعاق سمعيا في الموقف الاختباري سواء من خلال التواصل الكلي او من خلال قراءة الكلام او لغة الإشارة

- ان التقييم النفسي للمعوقين سمعيا الصغار في السن غالبا ما يفتقر الى الثبات و الصدق و لا يمكن الاعتماد على نتائجه

- يجب على الفاحص ان يكون على وعي كاف بتأثيرات الموقف الاختباري

8- أنواع التشخيص للإعاقة السمعية:

8-1- التشخيص الطبي للإعاقة السمعية:

هناك مجموعة من المؤشرات الدالة على وجود إعاقة سمعية و هي:

- وجود مشكلة معينة في الاذن من قبيل الإحساس بألم، أو سماع أصوات غريبة في داخل الاذن الطنين او نزول افرازات صديدية من الاذن
- حذف الأصوات الساكنة عند الكلام، و الكلام غير الناضج و المشوش
- عند مشاهدة التلفاز يرفع الطفل الصوت عاليا
- يدير الطفل رأسه كليا نحو مصدر الصوت كمحاولة منه ان يسمع بطريقة صحيحة
- يطلب الطفل بشكل متكرر من الاخرين ان يعيدو عليه ما يبق ان قالوه
- لا يستجيب الطفل او لا ينتبه عندما يتحادث الاخرون معه بصوت عادي
- قد يعاني الطفل من التهابان او احتقان في الجيوب الانفية يرتبطان بالفقدان السمعي أحيانا
- قد يظهر مستوى غير عادي من حيث الانتباه الشديد او عدم الانتباه اطلاقا
- قد يلجأ الطفل الى استخدام الايماءات في المواقف التي يكون فيها الكلام اكثر فاعلية و جدوى
- صعوبة فهم الطفل للتعليمات

- أداء ضعيف على اختبارات الذكاء اللفظية

- وجود تشوهات خلقية على الاذن الخارجية

- البطء الواضح في نمو الكلام واللغة (**عبد الرحمن سيد سليمان، اشرف عبد الحميد، إيهاب الببلاوي، 2010**)

اختبارات الهمس: whispering test

و هي من الاختبارات المبدئية التي يمكن للآباء و الامهات او المدرس إجراؤها على الطفل لاختبار مقدرته على السمع و تتطلب من الفاحص الوقوف خلف الطفل او بجانبه و مخاطبته بصوت خفيض او هامس , مع الابتعاد عنه تدريجيا حتى الوصول الى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها و يجرى هذا الاختبار بالنسبة لكل اذن على حدة بعد تغطية الاذن الاخرى .

اختبار الساعة الدقاقة watch_ tick test

حيث يطلب من المفحوص و و مغمض العينين الوقوف عند النطقة التي يسمع عندها الفرد العادي صوت الساعة فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النطقة يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها و تحسب المسافة من الوضع الاخير مقارنة بالوضع العادي , فإذا ما كانت اقل من نصف المسافة لدى العاديين , زاد الاحتمال بأن المفحوص ضعيف السمع .

8-2- قياس السمع الكهربائي (الاديوميتر audiometer)

جهاز قياس السمع الكهربائي يبعث اصواتا مختلفة من حيث التردد و كثافة الصوت او شدته و ينتقل الصوت الى المفحوص عبر سماعة خاصة ليحدد النقطة التي يبدأ عندها في سماع الصوت لنوع معين من التردد و تسمى هذه النقطة بعتبة الصوت . hearing threshold

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=16&id=847

9-خطوات التعرف على ذوي الإعاقة السمعية:

- تقييم القدرة العقلية العامة و التحصيل الدراسي الحالي، و السلوك الاجتماعي و تحديد المهارات في اللغة الاستقبالية و التعبيرية و مهارات النطق و خصائص الكلام المنطوق
- التأكد من أن جميع الاختبارات قد أجريت بطريقة التواصل الرئيسية التي يتقنها المعاق
- الحصول على التاريخ التطوري النمائي للمعاق من الاهل
- الحصول على نتائج الفحوص و التوصيات من الطبيب المختص في مجال السمع
- الحصول على نتائج الفحوص السمعية الكاملة و التوصيات من اخصائي السمع و يجب ان يشتمل التقرير على طبيعة الفقدان السمعي
- مراجعة التعريفات و الإجراءات الخاصة بالتقييم التربوي لذوي الإعاقة السمعية و التأكد من تطبيقاتها
- مراجعة جميع البيانات التي يجب استخدامها في تحديد ما اذا كان التلميذ معاقا سمعيا او لا

(عبد المطلب امين القريطي، 2013، ص 43.. 44)

10_ الوقاية من الإعاقة السمعية:

الوقاية الاولي: هي جملة الاجراءات التي تهدف الى الحيلولة دون حدوث نقص في السمع, وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الاولية.

الوقاية الثانوية: هي جملة الاجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف الى حالة عجز, وذلك من خلال الكشف المبكر والتدخل العلاجي المبكر.

الوقاية الثلاثية: هي جملة الاجراءات التي تهدف الى منع تفاقم حالة العجز وتطورها الى حالة اعاقة, وذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد, والحد من التاثيرات السلبية للعجز لدية.

جدول رقم 2 يوضح مستويات الوقاية من الاعاقة السمعية

المستوى	الاجراءات
الاول	1. التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل 2. تطعيم الاطفال ضد امراض الطفولة سواء الفيروسي منها او البكثيري مثل: الحصبة وغيرها 3. امتناع الام عن تناول العقاقير الطبية اثناء الحمل دون استشارة الطبيب. 4. مراجعة الاطباء بشكل دوري والحصول على رعاية صحية منتظمة. 5. الارشاد الصحي. 6. ازالة المخاطر البيئية. 8. توعية الجماهير.
الثاني	1. الكشف المبكر عن نقص السمع عند الاطفال. 2. توفير المعينات السمعية عند الحاجة. 3. تقديم خدمات التدخل المبكر. 4. المعالجة الطبية والجراحة المناسبة.

الثالث	1. تقديم خدمات التربية الخاصة والتاهيل. 2. تعديل اتجاهات الاسرة والمجتمع. 3. تقديم خدمات الارشاد والتدريب الأسري. 4. توفير فرص الدمج الاجتماعي.

11_ التدخلات العلاجية و التأهيلية لذوي الاعاقات السمعية:

1.11. التأهيل التكنولوجي والطبي للصم :

تعمل المساعدة التكنولوجية بالنسبة للصم على استعادة بعض وظائف السمع من خلال توفير وسائط بديلة للاتصال مع الآخرين, أو ممارسة أنشطة الحياة. هذه الأدوات والوسائل شهدت مؤخراً انتشاراً وتطوراً كبيرين، وعموما يمكن حصر أهم هذه الوسائل، والأنظمة في التالي:

المعينات السمعية من النمط الجسمي:

وتستخدم في حالات ضعف السمع العصبي الشديد والحاد، و هي تلبس على الصدر و توضع في جيب خاص بها و من حسناتها قلة صفيرها و قدرتها على تحمل الصدمات ورخيصة الثمن، زيادة على إمكانية استخدامها للجهتين معاً و من مساوئها الواضحة للعيان أنها ان لم يكن لها جيب يمكن أن ينزلق الطعام داخله

يتميز هذا النوع من المعينات السمعية بضخامته نسبياً، ويستعمل في الحالات الشديدة من الصمم، تحمل هذه المعينات سواء على مستوى الصدر، أو الظهر، وهي تملك قابلية التعديل في مستوى الطاقة، أو على مستوى النغمة الصوتية، وهي تتكون من ثلاثة أجزاء جزء منها يوضع داخل الأذن وسلك التوصيل إضافة إلى الصندوق المعالج

(خولة أحمد يحي، 2006،ص-ص. 142-143)

معينات سمعية خلف الأذن :هذا النمط من المعينات السمعية هو الأكثر انتشاراً، نظرا لفعاليته الكبيرة وجماليته، ومعظم معينات الأذن مجهزة بميكروفونات موجهة بمعززات تتعلق بتقوية التقاط الكلام لكن من بين عيوبها: أن ضجيجها المفاجئ قد يتسبب في إطلاق الطفل صرخة طويلة حادة، إضافة إلى إمكانية سقوطها أثناء اللعب. وهي عبارة عن جهاز صغير يوضع خلف اذن المريض مزود بأنبوب صغير يوضع داخل الاذن ومن حسناتها:

- تساعد على التقليل من الأصوات المزعجة
- صغيرة الحجم ومختلفة الألوان
- شكلها مقبول وتستخدم لمختلف الإعاقات شديدة ومتوسطة وبسيطة.ومن مساوئها حدوث صفير نتيجة حركة رأس المريض تجعل الطفل يصرخ إذا كانت ذات طاقة كهربائية ضخمة

معين سمعي داخل الأذن، معين سمعي من نمط كروس، معين سمعي من نمط كروس الثنائي، جهاز السوفاج: جهاز سوفاج عادي وجهاز سوفاج بالأشعة تحت الحمراء، جهاز سوفاج صغير، زراعة القوقعة ، المعلم الافتراضي بالدي، السماعة الخاصة بالتوصيل السمعي(عن طريق غشاء العظام) سماعة Cros Type ، السماعات الجماعية، سماعة مع نظارة

(سعيد حسني العزة، 2004 ،ص–ص.3001... 306)

المحاضرة الخامسة: محاضرة الإعاقة الحركية

عناصر المحاضرة

1. التطور التاريخي للاهتمام بالأشخاص المعاقين حركيا
2. المفهوم الشامل للإعاقة الحركية
3. أنواع الإعاقة الحركية
4. خصائص المصابين بالإعاقة الحركية:
5. أسباب الإعاقة الحركية
6. درجات الإعاقة الحركية
7. إجراءات القياس والتقييم لذوي الإعاقة الحركية
8. طرق الوقاية من الإعاقة الحركية
9. علاجات الإعاقة الحركية

1- التطور التاريخي للاهتمام بالأشخاص المعاقين حركيا:

لقد عرف الانسان الإعاقة الحركية منذ أكثر من خمسة الاف سنة فشلل الأطفال عرفه الانسان منذ اكثر من خمسة الاف سنة، الا ان اول وصف عيادي له ظهر عام 1789م، و أول حملة واسعة لنطاق التطعيم بلقاح السالك نفذت عام 1954، و بعد أن كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعا في عقد الاربعينيات فقد تم القضاء عليه بعض دول العالم عام 1966 و في القرن 20 كان هناك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم الكفاية و فعالية أسباب العلاج الطبي التقليدي، و لذلك انبثقت البرامج التربوية و التدريبية نتيجة القناعة بأن الجراحة و الرعاية الجسمية لا تكفيان، و قد تطورت البرامج التربوية و التأهيلية لخدمة الافراد المعاقين جسميا الذين كانوا يمكثون في المستشفيات لفترات طويلة ليست إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال و السل، وبعد ذلك اصبح هناك إحساس تدعيم، و ازداد تدريجيا بحاجة ذوي الاعاقات الحركية الشديدة الى البرامج التربوية الخاصة و هكذا كان الأشخاص ذوو الاعاقات الحركية الشديدة يمكثون في المستشفى او البيوت

وقد تغيرت الصورة تدريجيا مع بداية القرن 20 حين بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين حركيا في المدارس العادية وكانت نماذج التعليم متنوعة، وتشمل التعليم في المنزل والمستشفى او الصفوف، وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال المعاقين، و هذه المدارس مكيفة من حيث المداخل و الأبواب و الحمامات لتسمح للطلبة بالتحرك و التنقل دون حواجز، و كان القانون العام (94/142 سنة 1975) و المعروف باسم التربية لكل الأطفال المعاقين الذي تبنته الأمم المتحدة من أهم القوانين التي نادت بالرعاية و التعليم و التشغيل للمعاقين كما نادت الأمم المتحدة بان يكون عام 1981 عاما دوليا للمعاقين بقصد لفت انظار العالم و دوله الى مشكلة المعاقين /**www.uobabylon.edu.iq**

2- المفهوم الشامل للإعاقة الحركية:

بما أن مصطلح الإعاقة الحركية له مفهوم واسع سعة أهميته، فقد تعددت مفاهيمه وتعريفاته فنجد على سبيل الحصر:

*تعريف"الإعاقة الحركية "بأنها كل ما يتصل بالعجز في وظائف أعضاء الجسم، سواء كانت بالحركة أو الأعضاء المتصلة

بعملية الحياة البيولوجية كالقلب والرئتين وما شابه والمقصود بالإعاقة الحركية ليس حالات الأمراض العارضة التي لا يترتب

عنها عجزا حقيقيا في قدرة الفرد الطبيعية على أداء دوره الإجتماعي ولكن المقصود هنا الإصابة الجسمية التي لها صفة الدوام

والتي تؤثر تأثيرا حيويا على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيرا تاما أو نسبا."

وهي العجز في وظيفة أعضاء الجسم ، سواء كانت أعضاء مرتبطة بالحركة كالأطراف ، أو أعضاء متصلة بالحياة كالقلب ، وتكون صفة دائمة تؤثر على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية ، ومنهم من **يعرف المعاقين حركيا بأنهم** بأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات حركية حسية سمعية أو بصرية والتي قد تؤثر في سلوكهم المدرسي إلى درجة تستدعي معها الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة، **ويعرف الروسان الإعاقة الحركية** بأنها : حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة(**الروسان، 2001، 269**).

3- أنواع الإعاقة الحركية حسب أصل الحدوث:

هناك نوعين:

1.3. الإعاقة الحركية الخلقية:

–هي تلك الإعاقات التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الميلاد أو بعده بقليل، وتعود أسبابها غالبا إلى الوراثة، أو اختلالات

عضوية أثناء فترة الحمل أو أمراض مختلفة، ومن الأمثلة على هذا النوع من الإعاقة نذكر:

- تقوس الساقين.
- القدم المسطحة.
- هشاشة العظام.
- الأطراف القصيرة و المعقودة و المشوهة.
- الشلل المؤدي إلى الإعاقة الحركية

2.3. الإعاقة الحركية المكتسبة:

–هي تلك الإعاقات الحركية التي لا تولد مع الطفل وتحدث له في المراحل المختلفة من حياته، وغالبا ما تكون أسبابها بيئية،

ومن الأمثلة على ذلك:

- ✓ **البتر** :نتيجة التشوهات أو الحروق، وحتى الأمراض المزمنة مثل : الضغط السكري
- ✓ **الخلع الوركي** :الذي يحدث في الغالب جراء بعض الحوادث أو كنتيجة لمضاعفات الشلل الدماغي.
- ✓ **حوادث الطرقات** :الحروب، الحوادث المهنية ، الحوادث المترلية والحوادث الطبيعية

وغالبا ما تأتي الإعاقة الحركية المكتسبة بعد إختبار الفرد للحياة العادية، بحيث يتعود على الحركة أو المشي بصفة طبيعية ويتقدم في نواحي مختلفة من انشغالاته أو مشاريعه خاصة إذا كانت الحركة هي أساس النجاح في أعماله، حتى تصادفه أو تفاجئه الإعاقة نتيجة لأحد الأسباب الآنفة الذكر، فتسبب له عجزا بترك آثار متفاوتة التأثير على

جوانب شخصية هذا الفرد، وقد تحول هذه الإعاقة الحركية(دون مواصلته الطريق نحو أهدافه التي رسمها من قبل) (**جمال الخطيب، 1998**)

- ✓ **الشلل الدماغي**: هو خلل في حركة الجسم أو في شكل القوام أو كليهما نتيجة إصابة أو أكثر في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، يؤدي إلى خلل في كفاءة الجهازين العضلي والعصبي وقصور أداء العضلات اللاإرادية، وهو من الأمراض التي لا علاج لها ولا تزداد شدتها مع مرور الوقت فهي حالات مستقرة ويتجه أسلوب التعامل معها إلى تحسين وظائف الخلايا العصبية واستغلال الامكانات الجسمية المتوافرة بأفضل صورة ممكنة. وينقسم الى: الشلل النصفي السفلي ب. الشلل النصفي الجانبي ج. الشلل الثلاثي .د. الشلل الأحادي .هـ. الشلل الرباعي
- ✓ **الشلل النصفي**: وهو أحد أكثر مسبب للإعاقات الحركية في العالم، ويحدث نتيجة انفجار أحد الأوعية الدموية المغذية في حجيرات الدماغ نتيجة ارتفاع في الضغط أو مرض السكري أو عدة أمراض أخرى كتصلب الشرايين، أو نزيف بالدماغ وبالنتيجة يؤدي إلى شلل في جهة واحدة من جسم الإنسان وبذلك يسمى بالشلل النصفي
- ✓ **التهاب المفاصل**: مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها، ما ينجم عنه تورم وهي تيبس خاصة في الصباح.
- ✓ **التهاب العظام**: و هي التي تحدث في مراحل العمر المتأخرة والمتوسطة، وبخاصة عند الأفراد الذين يعانون من إصابات الهيكل العظمي، ومن يتعرضون للحوادث المختلفة، وتؤدي الإصابة بالالتهابات إلى الانزلاق الغضروفي وتآكله
- ✓ **اضطرابات العمود الفقري**: تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهرا آخرا مميزا من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل بهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد

- ✓ **الكسور**: وهي تخلخل تماسك النسيج العظمي، وبالتالي يؤدي إلى انفصاله إما جزئيا أو كليا نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية وهناك ثلاثة أنواع من الكسور وهي: الكسور المغلقة (البسيطة)، الكسور المفتوحة (المضاعفة)، الكسر المختلط
- ✓ **البتر**: يعرف طبيا بأنه فصل أحد الطرفين السفليين أو العلويين بشكل جزئي أو كامل عن الجسم، وذلك كنوع من العلاج أو لتخليص الجسم من عاهة، ويعرف بأنه حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها(**عبد المجيد حسن الطائي، 2007، ص46**)

4. خصائص المصابين بالإعاقة الحركية:

1.4. خصائص تربوية واجتماعية:

يعانى هؤلاء الأطفال من بعض المشكلات وتتمثل فيما يلى – : قلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب – . الاعتمادية على الآخرين والخجل والعزلة – . مشاكل في التبول وضبط المثانة – .صعوبات في مجال اللغة والحواس والتعلم

2.4. خصائص تعليمية:

تعتمد خصائصهم التعليمية على حسب خصائصهم الجسمية والنفسية، وهؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات تتمثل فيما يلى – : عدم الانتباه وتشتت في التركيز والتذكر – . نقص في تآزر حركات الجسم – . لديهم صعوبات في مجال التعلم ، فهؤلاء يتعلمون بصعوبة وتتعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع والدرجة مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية، ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل ذلك

الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية. **(فاروق الروسان، 2010م).**

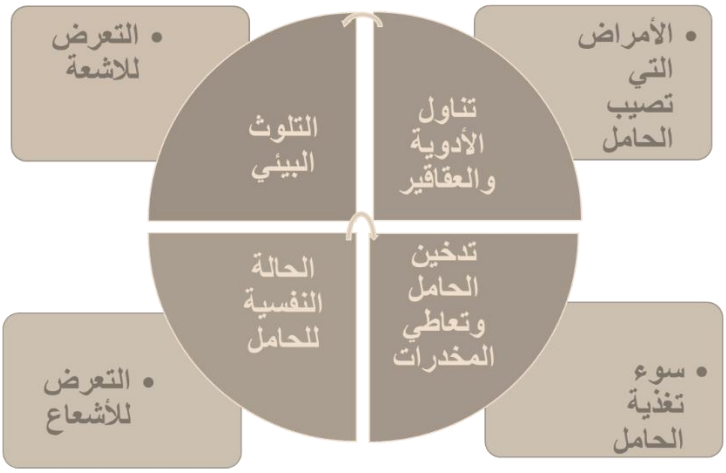
4- أسباب الإعاقة الحركية:

أولا : أسباب ترتبط بمرحلة الحمل(ماقبل الولادة):

1. العوامل الجينية Gentic Factor:



2. العوامل غير الجينية Genetie Factor



(صالح حسن الداهري، 2005 ،ص 62)

ثانيا : أسباب ترتبط بمرحلة الولادة :



ثالثاً : أسباب ترتبط بمرحلة ما بعده الولادة :



و يتبين لنا الاشكال أن الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية سواء أكانت هذه الأسباب مكتسبة أي مستمدة من البيئة أو من الوراثة ومن هذه الأسباب:

1-نقص الأوكسجين عن دماغ الطفل: سواء أكان هذا الطفل في مرحلة ما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها لأن ذلك يؤدي إلى الشلل

2-.العوامل الوراثية: أي خلل في الكروموسومات ينتقل من الآباء إلى الأبناء حيث يحدث هذا الخلل إعاقة جسدية لدى الطفل حديث الولادة

3-.عامل الريزوس: RH نعني به اختلاف دم الأم عن دم الجنين

الخداج: وولادة أطفال الخداج تعني عدم اكتمال نموهم وذلك بسبب ولادتهم قبل اكتمال المدة الزمنية. **(صالح حسن الداهري، 2005 ،ص 62)**

4-أسباب ما قبل ولادة الطفل: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية والبكتيرية كالجذري، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الألمانية والزهري، كذلك تعرض الجنين للإشعاعات، أو الاستعمال السيئ للأدوية والتدخين وإدمان المخدرات، كما أن سن التغذية وانعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال لولادات مشوهة. الأم الحامل له علاقة احتمالية لحدوث الإعاقة، وكثرة الحمل المتعاقب للأمهات

5-أسباب أثناء الولادة: كالولادة العسيرة التي تعرض الطفل للإصابة في الولادة يؤدي أيضا إلى إصابة دماغ الطفل. الجهاز العصبي، وأيضا وضع المشيمة الذي قد يؤدي إلى اختناق الجنين، استخدام الملاقط بالإضافة إلى الأمراض المترتبطة بالولادة وسوء التغذية وخاصة بالنسبة للأطفال يؤدي إلى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي في خلايا المخ. الصغار يعد عاملا من عوامل التعرض للإعاقة، كما أن الولادة الطويلة أو الطلق السريع

6-أسباب ما بعد الولادة: تعد الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي علاوة على الإصابة في الأطراف في منطقة الرأس والإصابات أو بعض الأمراض العصبية. الجسمية المباشرة، كذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى

7- ومن الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية أيضا 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 والحوادث المنزلية. (**السيد فهمي على محمد، 2008 ،ص ص 35-36**)

5- درجات الإعاقة الحركية:

ان الاعاقة الحركية بأنواعها و أشكالها لديها عدة درجات ومستويات والتي اتفق عليها بعض الاخصائيين في المجال فصنفت الى مستويات وهي:

1- الإعاقة الحركية الخطيرة:

في هذا المستوى من الإعاقة نجد الأشخاص ممتنعون من الحصول على درجة كافية من الحركة ، فالمعوق هنا في حاجة ماسة إلى مساعدة الآخرين لقضاء حاجاته وخاصة الضرورية منها، والسبب في ذلك هو أن هاته الإعاقة خطيرة ويكمن خطرها في إصابتها للمناطق العصبية المركزية، كالنخاع الشوكي، الممر الحركي العصبي، أو مناطق أخرى وهذا يؤدي في أغلب الأحيان إلى شلل الحمض الميوباتي الذي يصيب الأطراف الأربعة أو الي يصيب نخاع العظام

2- الإعاقة الحركية المتوسطة:

في هذا المستوى من الإعاقة نجد للشخص فرصة تكييفي المهني والاجتماعي ، وهنا يكون بواسطة متخصصين ، ويخص هذا النوع من الإعاقة للأشخاص الذين يعانون من النقص في المناطق المحاطة بعصب أو عدة أعصاب ويكون مصحوبا بانخفاض في القوة العضلية مثل شلل الأطفال.

3- الإعاقة الحركية الخفيفة:

في هذا المستوى من الإعاقة نجد الشخص غير مستعينا على الآخرين وهذا بسبب قدراته على تلبية حاجاته بمفرده ، ويخص هذا النوع من الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من ألام العضام والمفاصل دون النقاط العصبية على سبيل الحصر : انحراف العمود الفقريLuxation وانفصام العضام ،Scoliose (**عبورة رابح، 2008، ص49**)

6_ إجراءات القياس و التقييم للمعوق حركياً:

من المعروف أن هناك أربعة طرق أساسية وشائعة تستخدم في قياس السلوك لدى المعوقين، وكل منها يغطي نوعاً خاصاً من المعلومات وهي:

1- العد Counting: وهو قاس تكرار السلوك أو عدد مرات ظهور وتكرار السلوك المراد قياسه.

2- التوقيت Timing: وهو قياس دوام بقاء السلوك أو قياس الإدغمة للسلوك.

3- الفحص Checking: وهو قياس القدرة على أداء السلوك.

4- الدرجة Rating: وهو قياس إجادة السلوك أو إتقانه.

وطالما أن مشكلة السلوك الذي نحاول أن نقيسه موجودة فيجب دائماً أن نحاول استخدام أفضل الطرق المتخصصة التي تعطي نتائج دقيقة ولا تستغرق فترة طويلة من الوقت والجهد للانتهاء منها وطرق القياس لا تقتصر على الأربعة التي استعرضناها، فربما توجد طرق أخرى مناسبة لسلوك معين.

(**حابس الهواملة، 2003**).

7_ طرق الوقاية من الإعاقة الحركية:

- **التطعيم:**

هذا النوع من التطعيم متوفر في كل المستشفيات والمراكز الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة من جميع الأنواع الثلاثة للفيروس بعد ترويضها، ويؤخذ على شكل نقط بالفم، وعندما يصل الفيروس الأمعاء، ينفذ خلال الغشاء المبطن للأمعاء إلى الجهاز الليمفاوي حيث يتفاعل مكوناً المناعة المطلوبة

- **صحية البيئة:**

أن صحة البيئة ومنع التلوث لا تقل أهمية عن التطعيم، ولكنها تحتاج إلى وقت وجهود واسعة النطاق متضافرة تشترك فيها الأجهزة المعنية ومن أهم جوانب صحة البيئة الاهتمام بالنظافة العامة، وحفظ المأكولات والمشروبات بعيداً عن الذباب والصراصير، واستعمال المبيدات لإبادتها، والتخلص من الفضلات بطرق صحية ويجب تجنب رذاذ الغير واستعمال المناديل ولا بد من التعاون مع الجهات المختصة لإيجاد بيئة صحية لمنع التلوث. (**عصام الصفدي، 2002**)

كما و تكون الوقاية من الإصابة بالإعاقة الحركية بالشكل التالي:

أ /الوقاية الأولية:

تشمل طرق الوقاية الأولية لمنع حدوث الإعاقة ما يلي:

– اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد إجراء فحوصات عديدة تتعلق بأمراض الدم والعامل الريزيسي تفاديا لحدوث

تشوهات خلقيه في نسلهما لها علاقة بالإعاقة الحركية.

– تقديم الإرشاد المستمر للأم الحامل من دور الحضانة والرعاية الأسرية لأخذ المطاعيم الخاصة بأمراض الدفتريا والحصبة

والجدري والسل وغيرها.

–مراجعة الأم الحامل للطبيب أثناء فترة الحمل و الاهتمام بصحة الأم الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء التغذية وللأشعة

وعدم تعاطيها للكحول والتدخين.

–وجوب حدوث الولادة في مستشفى وتحت إشراف طبيب مختص.

–تجنب حدوث ولادة عسرة كأن تكون الولادة في المترل.

–تجنب الأم للتسمم الولادي أثناء الحمل.

ب /الوقاية الثانوية:

تسعى الوقاية الثانوية إلى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحيةبهدف خفض حالات العجز بين الأطفال

وتشمل طرق الوقاية الثانوية ما يلي:

–الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسمي

–التدخل العلاجي والجراحي المبكر

–إثراء بيئة الطفل لمنعه من التخلف

-توفير الرعاية الطبية المتواصلة للطفل للحفاظ على صحته.

-استعمال الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية والترميمية للأطفال للتخفيف من شدة الإعاقة الجسمية لديهم.

ج /الوقاية الثلاثية:

-توفير خدمات الإرشاد الجيني للأسرة.

-توفير خدمات الإرشاد الأسري.

-استعمال الأطراف الصناعية.

-مساعدة الطفل على الاستفادة من خدمات التأهيل التي تقدمها مراكز التربية الخاصة.

-تقديم العلاج النفسي للمصاب وأسرته.

-تعديل اتجاهات المجتمع وتحسين نظرته نحو هذه الإعاقة.

-مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته. **(زروق نايل، 2017، ص10)**

8_ علاجات الإعاقة الحركية:

العلاج الفيزيائي: أصعب المشاكل التي قد تواجه الإنسان هي الإعاقة الحركية وعدم القدرة على المشي أو فقدان التوازن وعدم التحكم بالجسد للقيام بخطوات ثابتة أثناء المشي، العلاج لهذه الحالات يكون بالعلاج الطبيعي والفيزيائي و إعادة التأهيل بإستخدام أحدث الروبوتات ومختلف التمارين الرياضية للحصول على النتائج المطلوبة في مدة معينة تتحدد حسب سرعة إستجابة المريض للعلاج وتاريخ الإصابة مع الأخذ بعين الإعتبار سبب الإصابة. أهم العلاجات المتوفرة لدينا ترتكز على جهاز الروبوت لوكومات ، هو نظام تكنولوجي خاص عالي التقنية يقوم بتحريك أقدام المريض حسب الحركة والخطوات الطبيعية للإنسان ، والقيام بتمارين يومية مكثفة تمتد لساعات لتتحفز العضلات وتعود الحركة تدريجيا

(**https://www.facebook.com/hemiplejitreatmentcentre**)

المحاضرة السادسة: اضطراب طيف التوحد المفهوم، الأسباب، التشخيص

عناصر المحاضرة

1. مفاهيم اضطراب طيف التوحد
2. تصنيفاته
3. الكشف والتشخيص
4. التدخلات العلاجية

يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، إلا أن معظم التعاريف تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد ليس كمرض وانما كاضطراب في السلوك أو كمتلازمة واضطراب في التصرف، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغير(**الشيخ ذيب،2005**)

1- مفاهيم اضطراب طيف التوحد:

يتشكل مرض اضطراب طيف التوحد**ASD** من مجموعة معقدة من اضطرابات النمو العصبي التي تستمر مدى الحياة، وتنشأ تلك الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة المبكرة وتؤثر على قدرة الشخص في التواصل الاجتماعي والتفاعل مع الاخرين. ووفقً ا للمراجعة الخامسةDSM-5 للدليل التشخيصي والاحصائي الصادر عن الجمعية الامريكية للأطباء النفسيين، يعتري المعايير القائمة لتشخيص مرض اضطراب طيف التوحد الكثير من العوار فيما يتعلق بالاتي:)

أ (التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي) ب (الحركات والاهتمامات والسلوكيات المقيدة أو المتكررة)، ويعرف أحد التصنيفات البديلة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وهو التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة (**ICD-10**)، مرض التوحد: بأنه ضعف يعتري ثلاثة جوانب أساسية، هي التفاعل الاجتماعي ، كما تشمل النسخة العاشرة المذكورة آنفا والتواصل والسلوكيات المقيدة أو المتكررة

متلازمة اسبرجر: هي عبارة عن تطور نمطي في القدرات اللغوية مع العجز فقط في جوانب التواصل الاجتماعي والسلوكيات المقيدة أو المتكررة

التوحد اللانمطي: يمثل طيفا أوسع من الصعوبات الاجتماعية التي ال تتناسب مع التعاريف الكلاسيكية لمرض التوحد أو متلازمة اسبرجر (**كريم منير و آخرون، 2016، ص8**)

- ومن التعاريف التي وجهت للتوحد ما يلي: " ان الطفل التوحدي لديه اضطراب وقصور في النمو اللغوي والقدرة على التواصل والنمو (العاطفي، الانفعالي، الاجتماعي، الادراك، الحسي والسلوكي...) حيث انه منغلق على ذاته لا يتأثر بالمثيرات الخارجية، وهو يعيش في عالمه الذي يقوم فيه بسلوكياته النمطية المكررة (**سهير كامل،2012 ص 162**)
- عرفته الجمعية الأمريكية:Autism Society of American بأنه: نوع من الاضطرابات التطورية التي لها دلالتها ومؤشراتها في السنوات الثلاثة الأولى نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ تؤثر على مختلف نواحي النمو(**القمش، 2012، 237**)

إذا فالتوحد يصف مدى الاختلافات والتشوهات النوعية على مستوى التفاعل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي، إلى جانب الاهتمامات المقيدة والسلوكيات النمطية المتكررة والجامدة، وغالبا ما يكون لها تأثير في جميع مراحل الحياة، بالإضافة إلى هذه الميزات، فالأطفال والمراهقين الذين يعانون من التوحد غالبا ما يكون لديهم مجموعة متنوعة من الصعوبات المعرفية واللغوية والطبية والعاطفية والفكرية والسلوكية، بما في ذلك: الحاجة إلى الروتين، صعوبة في فهم الآخرين، والمشاعر، ومشاكل النوم والطعام، والمشاكل الصيحة والعقلية مثل القلق والاكتئاب ومشاكل الانتباه وسلوك إيذاء النفس وأحيانا أخرى اضطرابات السلوك العدواني، هذه الميزات يمكن أن يكون لها تأثير كبير على نوعية حياة الفرد، والأسرة أو مقدمي الرعاية، ويؤدي إلى الضعف الاجتماعي (**رابح شليحي، 2018**)

اضطراب نمائي عصبي تطوري ينتج عن خلل في وظائف الدماغ يظهر كإعاقة تطورية أو نمائية عند الطفل خلال السنوات الثلاث الاولى من العمر، ويؤثر على نشأة الطفل وتطوره، خاصة على المجالات الثلاثة للنمو التالية:

-اللغة، أو كيفية التكلم

-المهارات الاجتماعية، أو كيفية التواصل مع الآخرين

-السلوك، أو كيفية التصرف في مواقف معينة.

يمكن الكشف عنه بعد سن 18 شهرا، وتوجد أنواع مختلفة من التوحد تتراوح ما بين الخفيف الى الشديد، كما تختلف اعراض التوحد من طفل الى اخر، لا يوجد حالياً علاج يُشفي من التَّوَحُّد ولكن تشخيص التَّوَحُّد في وقت مبكر يسمح بالاستفادة من كثير من التدخلات العلاجية التي يمكن أن تساعد الطفل المصاب على التعايش مع التوحد. لذلك فإن نوعية الحياة التي يعيشها الطفل المصاب بالتوحد في مراهقته وبلوغه تتوقف على:

-التشخيص المبكر للتوحد

-شدة درجة التوحد

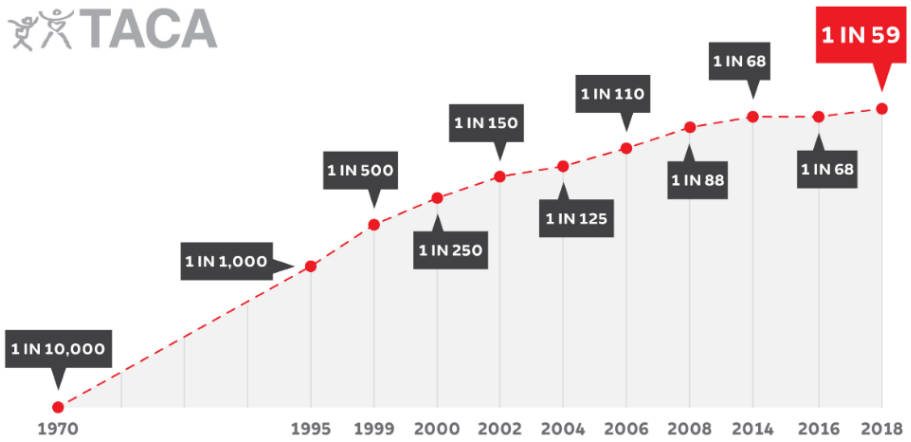
-كثافة المعالجة الشخصية التي يتلقاها الطفل من مختلف الخدمات (**رابح شليحي، 2018**)

2- معدل انتشار اضطراب التوحد:

في عام 2008، واستنادا إلى عينة من الأطفال في سن 8 سنوات، ذكرت احصائيات مركز السيطرة على الأمراض (CDC) أن انتشار مرض التوحد ارتفع إلى 1 من 88 في الأطفال الأمريكيين. بحلول عام 2010، وباستخدام عينة مماثلة، أتم الاعلان أن نسبة الإصابة قد ارتفعت إلى 1 في 68، واستنادا إلى هذه الأرقام الأخيرة ، يتم تشخيص 1 من كل 42 ذكر و 1 من 189 انثى باضطراب طيف التوحد (ASD) سنة 2012، وقبل ثلاث سنوات أي سنة2016 وفي مسح هاتفي وطني لـ 100000 عائلة ، كان من المتوقع حدوث 1 من 50 حالة، هذا حسب CDC(Centers for Disease Control and Prevention)، مركز الوقاية و السيطرة على الامراض بالولايات المتحدة الامريكية(Cathy Pratt, 2018)

أما TACA(The Autism Community in Action) مجتمع التوحد في العمل فقد كانت إحصاءاته قريبة لمركز السيطرة على الامراض فجاءت موضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم 01 يوضح معدل انتشار التوحد حسب السنوات



https://tacanow.org/autism-statistics

وقد أضاف الدكتور Bob Sears وهو طبيب معالج وعضو استشاري في مجتمع التوحد في العمل TACA بان معدل انتشار التوحد في نوفمبر 2018 بلغت نسبته 1 من 40 حالة طبيعية https://tacanowblog.com/2018/11/29/new-study-reaffirms-autism-epidemic-continues-to-affect-1-in-40-kids/ ، وتشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية عام 2016، إلى أن طفلا واحدا من كل 160 طفلا يعاني اضطرابات التوحد، التي تظهر في مرحلة الطفولة وتميل للاستمرار في فترة المراهقة وسن البلوغ. وبحسب أرقام الأمم المتحدة، فإن حوالي 1 بالمئة من سكان العالم مصابون بمرض التوحد، أي حوالي 70 مليون شخص، مع العلم أن رقعة المرض آخذة في الاتساع.

3–تصنيفات اضطراب طيف التوحد:

اضطراب التوحد والتصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق **(CFTMEA-R):**

في هذا التصنيف يندرج اضطراب طيف التوحد تحت مسمى اضطرابات النمو الشامل، وفي يكون الذهان المبكر هو نفسه اضطرابات النمو الشامل، ويعرف الذهان المبكر على انه اضطراب في تنظيم شخصية الطفل الذي يؤدي الى عجز كبير على مستوى الانا بالإضافة الى عجز على مستوى الجهاز العقلي وهذا ما يؤثر على تنظيم علاقاته مع محيطه الخارجي، ويندرج ضمنه مجموعة من الفئات وهي كالتالي:

1.00التوحد الطفولي المبكر، 1.01 اشكال أخرى من التوحد، 1.02 ذهان مبكر وتأخر عقلي مصاحب لاضطرابات توحدية او نفسية، 1.03 متلازمة اسبرجر، 1.04 الذهانات التنافرية، 1.05 اضطراب الطفولي التفككي، 1.08 اضطرابات ذهانية أخرى واضطرابات نمو شامل أخرى، 1.9 ذهان مبكر واضطرابات نمو شامل غير محددة

(Cressens.2015, p4 Anne Marie).

3–1– اضطراب طيف التوحد والتصنيف الدولي للأمراض النسخة 11 معدلة

(ICD11BETA) the International Classification of Diseases–11:

يندرج اضطراب طيف التوحد في هذا التصنيف ضمن اضطرابان النمو العصبية، ويتميز بـــ عجز في القدرة على المبادأة، وعدم القدرة على التفاعل والتواصل الاجتماعي، كما يتسم بمجموعة واسعة من السلوكيات النمطية والمتكررة ومحدودية الاهتمامات، والمشاعر الجامدة، ويحدث هذا الاضطراب خلال فترات النمو، و عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، مع انه في بعض الأحيان تصبح الاعراض غير واضحة تماما حتى أوقات متأخرة السن، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة للطفل...

http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%(2ficd%2fentity%2f437815624

3-2- اضطراب التوحد والطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM5، 2013)

يقدم كتيب الدليل التشخيصي الاحصائي الخاص بالاضطرابات العقلية DSM اللغة الأساسية التي يستخدمها الأطباء السريريون والباحثون، وأيضا العاملين بالصحة العامة في الولايات المتحدة عند التحدث عن الاضطرابات النفسية او العقلية، ولقد تم نشر الطبعة الحالية DSM5 سنة 2013 مقدما بذلك اول ترميم كبير لمعايير التشخيص والتصنيف منذ 1994سنة اصدار **DSM4** (**المجلة العالمية للطب النفسي، 2013: ص 6**)

لقد تم الاعتماد في الطبعة الخامسة للدليل الاحصائي على استخدام مسمى جديد للاضطرابات النمائية الشاملة وهو اضطراب طيف التوحد (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد، ومتلازمة اسبرجر، واضطراب التفكك الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ضمن مسمى واحد على شكل مضلة متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الاعراض ن كما ان الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية والتي تتضمن الفئات التالية الى جانب فئة اضطراب طيف التوحد: الاضطرابات العقلية، اضطرابات التواصل، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، وصعوبات التعلم المحددة والاضطرابات الحركية.(**الجابري محمد، 2014**)

4-التوجه الحديث في عملية التشخيص:

أما التوجه الحديث في عملية التشخيص المستمدة من التكفل متعدد التخصصات للطفل التوحدي فهو:

التشخيص متعدد المستويات: **(Multi-level Diagnostic Process)**

يقوم على تطبيق عملية القياس والتشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة وبالتحديد. فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي

DSM5 قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية تشخيص تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفقا للمستويات الثلاثة التالية:

أ- المستوى الأول المحكات التشخيصية:

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين بدلا من (ثلاثة أبعاد) أساسيين هما: 1/ بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي و2/ بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة، حيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض التشخيصية الثلاثة ضمن بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي وانطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات النمطية، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد هو خمسة أعراض من أصل سبعة متضمنة في المعايير التشخيصية (النسخة الخامسة من dsm5)، كما أن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمريا محددا لظهور الأعراض التشخيصية، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة (عمر8 سنوات). كما وأن هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقا ومن ثم اختفت لاحقا ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حاليا ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد وبالإضافة لما سبق، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل، كما أنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا أنها تشترط أن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها (أي وجودهما معا ضمن الفرد).DSM V)، 2013 ، F84.0) 299.00

(وأخيرا، فإن المعايير التشخيصية توضح أن انطباق الأعراض السلوكية في البعد الأول فقط دون

انطباقها في البعد الثاني يجعل الطفل قيد عملية التشخيص مؤهلا لأن يتم تشخيصه بفئة جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي.

ب- المستوى الثاني محكات التحديد:

توجب المعايير التشخيصية للطبعة الخامسة من الدليل في مستواها الثاني على الفاحصين ضرورة تحديد ما إذا كان الاضطراب مصحوبا باضطرابات أخرى مصاحبة له دون أن تكون هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص اضطراب طيف التوحد كما أن المعايير الجديدة تشترط في المشخص المعرفة التامة بالمحكات والمعايير التشخيصية الخاصة بهذه الفئات المتقاطعة كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي.

ج- المستوى الثالث محكات تحديد مستوى الشدة:

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في dsm5 بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد وفقا لمستوى شدة الأعراض السلوكية لديه .وتقسم المعايير التشخيصية مستوى الشدة إلى ثلاثة مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيا بانخفاض مستوى شدة الأعراض وعليه فإن جمعية أطباء النفس العيادين الأمريكية وهي الجهة المسؤولة عن إصدار الدليل التشخيصي قد أعدت مقياس لتحديد مستوى تأثير شدة الأعراض على أداء الطفل اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه(النسخة الخامسة منdsm5)والذي يوجب على الفاحصين تعبئته مباشرة أثناء جلسة التشخيص كما أن هذا المقياس يمكن استخدامه لاحقا لتحديد مدى التقدم الحاصل لدى الطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية (**محمد عبد الفتاح الجابري، 2014، ص 11 12**)

المعايير الجديدة لتشخيص فئة اضطراب طيف التوحد:

- استخدام تسمية تشخيصية موحدة هو اضطراب طيف التوحد ويتضمن كل من: اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، واضطراب التفكك الطفولي وبالمقابل تم اسقاط متلازمة ريت معتبرينها متلازمة جينية معروفة السبب او الجين المسبب لها
- التشخيص استنادا الى معيارين اثنين وهما القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية
- عدد الاعراض التي يتم التشخيص بناء عليها فق تضمنت ما مجموعه 07 اعراض سلوكية موزعة كما يلي: 03 اعراض في المعيار الأول و04 اعراض في المعيار الثاني
- تحديد مستوى شدة الاعراض فتشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الاعراض لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدماتي والتأهيلي، وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة
- المدى العمري الذي تظهر فيه الاعراض تم تمديده ليشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى عمر08 سنوات
- الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية واعتبارها واحدة من الاعراض السلوكية التي ان وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه
- الاضطرابات المصاحبة فقد اشترطت هذه الطبعة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص.
- اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي والتي تتوفر فيها معايير البعد الأول ولا تتواجد لديه اعراض البعد الثاني
- عدم الحاجة الى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد وانما الاعتماد على تحديد الاضطرابات المصاحبة

- الاعتماد على التشخيص الذي يؤدي الى تحديد الخدمات المراد تقديمها

(**American psychiatric association.2013 5th ed, pp 50..52**)

وبالمقارنة نجد ان التصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق النسخة 5 المعدلة الصادرة في 2012 يتفق مع تصنيف منظمة الصحة العالمية في نسختها 10 (CD10) حيث يندرج ضمن مضلة الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تندرج عنها مجموعة من المتلازمات وهي: التوحد الطفولي المبكر او ما يسمى ب توحد كانر، التوحد الطفولي، اشكال أخرى من التوحد كالتوحد النمطي ومتلازمة اسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي

(Roger Misès, 2012, pp 21..24)

6- العلاج

لم يوجد علاج شافٍ بعد لاضطراب طيف التوحد، وليست هناك طريقة علاج واحدة تناسب جميع الحالات. والهدف من العلاج هو زيادة قدرة الطفل على أداء الأعمال بأكبر قدر ممكن من خلال الحد من أعراض اضطراب طيف التوحد ودعم النمو والتعلم لديه. يمكن للتدخل المبكر خلال سنوات ما قبل المدرسة أن يساعد طفلك على تعلم المهارات الاجتماعية والوظيفية والسلوكية الحيوية ومهارات التواصل.

وقد تساعد مجموعة من طرق العلاج والتدخلات المنزلية والمدرسية في علاج اضطراب طيف التوحد، كما قد تتغير احتياجات طفلك بمرور الوقت. يمكن لمقدم الرعاية الصحية أن يوصي بخيارات ويساعدك على التعرف على الموارد في منطقتك.

إذا تم تشخيص طفلك باضطراب طيف التوحد، تحدث إلى الخبراء بشأن وضع إستراتيجية للعلاج وتكوين فريق من المتخصصين لتلبية احتياجات طفلك.

قد تشمل خيارات العلاج:

5-1- العلاجات السلوكية والاتصالية:

تعالج العديد من البرامج مجموعة من الصعوبات الاجتماعية واللغوية والسلوكية المرتبطة بالتوحد. وتركز البعض على الحد من السلوكيات المثيرة للمشاكل، وتعليم مهارات جديدة. وتركز الأخرى على تعليم الأطفال كيفية التصرف في المواقف الاجتماعية أو التواصل بشكل أفضل مع الآخرين، كذلك يمكن أن يساعد تحليل السلوك التطبيقي الأطفال على تعلم مهارات جديدة وتعميم هذه المهارات في حالات متعددة من خلال نظام التحفيز القائم على المكافآت.

5-2- العلاجات التربوية:

غالبًا ما يستجيب الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد جيدًا للبرامج التربوية التي تتميز بدرجة عالية من التنظيم. وتتضمن البرامج الناجحة عادةً فريقًا من الاختصاصيين، ومجموعة متنوعة من الأنشطة لتحسين المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال والسلوك. وغالبًا ما يظهر الأطفال قبل سن المدرسة ممن يحظون بتدخلات سلوكية فردية مركزة تقدمًا جيدًا.

5-3- العلاج الأسري:

يمكن أن يتعلم الآباء وأفراد الأسرة الآخرون كيفية اللعب والتفاعل مع أطفالهم المرضى بطرق تحفز المهارات الاجتماعية وتعالج المشكلات السلوكية وتعلمهم مهارات الحياة اليومية والتواصل.

5-4- العلاجات الأخرى:

بناء على احتياجات طفلك، فإن علاج النطق لتحسن مهارات التواصل، والعلاج المهني لتعليم أنشطة الحياة اليومية، والعلاج الطبيعي لتحسين الحركة والتوازن قد يكون مفيدًا. وقد يوصي الطبيب النفسي باتباع طرق لعلاج مشاكل السلوك.

5-5- الأدوية:

ليس هناك أي دواء في إمكانه تحسين العلامات الأساسية لاضطراب طيف التوحد، ولكن هناك أدوية معينة تساعد في السيطرة على الأعراض. فعلى سبيل المثال، قد توصف بعض

الأدوية لطفلك في حال كان يعاني من فرط النشاط؛ تستخدم الأدوية المضادة للذهان أحيانًا في علاج المشكلات السلوكية الحادة؛ كما قد توصف مضادات الاكتئاب لعلاج القلق. أطلع مقدمي الرعاية الصحية بشأن أي دواء أو مكمل غذائي يتناوله الطفل أولاً بأول. ففي بعض الأحيان، قد تتفاعل الأدوية مع المكملات الغذائية، وتُسبب آثارًا جانبية خطيرة.

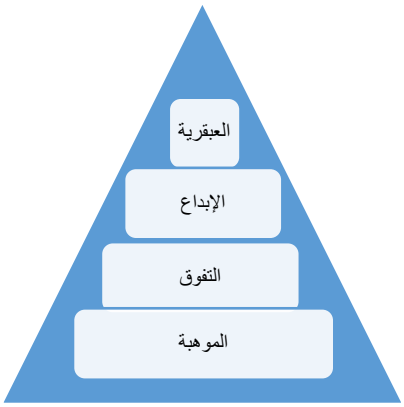
https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/-treatment/drc-20352934 diagnosis

المحاضرة السابعة: التفوق العقلي(مفهومه، تشخيصه،)

عناصر المحاضرة

1. مفاهيم التفوق العقلي الموهبة
2. مميزات المتفوق او الموهوب
3. خصائص المتفوقين الموهوبين
4. تصنيف مستويات التفوق الموهبة
5. أنواع التفوق الموهبة
6. اكتشاف و مجالات الكشف عن الموهبة التفوق
7. حاجات المتفوقين
8. برامج رعاية المتفوقين و مجالاتها

يعد التكفل ضحت رعاية بالمتفوقين وتوجيههم و ارشادهم بما يتناسب وقدراتهم ضرورة حتمية وإستراتيجية مهمة من استراتيجيات التنشئة في مجتمعاتنا العربية، فيعتبرون ثروة وطنية غير قابلة للتنازل او للإهمال، ومن هنا تأتي أهمية هذا الموضوع، حيث يغطي اهم المفاهيم والبرامج والقضايا الملحة التي ينبغي على الطلبة والمهتمين بهذه الفئة من الأفراد معرفتها والإلمام بها مستويات الأداء الإنساني الفائق



(القريطي،2001)

1- مفاهيم التفوق:

تناول كثير من الباحثين في علم النفس والتربية مفهوم التفوق إلا أنه ظهر بينهم اتجاهات مختلفة في تعريفهم لمفهوم التفوق، فمنهم من عرفه في ضوء مستوى التحصيل الدراسي ومنهم من عرفه في ضوء مستوى الذكاء ومنهم من عرفه في ضوء مستوى الأداء ومنهم من عرفه في مستوى الموهبة.**(عبد الله سليمان، 1985)**

- **تعريف التفوق في ضوء مستوى الذكاء:**

عرف تيرمان و هو رائد الباحثين في ميدان التفوق العقلي أن الطفل المتفوق هو من تجاوزت نسبة ذكائه 140 إذا انطبق عليه مقياس استانفورد للذكاء وفي ضوء هذا التعريف عرف تيرمان و آخرون المتفوقين بأنهم الأطفال الذين يحصلون على نقاط عالية في اختبارات الذكاء العام التي

تدل على استعدادهم واستمرارهم في جديتهم في الاختبارات و أن يكونوا أعضاء منتجين في المجتمع.

- **تعريف التفوق في ضوء المستوى التحصيلي:**

عرفت الجمعية الوطنية لدراسة التربية بأمريكا الشخص المتفوق بأنه من استطاع أن يحصل باستمرار تحصيلاً مرموقاً أو فائقاً في أي مجال من المجالات التي تقدرها الجماعة.

(عبد السلام عبد الغفار، 1966)

و قد عرف عطية هنا الطفل المتفوق بأنه الطفل الذي يتميز عن زملائه ويسبقهم في الدراسة ويحصل على درجات أعلى من الدرجات التي يحصلون عليها و يكون عادة أكثر منهم ذكاء و سرعة في التحصيل.

(عطية هنا، 1969)

- **تعريف التفوق في ضوء مستوى الأداء :**

عرف عبد السلام عبد الغفار المتفوق بأنه الفرد الذي يصل أداؤه إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين في مجال من المجالات التي تعبر عن المستوى العقلي و الوظيفي للفرد و يكون هذا المجال موضع تقدير الجماعة. ثم توسع بعد ذلك في تعريف التفوق و وضع أربع محكات يمكن الاعتماد عليها في التعرف على ذوي القدرة على التفوق.

– مستوى تحصيلي أكاديمي يضع التلميذ في أفضل 15% إلى أعلى 20% من مجموع التلاميذ.

– معامل الذكاء يقارب ب120 إذا قيس الذكاء بالاختبارات الشخصية.

– مستوى عال من القدرة على التفكير الابتكاري.(**عبد السلام عبد الغفار، 1966)**

- **تعريف التفوق**

ظهرت عدة تعريفات لتوضيح مفهوم التفوق نظرا لأن مفهوم التفوق مفهوم نسبي يختلف

باختلاف المكان و الزمان و أيضا تختلف المنبئات أو المؤشرات التي يعتمد عليها و نسرد هنا تعرفين للتفوق أحدهما غربي و الآخر عربي.

أولا : تعريف الجمعية الوطنية للدراسات التربوية بأمريكا و الذي عرف التفوق بأنه-:

هو الذي يظهر أداء مرموقا بصفة مستمرة في أي مجال من المجالات ذات الأهمية.

ثانياً : تعريف الدكتور عبد السلام عبد الغفار الذي عرف التفوق بأنه-:

هو من وصل أداؤه إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين في المجالات التي تعتبر عن المستوى العقلي و الوظيفي للفرد بشرط أن يكون المجال موضع تقدير الجماعة.

و هذا التعريف له ثلاث جوانب:

- يرى أن التفوق هو من وصل فعلا إلى مستوى معين في أدائه بمعنى أن مؤشر التفوق هو المنجزات الفعلية.

- أن يكون هذا المستوى أعلى من مستوى العاديين.

- أن يكون هذا الأداء في مجال عقلي تقدره الجماعة التي يعيش فيها الفرد و يكون التحصيل الدراسي هنا هو المؤشر الرئيسي لتحديد المتفوقين

2- **مميزات الطالب الموهوب:**

1- التفوق اللغوي (التعبير)، يَعرف مُفردات لا يعرفها أقرانه.

2- التفوق في القراءة ومهارات الكتابة.

3- التفوُّق في الذاكرة ومرونة الفكر: (الاستظهار، الرياضيات).

4- التفوق في المحاكمات المجردة.

5- التفوق في التفكير الرمزي.

6- الإبداعية، والخيال الإبداعي.

7- الاهتمام بالغموض والأمور المعقدة.

8- الاهتمامات الجمالية التذوقيَّة، والانتباه للتفاصيل.

9- الأداء المتميز، والإنجاز المدرسي المتفوق.

10- الإحساس الجيد بالنكتة، والإدراك الجيد للعلاقات المكانية.

11- الحماسة وحب الخبرات الجديدة.

12- حب الاستطلاع والمجازفة، والقدرة على التكيف.

13- يعطي عددًا من الحلول لمشكلة واحدة.

14- يتكيف بسرعة مع العالم المحيط.

15- يفهم العلاقة بين السبب والنَّتيجة، يعرف سببَ تشكُّل الغيوم، وسبب طفو الأجسام

16- يتمتع بقدر عالٍ من روح الدعابة والفكاهة.

17- يهتم كثيرًا بالصور والخرائط والبيانات ومجسمات الأرض والكواكب.

18- يفضل فك الأشياء إلى مكوناتها، كالألعاب والساعات والأجهزة... إلخ.

19- يعطي أعذارًا ذكية ومقبولة لتصرفاته.

20- يتمتع بتجميع وتركيب الألغاز والأحجيَّات الصعبة.

21- يحب العد والوزن والقياس وتصنيف الأشياء.

3- خصائص الموهوبين والمتفوقين

لقد حاول العديد من الباحثين تحديد خصائص وسمات الطلبة الموهوبين والمتفوقين، فقد أورد الزيات (**2002، ص 119**) مجموعة من الخصائص السلوكية، التي إذا لوحظ بعضا منها، أو كلها، وخاصة داخل الفصل المدرسي، فإنه يمكن أن يكون الطالب من الموهوبين، ومنها:

- يسأل كثيرًا، ويريد أن يعرف كيف، ولماذا تكون الأشياء على ما هي عليه.
- يبدى اهتمامات ملموسة بالقضايا والمشكلات الاجتماعية والسياسية.
- لديه أسبابه المنطقية لتبرير ما يعمله وما لا يعمله.

- يرفض أن يقلد الآخرين.
- ينتقد الأفكار التقليدية التي يبديها الآخرون.
- يبدو مستاءا وقلقًا إذا لم يكن العمل على الوجه الأكمل.
- يبدي السأم والممل إذا لم يجد ما يستثيره.
- ينتقل إلى أعمال أخرى قبل استكمال، أو إنهاء الأعمال التي يبدؤها.
- يعاود طرح أسئلة تتعلق بموضوعات بعد فترة من تناولها داخل الفصل.
- يبدو غير مرتاح أو غير مستقر يتحرك خارج مقعده في الفصل.
- يكثر من أحلام اليقظة.
- يحب حل المتاهات والألغاز والمشكلات.
- لديه أفكاره الخاصة المتعلقة بما يجب أن تكون عليه الأشياء.
- يتحدث كثيرا، ويناقش بمنطق قوي.
- يحب الاستعارات، والكنايات، والأفكار المجردة.
- يحب القضايا الشائكة التي تحتمل الشك والجدل.

وأضاف محمود(**1994، ص43–47**) خصائص أخرى، مثل: امتلاكه قدرة ذهنية متفوقة، وخيال خلاق، ويتطلع إلى المستقبل بتفاؤل، ويهتم بالبحث والتنقيب عن أصل الأشياء. بينما أشار العزة(**2002، ص18–33**) إلى مجموعة من الخصائص التعليمية للمتفوقين، ومنها: التفكير المتشعب، والإثارة، والحساسية، والبصيرة وبعد الرؤيا، والتضحية، والنضج قبل الأوان، والميل الاجتماعي، والميل للقيادة، والتنوع في الاهتمامات والقدرات. وفي عصر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، ومجتمع المعرفة، فان الطلبة الموهوبون يبدون فهما واسعا ومتشعبا لمكنات هذه التكنولوجيا؛ وإبداع مواقف ومعارف جديدة.

وقد تظهر مثل هذه الخصائص للموهوبين في مجال أو أكثر من مجالات الإبداع الإنساني المتعددة، فقد أورد (**جروان2002، ص57**) **و** (**محمد 2005، ص43**) ، عدة مجالات وردت في تعريف مارلاند Marland السابق التي تظهر لدى الطلبة الموهوبين التالية:

1. القدرة العقلية العامة.
2. الاستعداد الأكاديمي الخاص.
3. التفكير الإبداعي.
4. القدرات القيادية.
5. القدرات الفنية الأدائية والبصرية.
6. القدرات النفسحركية.

4- تصنيف مستويات المتفوقين عقليًّا:

- **فئة الممتازين** :وهم الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (120 أو 125) إلى (135 أو 140)، إذا طبِّق عليهم اختبار ستانفورد بينيه.
- **فئة المتفوِّقين** :وهم مَن تتراوح نسبة ذكائهم بين (135 أو 140 - 170) على نفس المقياس السابق.
- **فئة المتفوقين جدًّا (العباقرة** :(وهم الذين تبلغ نسبة ذكائهم 170 فما فوق.

أما تصنيف كرونشانك، فيقسم التفوق العقلي إلى مستويات ثلاثة كما يلي:

- **الأذكياء المتفوقون** :هم الذين نسبة ذكائهم بين 120 - 135، ويشكِّلون ما نسبته 5 % - 10%.
- **الموهوبون** :تتراوح نسبة ذكائهم بين 135 - 140 إلى 170، ويشكِّلون ما نسبته 1 % - 3%.

- **العباقرة (الموهوبون جدًّا** :(تتراوح نسبة ذكائهم 170 فأكثر، وهم يشكِّلون 0.00001%؛ أي: ما نسبته واحد من كل مائة ألف؛ أي: نسبة قليلة جدًّا

: **https://www.alukah.net/culture/0/55194/#ixzz5gKGlTTXv**

4- أنواع التفوق –الموهبة–

1- المواهب الموسيقية:

اشهر العازفين تعلموا الموسيقى في سن مبكرة لذا شجع تلاميذك على هذه الموهبة

2- المواهب الابتكارية:

شجعهم لابتكار شيء صغير (من الكرتون – اركت – الرسم على الزجاج – عرائس ورقية)

3- المواهب التمثيلية:

لابد من تشجيع الأطفال وذلك بعمل التمثيليات المتكررة لكي ما تكتشف المواهب

4- المواهب الدراسية:

القدرات العقلية (الحفظ) حفظ جزء من كلمة الله (مزمور) أو تنمية الكتابة عند الطفل قصة ومقال عن (الإيمان أو التبرير)

5- مواهب الترانيم:

عند تشجيع التلاميذ لموهبة الترانيم نخلق جيل جديد من المرنمين مثل ناصف صبحي – صفاء صبحي وغيرهم.

6- مواهب الرسم:

يمكن للمعلم أن يكتشف هذه الموهبة عن طريق عمل مسابقة للرسم وجمع أفضل الصور ثم تنميتها.

7- مواهب الخط والكتابة:

موهبة هامة وأنت كمعلم محتاج إليها في مدارس الأحد مثل كتابة الآيات والإعلانات لذا شجع تلاميذك على ذلك

هوايات يمكن أن تتحول إلى مواهب

1- هوايات تربوية:

يكتسب فيها الطفل معلومات فضلا عن المهارات الخاصة مثل قرأه الكتب والقصص – ودراسة البيئة من حوله

2- هوايات حرفية:

مثل أعمال النجارة والكهرباء وأشغال الإبرة والطهي والتصوير وعمل التماثيل

3- هوايات الجمع:

مثل جمع العملات جمع الكتب المفيدة جمع الأصداف وعمل العرائس جمع طوابع البريد.

4- هوايات متعلقة بالخدمات:

خدمات اجتماعية مثل النظافة التنظيم والترتيب توصيل المتقدمين في السن إلى أماكنهم.

5- هوايات رياضة:

مثل مباريات القدم – السلة – البنج – الشطرنج .... إلخ

5- اكتشاف الموهبة:

تكتشف بواسطة ثلاث طرق .. والمعلم هو الطرف الأساسي فيها:

1- عن طريق المعلم والملاحظة:

أن يكون المعلم قوي الملاحظة أثناء الدرس وفي تعامله مع التلاميذ في المواقف المختلفة أثناء الرحلات والمسابقات والحفلات

2- المعلم والأنشطة

أن يقوم المعلم بإعداد أنشطة مختلفة يشترك فيها عدد كبير من التلاميذ كالتمثيل والموسيقى وفرق الترنيم وأثناء ذلك يكتشف المعلم الأطفال الموهوبين

3- المعلم وعلاقته بالوالدين

لهذه العلاقة الأثر الواضح عل اكتشاف موهبة الطفل فلابد للمعلم معرفة آراء الوالدين ومدرسين الفصل وعن طريق الترابط في العلاقة بين المدرس وهذه الأطراف يمكن اكتشاف الموهبة وتنميتها

6- أنواع الموهوبين

قسم أستاذ التربية جورج بيتس الموهوبين إلى ستة أقسام:

جدول رقم 1 يوضح تقسيمات جورج بيتس للموهوبين

النوع	الاسم بالعربية	الاسم بالإنجليزية
الأول	الناجح	I : Successful
الثاني	المتحدي	II : Challenging
الثالث	المغمور	III : Underground
الرابع	المنسحب	IV : Dropout
الخامس	ثنائي التشخيص	V : Twice Exceptional
السادس	المستقل	VI : Autonomous

7- مجالات الكشف عن الموهبة:

يتم الكشف عن الموهوبين والمتفوقين بعدة اختبارات منها:

- المقاييس الجمعية ومنها مقياس المصفوفات المتتابعة، ومن أمثلتها مصفوفات ريفن المتتابعة المتقدمة حيث طورت في بريطانيا لقياس القدرة العقلية العامة أو الذكاء لأفراد ن عمر (11) سنة فما فوق.(**العاني و آخرون، 1995**)

- اختبارات الذكاء الفردية ويقصد بها الاختبارات التي تقيس الاستعداد العقلي العام للفرد دون

الاستعدادات أو القدرات الخاصة. ومنها اختبارات ستانفورد – بينيه واختبار وكسلر للأطفال.

– الاختبارات التحصيلية وتهدف إلى قياس المستويات المعرفية للتلاميذ وغيرهم من الأفراد في كل ميدان من ميادين المواد الدراسية وفي كل مجال من مجالات المعرفة البشرية وهي تقوم في جوهرها على تحديد المستوى المعرفي للفرد بالنسبة لجيله أو لفرقته الدراسية.

(**فؤاد البهي، 1959**). ومن أمثلتها:

– اختبارات أحادية الدرجة أو التنبؤ.

– اختبارات تكشف عن درجات أو تقديرات للنواحي اللفظية و للنواحي الغير اللفظية.

(**جابر عبد الحميد جابر، 1983**)

– اختبارات الاستعدادات :وهي وسيلة لقياس إمكانية المفحوص أو قابليته لأداء سلوك غير مرتبط بتعلم أو تدريب معين، وذلك من أجل التصنيف أو الاختيار للالتحاق ببرنامج ما. ومنها اختبار الاستعداد المدرسي واختبار الاستعداد الأكاديمي.

– اختبارات الإبداع والتفكير الإبداعي ومنها اختبار تورنس للتفكير الإبداعي.

– مقاييس التقدير ومنها مقياس رينزولي ورفاقه لتقدير خصائص التعلم(**فتحي جروان، 1998**)

8– حاجات المتفوقين

لقد قدمت الدراسات والبحوث النفسية والتربوية قوائم عديدة تتضمن الكثير من الحاجات التربوية والاجتماعية والجسمية والنفسية للموهوبين تضمنت ما يلي: يمكن إيجازها فيما يلي:

1. الحاجة إلى التعلم والتقدم في السلم التعليمي بحسب ما تسمح به قدراتهم.
1. الحاجة إلى خبرات تعليمية تتناسب مع مستوى تحصيلهم.
2. الحاجة إلى تنمية مهارات التفكير المستقل.
3. الحاجة إلى تعلم المهارات الدراسية التي تساعدهم على التعلم والدراسة مدى الحياة.
4. الحاجة إلى التعبير الحر عن عواطفهم ومشاعرهم وكل ما يعرفونه من معلومات وخبرات.

5. الحاجة إلى تطوير مفاهيم إيجابية عن أنفسهم بحيث يكون تقديرهم الذاتي عالياً.
6. الحاجة إلى مزيد من الانجاز ليتناسب مع ما لديهم من قدرات عالية ودافعية تختلف عن ما لدى أقرانهم العاديين.
7. الحاجة إلى المزيد من تقدير الآخرين لهم بما يتناسب مع ما يشعرون به نحو أنفسهم وما تؤكده إنجازاتهم المتميزة.
8. الحاجة إلى الاندماج الاجتماعي حتى لا يشعروا بالغربة أو العزلة الاجتماعية.

9- برامج رعاية الموهوبين:

يُجمع المربون والباحثون على أن برامج رعاية الموهوبين يجب أن تحقق الأهداف التالية:

1- التعرف المبكر قدر المستطاع على حالات الموهوبين.

2- الاستخدام الأمثل والمناسب لنتائج عدد من محكات قياس وتشخيص لقدرات الموهوبين.

3- وضع برامج رفيعة المستوى سواءً داخل الأطر المدرسية أو في المجتمع بوجه عام للموهوبين.

4- التعاون المشترك بين المسئولين في المدارس (معلمين وإداريين) وأولياء الأمور والمختصين وبعض الموهوبين أنفسهم لنشر الوعي وشحذ الهمم وتحفيز الطاقات وتغيير الاتجاهات نحو رعاية مُثلى للموهوبين.

5- العمل على تطوير اتجاهات إيجابية نحو رعاية الموهوبين عن طريق دحض المعتقدات الاجتماعية الخاطئة التي تنادي بتنميط الرعاية وحرمان الموهوبين من خدمات خاصة تناسب قدراتهم وتلبي حاجاتهم.

6- يجب أن تتصف أهداف برامج رعاية الموهوبين بالوضوح، وأن تكون معلنة ومستوعبة من قبل أولياء الأمور والمسئولين في المدارس وباقي أفراد المجتمع، لأن ذلك من شأنه توحدي الجهود وتحفيز الطاقات لاستخدام أمثل الطرق والأساليب التربوية لرعاية هذه الفئة من الطلبة.

7- يجب مراعاة ترجمة الأهداف إلى أنماط سلوكية مرغوب فيها بالنسبة للموهوبين.

8- يجب مراعاة أن تكون أهداف البرامج التربوية متمشية مع خصائص الموهوبين.

9- يجب أن تحتوي برامج الموهوبين فرصاً إرشاد وتوجيه مناسبة لمشكلات الموهوبين.

10- يجب أن تُعنى برامج الموهوبين بمجالات محددة للتفوق والموهبة تختار على أساس حاجات المجتمع.

11- يجب توفير الإمكانات المادية اللازمة لسير البرامج ونجاحها حسب ما هو مخطط لها.

12- يجب توفير الكوادر الفنية المدربة والمؤهلة خصيصاً للتعامل مع هذه الفئة من الطلبة، ويشمل ذلك المعلمين والأخصائيين والإداريين.

13- يجب أن يكون مبدأ الفروق الفردية هو المحور الرئيس في تقديم الخدمات الخاصة للموهوبين في أي بيئة تربوية.

14- يجب أن يكون من أهداف برامج رعاية الموهوبين تطوير مهارات حل المشكلات ومهارات اتخاذ القرار.

15- يجب أن تراعي برامج رعاية الموهوبين الأنماط الحياتية المختلفة للموهوبين وتطور أنماط بديلة لديهم تساعدهم على التأقلم السريع مع متغيرات الحياة.

16- على برامج رعاية الموهوبين الاهتمام بتطوير المهارات الاجتماعية.

17- من الضروري أن تنمي برامج رعاية الموهوبين المهارات القيادية والتوجيه الذاتي لديهم للحد الذي يشعرهم بالمسؤولية نحو أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم والعالم أجمع.

-18 يجب أن تركز برامج رعاية الموهوبين على إكسابهم مهارات دراسية تضمن حصولهم على التفوق العلمي إلى جانب صقل مواهبهم المتميزة.

-19 يجب أن تساعدهم تلك البرامج على تطوير نماذج تفكير عالية تفتح أمامهم أفاق المعرفة والإنتاج الإبداعي.

20- على برامج الموهوبين مسؤولية كبيرة ألا وهي إعدادهم لأدوار اجتماعية وقيادية تقود مجتمعاتهم إلى مصاف الدول المتقدمة. (**السرور، 2003**)

10- برامج رعاية الموهوبين ومجالاتها

جدول رقم 2 يوضح برامج رعاية الموهوبين و مجالاتها

التسريع Acceleration	الإثراء Enrichment	الإرشاد Counseling
= القبول المبكر في الصف الأول الابتدائي الأساسي؛ - الترفيع الاستثنائي أو النقل لصف أعلى؛ = التسريع في موضوع دراسي أو أكثر؛ - تكثيف منهاج مرحلة دراسية واختصار مدة تغطيته؛ - الدراسة المتزامنة في المدرسة الثانوية والجامعية؛	- مراكز التعلم وقاعات المصادر التعليمية؛ - مقررات دراسية إضافية؛ - دراسة ذاتية؛ - مشروعات ودراسات فردية وجماعية؛ - برامج التلمذة على أيدي متخصصين؛ - برامج خدمة المجتمع؛ - الرحلات العلمية الميدانية؛ - النوادي والمعارض والمسابقات؛ - النشاطات الصفية وبرامج نهاية الأسبوع؛	• الإرشاد النفسي (جمعي وفردي): - مفهوم الذات - ديناميات الجماعة - الكمالية والرضا عن الذات - القيم والاتجاهات - الانطوائية والعزلة • الإرشاد الأكاديمي: - إدارة الوقت والامتحان - عادات الدراسة ونمط التعلم - متابعة التقدم الدراسي • الإرشاد المهني والجامعي:

– القبول المبكر في الجامعة؛	– برامج التربية القيادية ومهارات الاتصال والحاسوب؛ – مسابقات أكاديمية وطنية (أولمبياد)؛ – فنون المسرح والدراما والموسيقى؛ – كتابة سير حياة مبدعين وعظماء؛ – ندوات ومناظرات وعروض مواهب؛ – برامج حل المشكلات والمستقبليات ومهارات التفكير؛	– الاستكشاف المهني – مهارات اتخاذ القرار – تحليل المهن – اختيار المواد الدراسية في المرحلة الثانوية – قاعدة معلومات للجامعات والمنح الدراسية – اختيار مجال الدراسة الجامعية

جروان (2013)

المحاضرة الثامنة: الدمج التربوي والاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة

عناصر المحاضرة

1. مفاهيم الدمج
2. أهميته
3. انواعه

من المؤشرات الدالة على التغير الاجتماعي الحاصل في المجتمع العالمي ما انعكس على ميدان التربية الخاصة او ذوي الاحتياجات الخاصة، فقد كان معظم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يدرسون في المدارس العادية حيث لم يكن هناك بدائل متوفرة , وكان عدد منهم يفصلون من المدرسة أو يتسربون منها أو يعيدون الصف مرة أو أكثر، و لكن
تغيرت الأمور كثيراً مع التربية الخاصة حيث أصبحت المجتمعات توفر مدارس أو صفوف خاصة للأطفال المعوقين وبخاصة ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة، وأصبح هناك توجه قوي نحو الفصل بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال الاعتماد على ما يسمى بالدمج بأنواعه لذوي الاحتياجات الخاصة

1- مفاهيمه:

يأخذ الادماج مفهوما حديثا في ظل فلسفة التربية الخاصة، حيث يعني ضرورة أن يقضي الأطفال المعاقين أطول مدة ممكنة في الفصول العادية، مع امدادهم بالخدمات الخاصة اذا لزم الامر، كما يعني ضرورة تعديل البرامج الدراسية العادية قدر الإمكان بحيث تلبي حاجات المعاقين، مع امداد معلم الفصل العادي بما يحتاج اليه من مساعدة، .. فالدمج يترجم عبر سلوكيات اجتماعية، يجب إعادة النظر فيها و إعادة هندستها من جديد، بحيث تنطلق من مسلمات و قواعد، فعملية الدمج باستراتيجياتها المختلفة عملية معايشة أناس ضمن مجتمعهم الطبيعي، و لا يمكن ان تتم هذه المعايشة الا اذا استوفت الشروط الأساسية أولا لهؤلاء الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، و بحصولهم على المستلزمات و الخدمات التربوية والتعليمية، والتأهيلية الأساسية، و يظهر ذلك من خلال تبني استراتيجيات جديدة اكثر إيجابية تقوم على تحرير المعاقين من أسر المؤسسات الخاصة التي تعزلهم عن الحياة الاجتماعية، مع اتاحة الفرص اليومية وظروفها العادية ما يتاح لأقرانهم العاديين من افراد المجتمع، بحيث يشاركون في أنشطة الحياة بأقصى ما تسمح به استعداداتهم و امكاناتهم و هو ما يعرف بالتطبيع نحو الحياة

العادية و أن يعيشوا في بيئة تتسم بأقل قدر ممكن من القيود الاجتماعية و النفسية و الاكاديمية و ذلك لاستثمار و استخدام كامل امكانياتهم و طاقاتهم دون وجود عوائق تحد من استثمار هذه الإمكانات و الطاقات الى أقصى ما يمكنها بلوغه و الوصول اليه

(إبراهيم عباس الزهيري، 2007، ص10)

1 مصطلح الدمج:

هو تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة (المعوقين) في المدارس العادية مع أقرانهم العاديين وإعدادهم للعمل في المجتمع مع العاديين .

- هذا البرنامج شغل الكثير من المهتمين والمتخصصين في تربية وتأهيل المعاقين ومصطلح (الدمج) في أمريكا ظهر بظهور القانون الأمريكي رقم (94_142) لسنة 1975م الذي نص على ضرورة توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعوقين مع أقرانهم العاديين .

- من التعريفات تعريف هيجارتي (Hegarty) هو إن الدمج يعني تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية بحيث يتم تزويدهم ببيئة طبيعية تضم أطفالا عاديين وبذلك يتخلصون من عزلتهم عن المجتمع .

- يرى كوفمان Kauffman)) إن الدمج أحد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة , وهو يتضمن وضع الأطفال المعوقين عقليا بدرجة بسيطة في المدارس الابتدائية العادية مع اتخاذ الإجراءات التي تضمن استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة في هذه المدارس .

- يرى ((مادن Madden)) وسلانين Slanin)) إن الدمج يعني ضرورة أن يقضي المعوقون أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر.

(http://educapsy.com/blog/integration-ayant-besoin-432)

كما ويشير مصطلح الدمج إلى تحقيق المساواة والمشاركة وإتاحة الفرص لذوي الاحتياجات الخاصة أسوة بأقرانهم في المجتمع، وإزالة أي مظهر من مظاهر التمييز تجاههم والابتعاد عن

أشكال الخدمات المنعزلة تحت دعوى خصوصية حالة أولئك الأفراد، كما أنه يعترف بالصعوبات التي يواجهها الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، لكنه في الوقت ذاته يطالب بإعطائهم الفرص ومساواتهم في الحقوق وجعل الظروف المحيطة بهم عادية، وعدم معاملتهم بأي شكل من الأشكال وكأنهم جزء خاص من المجتمع.

كما يقصد بأسلوب الدمج تقديم مختلف أنواع الخدمات والرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة الأشخاص العاديين، وهي نفس الخدمات التربوية والتعليمية المقدمة لهؤلاء الأشخاص العاديين، وبمعنى آخر فإن الدمج هو عدم عزل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة عن أقرانهم العاديين

http://www.paaet.edu.kw/mysite/Default.aspx?tabid=8144&language=en-US)

2- مبررات الدمج:

إن الأدبيات التربوية الحديثة تزخر بالأراء المقنعة المؤيدة، لدمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في نفس البيئة التعليمية.

✓ **المبررات الأجتماعية الأخلاقية:**

إن الدمج يشجع المجتمع على تبني نظرة إيجابية نحو الأشخاص المعاقين، وأن عزل الأشخاص المعاقين يشجع من حيث المبدأ تطور وجهات النظر والاتجاهات السلبية مثل العزل والشعور بالذنب والقلق والخجل، أما الدمج فهو يهيئ الفرص لتطور الإدراكات الاجتماعية الواقعية ، والمتمثلة في الاعتراف بوجود الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والبحث عن حلول

✓ **المبررات القانونية والتشريعية:**

ظهور القوانين والأنشطة التشريعية في معظم دول العالم في الوقت الراهن تنص صراحة على حق الأطفال ذوى الاحتياجات في تلقي الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية أسوة بأقرانهم من الأطفال، وفي أقل البيئات التربوية تقيدا، أي أنه يتماشى مع حقوق الإنسان الأساسية في سياق التعليم للجميع مثل القانون الأمريكي 1975.

✓ **المبررات النفسية الاجتماعية:**

أن الأطفال بحاجة إلى التعامل مع الأخرين والتعامل مع ظروف الحياة اليومية وحرمان الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فرص المشاركة في نظم التعليم المدرسي العادية، يترتب عليه حرمان الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة من حقة في الانتماء إلى المجتمع وفي المساهمة في بناءة (**https://kenanaonline.com/users/eltebi/posts/198423**)

3- أشكال الدمج:

حدد تقرير وارنوك WARNOCK 1978 اشكالا أربعة للدمج هي:

- الدمج المكاني:

يقصد به انشاء فصول خاصة ملحقة بالرياض العامة العادية، حيث يلتحق الطلبة المعاقين مع الطلبة العاديين في بناء الروضة لكن في فصول خاصة بهم، ويتلقى الأطفال المعاقين لبعض الوقت برامج تعليمية من قبل مدارس التربية الخاصة و برامج تعليمية مشتركة مع اقرانهم الاسوياء في قاعات النشاط العادية.

- الدمج الأكاديمي:

يقصد به التحاق الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في الفصول العادية طوال الوقت، حيث يتقون برامج تعليمية مشتركة، و يشترط لهذا النوع من الدمج توافر الظروف و العوامل التي تساعد على انجاحه و منها توفير مدرس التربية الخاصة الذي يعمل مع المعلم العادي في قاعات النشاط ..

- الدمج الوظيفي:

ويتطلب هذا النوع أن يشارك الأطفال المعوقون في البرامج التعليمية نفسها مع الأطفال العاديين لبعض الوقت ثم يتم سحب هؤلاء الأطفال من قاعات النشاط العادية حيث يتلقون نوعا من التعليم الفردي المتخصص او المساعدة من معلم متخصص

- الدمج الاجتماعي:

ويقصد به مشاركة الأطفال المعوقين للأطفال الاسوياء في الخدمات والتسهيلات والأنشطة الرياضية والاجتماعية وغيرها مما يمارس في الروضة بما يؤدي الى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي **(سمية منصور، رجاء عواد، 2012، ص 312–313)**

4- ضوابط التخطيط للدمج:

من شروط الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي:

- تحضير الأطفال العاديين وتهيئتهم نفسيا لتقبل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتفاعل معهم بشكل طبيعي
- تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة نفسيا وتربويا
- تأهيل معلمي الصفوف الخاصة وتدريبهم جيدا للعمل مع كافة الحالات الخاصة التي قد تستقبلها المدرسة
- الاختيار الدقيق لذوي الاحتياجات الخاصة الذين سيدمجون في المدارس العادية بعد دراسة شاملة لقدراتهم المختلفة
- اعداد صفوف التربية الخاصة وصفوف المصادر بكافة احتياجاتها ولوازمها
- تهيئة أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير كافة مستلزمات الدعم النفسي والتعليمي لهم لدعم أطفالهم ومساندتهم خلال عملية الدمج

- تهيئة مرافق المدرسة المختلفة لاستقبال الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالأخص أصحاب الاعاقات الحركية (**جمال الخطيب، 2009**)

قائمة المراجع

1-خالد محمد رمضان (2008). **فعالية برنامج تدريبى بنظامى الدمج والعزل فى تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التوافقى لدى الأطفال المعاقين عقليا ،** رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة بنى سويف

2-إبراهيم أنيس، عبد الحليم منتصر، عطية الصوالحي، محمد خلف الله أحمد،(2004)، **المعجم الوسيط**، مكتبة الشروق الدولية مصر

3-إبراهيم عباس الزهيري، (2007)، **دور الاعلام في دعم مفهوم إيرجونوميكا تربية ذوي الاحتياجات الخاصة**، الملتقى السابع للجمعية الخليجية للإعاقة- الاعلام و الإعاقة علاقة تفاعلية و مسؤولية متبادلة- مملكة البحرين الفترة بين 16-18 صفر 1428هـ، 6-8 مارس 2007م

4-إبراهيم عواطف، والهنيدي منال (2006)، **الأطفال ذوو الإعاقات البصرية المنهج والطريقة**، دار الفكر العربي، القاهرة

5-احمد يحي خولة.(2006)، **البرامج التربوية للأفراد وذوي الاحتياجات الخاصة**، دار السيرة، عمان الأردن

6-إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، (2004)، **التنمية الفكرية والثقافية لذوي الإحتياجات الخاصة**، ط1، الدار الثقافية للنشر، القاهرة

7-الاعاقة في المنطقة العربية، (2018)، **تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا ESCWA)**

8-أكرم محمد صبحي محمود العزاوي، (2010)، **التربية الخاصة لغير الاختصاص**، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان الاردن

9-إيهاب الببلاوي، (2001)، **قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة

10- تامر المغاوري الملاح، 2015/11/9، **أسباب ضعف السمع ونسبة انتشار الإعاقة السمعية**

11- التركي , يوسف (2005م) . **تربية وتعليم التلاميذ الصم وضعاف السمع** , ط1 , مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر , الرياض .

12- تيسير كوافحة, عمر عبد العزيز،(2003)، **مقدمة في التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، دار المسيرة، الأردن

13- تيسير مفلح كوافحه، عمر فواز عبدالعزيز،(2010)، **مقدمة في التربية الخاصة**، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان

14- جابر محمد طلبة، (2004)، **البحث التربوى فى مجال تربية الطفل**، (الطرق العلمية- الممارسة البحثية) قضايا وبحوث في تربية الطفل أصيل .

15- الجابري محمد عبد الفتاح (2014)، **التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضل المحكات التشخيصية الجديدة**، ورقة عمل الملتقى الأول للتربية الخاصة الرؤى والتطلعات المستقبلية، جامعة تبوك، 8-9 ابريل 2014 المملكة العربية السعودية.

16- جرجس ميشال جرجس، (2005)، معجم مصطلحات التربية والتعليم، (عربي، فرنسي،انجليزي)، ط1،دار النهضة العربية، بيروت، لبنان

17- جروان فتحي، (2002)، **أساليب الكشف عن الموهوبين ورعايتهم**، دار الفكر، عمان

18- جروان، فتحي (2013)، **أساليب الكشف عن الموهوبين**، الطبعة الرابعة، دارالفكر للطباعة والنشر، عمان

19- جمال الخطيب ،(2009)، **مقدمة في الإعاقة العقلية**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان

20- جمال الخطيب، منى الحديدي، (2005)، التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمّان

21- جمال الخطيب، (1998)، **مقدمة في الإعاقة الجسمية والصحية**، عمان الأردن.

22- جمال محمد الخطيب، مني صبحي الحديدي، (2009)، **المدخل إلى التربة الخاصة**، الطبعة 01، مطبعة دار الفكر،

23- حابس الهواملة، (2003)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركية)**، الدار الأهلية للنشر والتوزيع، عمان

24- الحديدي منى، (2015)، **مقدمة في الإعاقة البصرية**، دار الفكر، عمان الأردن

25- حسني الخطيب، (2017)، **حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة على المجتمع**

26- الخطيب جمال، (2009)، **مناهج و أساليب التدريس في التربية الخاصة**، ط 1، دار الفكر، عمان الأردن

27- الخطيب جمال، الحديدي منى(1998)، **التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)**، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن

28- الخطيب جمال، الحديدي منى، ابرهيم الزريقات، الصمادي جميل، خولة يحي، العمايرة موسى، الروسان فاروق، الناطور ميادة، السرور ناديا، (2013)، **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة**، ط06، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان

29- خولة احمد يحي، ماجدة السيد عبيد،(2005)، **الإعاقة العقلية**، دار وائل للطباعة والنشر و التوزيع، مصر

30- رابح شليحي، (2018)، **تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي واسرته في الجزائر**، جامعة أبو القاسم سعدالله الجزائر 02 رسالة دكتوراه غير منشورة

31- الروسان ، فاروق (2001)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** ، دار الفكر للطباعة والنشر – عمان / الأردن.

32- زروق نايل، (2017)، **محاضرات مقياس الإعاقة الحركية والعقلية والإعاقة السمعية والبصرية**، معهد علوم وتقنيات، النشاطات البدنية والرياضية، قسم النشاط الرياضي المكيف، جامعة محمد بوضياف مسيلة.

33- السرور، ناديا هايل، (2003)، **مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين**، دار الفكر، عمان

34- سعيد حسني العزة، (2002)، **المدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية، الأردن

35- سعيد حسني عزة.(2001)، **التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية، والبصرية والسمعية والحركية**، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان الأردن

36- سمية منصور، رجاء عواد، (2012)، **تصور مقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة رياض الأطفال في سوريا في ضوء خبرة بعض الدول –دراسة مقارنة–** مجلة جامعة دمشق- المجلد 28- العدد الأول- 2012 جامعة دمشق

37- سهير كامل (2012)، **اضطرابات الطفولة المبكرة**، خبراء التربية، الرياض

38- السيد فهمي علي محمد (2008)، **الإعاقات الحركية**، د ط، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر.

39- صالح الداهري، (2005)، **سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة**، الطبعة الأولى، دار وائل، الأردن

40- صالح حسن الداهري (2005)، **رعاية الموهوبين المتميزين (وذوي الاحتياجات الخاصة)**، ط1 ، دار وائل للنشر، عمان.

41- طارق عامر، ربيع محمد (2008) **الإعاقة السمعية: مفهومها– أسبابها–تشخيصها**، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ، الجمهورية المصرية

42- الظاهر، قحطان أحمد (2005). **مدخل إلى التربية الخاصة**. عمان: دار وائل.

43- عبد السلام عبد الغفار(1977)، **التفوق العقلي والابتكار**، دار النهظة العربية، القاهرة.

44- عبد العزيز القوصي، (1952)، **أسس الصحة النفسية**، ط4، مكتبة النهضة المصرية للطبع والنشر، مصر

45- عبد الله الوابلي، 1417/07/14هـ، **المفاهيم الأساسية للتربية الخاصة**، الرياض

46- عبد الله سليمان عبد الله، (1985)، **دراسة للتفوق والتأخر الدراسي وعلاقتهما ببعض مظاهر الشخصية لدى طلاب المرحلة الثانوية**، البحرين

47- عبد الله عسكر (2005)، **الاضطرابات النفسية للمراهقين** ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة

48- عبد المجيد حسن الطائي (2007)، **طرق التعامل مع المعوقين**، ط1 ، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.

49- عبد المطلب امين القريطي، (2014)، **ذوو الإعاقة السمعية –تعريفهم وخصائصهم وتعليمهم وتأهيلهم**، ط01، عالم الكتب، القاهرة

50- عبدالرحمن سيد سليمان، ايهاب الببلاوى، اشرف عبدالحميد، (2010)، **التقييم والتشخيص فى التربية الخاصة**، دار الزهراء للنشر، مصر

51- عبورة رابح، (2008)، **علاقة النشاطات الرياضية التنافسية رفيعة المستوى في التقليل من العدوانية للرياضيين المعاقين، معهد التربية البدنية والرياضية**، سيدي عبدالله، زرالدة، جامعة الجزائر

52- عبيد، ماجدة السيد، (2000)، **تربية الموهوبين والمتفوقين**، دار صفاء عمان

53- العزة، سعيد حسني، (2001)، **التربية الخاصة**، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان الأردن

54- عصام توفيق قمرة، (2008)، **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين العزل والدمج**، المكتب الجامعي الحديث، مصر

55- عصام حمدي الصفدي، (2002)، **الإعاقة الحركية والشلل الدماغي**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن

56- عطية ها، (1969)، **مظاهر التفوق والكشف عنه**، جامعة الدول العربية، القاهرة.

57- علي ، محمد النوبي محمد. (2009)، **الاعاقة السمعية دليل الآباء والأمهات والمعلمين وطلاب التربية الخاصة**، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان الأردن

58- عماد حسين عبيد المرشدي، (2011)، **مقدمة عن الإعاقة الحركية وتعريفاتها و تصنيفها**

59- فاروق الروسان،(2010)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة**، دار الفكر ناشرون وموزعون، الاردن

60- فتحي عبد الرحمن جروان(1999)، **الموهبة والتفوق والإبداع**.ط1.دار الكتاب الجامعي، العين.

61- القمش، مصطفى نوري (2012)، **الاعاقات المتعددة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن

62- كريم منير، تارا الفيل، دايفيد هيلم، ديدي تومسون، جيسيكا بريست، محمد وقار عظيم، (2016)، **التوحد: إطار عالمي للعمل**، تقرير منتدى التوحد التابع لمؤتمر –ويش– مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية ، مؤسسة قطر

63- كمال سالم سيسالم، (1988)، **المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم**، الطبعة الأولى، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.

64- مجمع اللغة العربية، (2011)، **المعجم الوسيط**، ط5، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة

65- محمود مندوة، أحمد حمزة، عبد الكريم، وبخيت محمد أحمد عبد اللطيف، (2010)، **مقدمة في التربية الخاصة**، مكتبة الرشد الرياض، السعودية .

66- مدحت محمد أبو نصر، (2009)، **الإعاقة والمعاق رؤية حديثة**، ط1 ،المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر

67- المعايطة خليل، البواليز محمد، (2003)، **الموهبة والتفوق**، دار الفكر عمان

68- مني صبحي الحديدي، (1998)، **مقدمة في الإعاقة البصرية**، ط 01، دار الفكر لطباعة والنشر والتوزيع ، الأردن

69- موسى نجيب موسى معوض، 2013/5/28 ، **تحديد التفوق في ضوء المفاهيم**

70- نبيل عبد الهادي، (2000)، **بطء التعلم وصعوباته**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن

71- نظيمة أحمد محمود سرحان، (2006)، **منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين**، ط1، دار الفكر العربي القاهرة. مصر القاهرة.

72- هبة عاطف السيد محمود عوض، (2014)، **دور الجمعيات الاهلية في تفعيل حماية حقوق المعاقين**- دراسة ميدانية على الأطفال ذوي الإعاقة بمحافظة الدقهلية، رسالة ماجيستير غير مطبوعة، جامعة دمياط جمهورية مصر العربية

73- وليد السيد احمد خليفة. مراد علي عيسى، (2015)، **الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة – التخلف العقلي–**، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية

74- دمج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية، 01 مارس 2018

75- مفهوم الإعاقة العقلية 27أكتوبر2016 عبد الإله المطيري

المراجع الاجنبية

76- Allan Dodds,(1993), Rehabilitating Blind and Visually Impaired People (A Psychological Approach), Chapman & Hall- London

77- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Definition of Intellectual Disability, Washington

78- American psychiatric association.(2013) , diagnostic and statistical manual of mental disordes(5th ed)Washington, American psychiatric association

79- Anne Marie Cressens. (2015), Evaluation du dépistage précoce des troubles envahissants du développement par le médecin généraliste, Thèse de Doctorat non publiée a l'Université Claude Bernard Lyon 1 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine , France

80- Christian Nordqvist, (2018), What's to know about deafness and hearing loss?

81- http://educapsy.com/blog/integration-ayant-besoin-432

82- http://kenanaonline.com/users/infondi/posts/399918

83- http://www.aaidd.org/content_100.cfm?navID=21

84- http://www.almayadeen.net/articles/blog/762048

85- http://www.who.int/topics/disabilities/ar

86- https://kenanaonline.com/users/eltebi/posts/198423

87- https://tacanow.org/autism-statistics

88- https://www.facebook.com/hemiplejitreatmentcentre

89- https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/ diagnosis - treatment/drc-20352934

90- https://www.medicalnewstoday.com/articles/249285.php
91- https://www.thefreedictionary.com/special+needs
92- Increasing Incidence of Autism Spectrum Disorders Continues in Indiana, Cathy Pratt, March 8, 2018, https://www.purdue.edu/autism/2018_increasing-incidence-of-autism-spectrum-disorders-continues-in-indiana/
93- lisa ackerman, november 29, 2018, New Study Reaffirms: #Autism Epidemic Continues to Affect 1 in 40 Kids, https://tacanowblog.com/2018/11/29/new-study-reaffirms-autism-epidemic-continues-to-affect-1-in-40-kids/
94- Pratt, C. (2018). Increasing incidence of autism spectrum disorders in Indiana. The Reporter, 22(11). Retrieved from https://www.iidc.indiana.edu/pages/incidence-of-autism-spectrum-disorders-in-indiana
95- Roger Misès. (2012) , Classifi cation française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent V.R , 5e

édition , Presses de L’ècole des houtes ètudes en santè publique, France.

www.uobabylon.edu.iq/

96- www.who.int/deafness/world-hearing-day/whd-2018/en