



كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



مطبوعة سند تربوي
مقدمة لطلبة السنة الثانية ماستر
تخصص: علم النفس المدرسي
مقياس: التربية الخاصة

إعداد الدكتورة : عدة زهرة

2020-2019

التعريف بالمقياس : مقياس التربية الخاصة

وحدة التعليم الأساسية المادة : التربية الخاصة

المستوى الدراسي : السنة الثانية ماستر تخصص مدرسي

السداسي الأول

الرصيد : 05

المعامل : 02

أهداف المقياس التعليمية:

-تقديم معارف نظرية عن واقع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر.

-تمكين الطالب من طرق التكفل التربوية والتعليمية لمختلف الإعاقات والإضطرابات المصاحبة لها.

المعارف المسبقة المطلوبة وصف مختصر للمعرفة المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم

صعوبات التعلم – البيداغوجيا

فهرس المحتويات

المحاضرة الأولى :مدخل إلى التربية الخاصة.....
ص04

المحاضرة الثانية : أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وصعوبات
التمدرس..... ص12

المحاضرة الثالثة :الشلل الدماغي.....ص18

المحاضرة الرابعة :التوحد ومظاهره (أعراضه) التوحد في
الجزائر.....ص23

.....المحاضرة الخامسة- الإعاقة البصرية.....
ص29

.....المحاضرة السادسة- الإعاقة السمعية.....
ص35

.....المحاضرة السابعة : الطفل الموهوب والتوجهات الحديثة.....
ص45

.....المحاضرة الثامنة : الاستراتيجيات التعليمية والتربوية للتكفل بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.. ص52

.....المحاضرة التاسعة : نماذج ووسائل التكفل بالطفل التوحدي.....
ص59

.....المحاضرة العاشرة : الخدمات التربوية العلاجية الوقائية لصغار الصم والبكم..... ص62

.....المحاضرة الحادية عشر: الاحتياجات التعليمية للمعاقين بصريا.....ص75

.....المراجع.....ص81

المحاضرة الأولى:

التربية الخاصة تعريفها - أهدافها - محكاتها-معلم التربية الخاصة

1/ تعريف التربية الخاصة:

تعرف التربية الخاصة بأنها: نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواءً في المناهج أو الوسائل أو طرائق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع التلاميذ

الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية. وتعرف على أنها: إحدى الوسائل التربوية ذات المضامين الإنسانية التي تهيئ فرصاً متكافئة للتلاميذ على اختلاف مستوياتهم العقلية والجسمية والاجتماعية بما يضمن التطور المعرفي لهم وتحقيق الأهداف التربوية للمرحلة الابتدائية، والأهداف الإنسانية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة منهم وحققهم بالتعلم والحياة الكريمة.

أهداف التربية الخاصة:

- 1- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- 2- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة ومنها برامج الوقاية من أجل العمل على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق هذه البرامج.
- 3- إعداد طرائق التعليم والتدريس الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطط التربوية الفردية.
- 4- أعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة. والعمل على مراعاة الفروق الفردية بينهم وتأكيد كرامتهم وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعدادهم وميولهم.
- 5- أعداد وسائل البحث العلمي الحديثة من أجل الاستفادة من قدرات فئات التربية الخاصة ومنها فئة الموهوبين واكتشافها وتوجيهها وتوفير الفرص المناسبة لهم جميعاً حتى يستطيعوا المساهمة في تطور المجتمع.

2/ الفرق بين التربية العامة والتربية الخاصة :

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

- 1- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.
- 2- تتبنى التربية العامة منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهاجاً لكل فئة، تشتق منه الأهداف التربوية فيما بعد.
- 3- تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جمعية في تعليم التلاميذ العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس التلاميذ غير العاديين.
- 4- تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة للتلاميذ العاديين، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات التلاميذ غير العاديين. ومن أمثلة الوسائل التعليمية الخاصة لفئات التربية الخاصة هي:
أ- الخريطة المجسمة أو الناطقة: تستخدم الخريطة المجسمة أو الناطقة مع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في تستخدم الخريطة العادية مع التلاميذ العاديين.
(في تدريس (Optacon) :يستخدم جهاز الاوبتكون (Optacon ب-جهاز الاوبتكون)
القراءة للمكفوفين، في حين لا يستخدم مثل هذا الجهاز في تدريس القراءة للأطفال العاديين.
(في (Sign Language) : تستخدم لغة الإشارة (Sign Language ج- لغة الإشارة)

تدريس الصم ، في حين لا تستخدم مثل هذه اللغة في تدريس الأطفال العاديين.
د-جهاز النطق الصناعي: يستخدم مع الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية كالمعوقين عقلياً ،
 وسمعيّاً ، والمصابين بالشلل الدماغي ، في حين لا تستخدم مع الأطفال العاديين .

3-محكات التربية الخاصة : وهي تلك المعايير التشخيصية التي تحدد من خلالها درجة تأخر أو تخلف أداء الفرد التعليمي والتعلمي عن المستوى المتوقع منه .وهي أنواع نذكر منها ثلاثة محك التباعد ومحك الاستبعاد ومحك التربية الخاصة .

محك التباعد أو التفاوت : يقصد به تباعد المستوى التحصيلي للتلميذ في المقررات أو المواد الدراسية المختلفة ويستخدم هذا المحك للحكم على الفرد بأنه يعاني من صعوبات التعلم ،وقد ترتب على ذلك التوصل إلى عدد من الصيغ والمعادلات الرياضية لاستخدامها في تحديد التباعد الدال بين القدرة العقلية وتحصيله الدراسي .

(Wilson, 1981) ، (Evans, 1990) ، (Kathleen,2002)

ويمكن تعريف التباعد بأنه انحراف دال أو ملموس بين مستوى ذكاء التلميذ أو استعداداته الدراسية أو قدراته، أو إمكاناته العقلية بوجه عام من ناحية، وأدائه الأكاديمي العام، أو النوعية الفعلية، أو تحصيله الأكاديمي الفعلي العام أو النوعي، في ظل المدخلات التدريسية العادية الكافية والملائمة. وتتعدد نماذج التباعد المستخدم ومعادلاتها الكمية، كما أنها تتباين تبايناً كبيراً، على أن أبرز نماذج التباعد المستخدمة، هي على النحو التالي:

1. التباعد القائم على انخفاض التحصيل الدراسي عن المعايير المحلية أو الوطنية.
2. التباعد القائم على انخفاض التحصيل الدراسي عن متوسط الأقران داخل الصف.
3. التباعد القائم على انخفاض التحصيل الدراسي عن الاستعداد أو القدرات أو الذكاء العام
4. التباعدات القائمة على تباين الأداء على مقاييس القدرات أو الذكاء أو تجهيز ومعالجة المعلومات

ويشير التباين عموماً إلى وجود فرق بين إمكانات الطفل العقلية وتحصيله الفعلي عند وجود تدريس فعال، فقد يكون متفوقاً في الرياضيات عادياً في اللغات ويعاني صعوبات تعلم في العلوم أو الدراسات الاجتماعية وقد يكون التفاوت في التحصيل بين أجزاء مقرر دراسي واحد ففي اللغة العربية مثلاً قد يكون طلق اللسان في القراءة جيداً في التعبير ولكنه يعاني صعوبات في استيعاب دروس النحو أو حفظ النصوص الأدبية.

ويقدر التباين بين التحصيل المتوقع والتحصيل الفعلي عادة على أساس العمر الفعلي للطفل والمستوى العقلي لتحصيله الصّفي.ويبدو هذا التباعد واضحاً في نمو العديد من الوظائف النفسية(الانتباه- الذاكرة- الإدراك-التفكير-التمييز) والوظائف اللغوية في مستوى المدرسة وما قبل المدرسة.

والمتعرف عليه هو أن الطفل يخضع لفحص صعوبات تعلم إذا تجاوز الصف الثاني الابتدائي واستمر وجود مشاكل دراسية لديه. ولكن هناك بعض المؤشرات التي تمكن

- اختصاصي النطق واللغة أو اختصاصي صعوبات التعلم من توقع وجود مشكلة مستقبلية، ومن أبرزها ما يلي:
- التأخر في الكلام أي التأخر اللغوي.
 - وجود مشاكل عند الطفل في اكتساب الأصوات الكلامية أو إنقاص أو زيادة أحرف أثناء الكلام. - ضعف التركيز أو ضعف الذاكرة.
 - صعوبة الحفظ.
 - صعوبة التعبير باستخدام صيغ لغوية مناسبة.
 - صعوبة في مهارات الرواية.
 - استخدام الطفل لمستوى لغوي أقل من عمره الزمني مقارنة بأقرانه.
 - وجود صعوبات عند الطفل في مسك القلم واستخدام اليدين في أداء مهارات مثل: التمزيق، والقص، والتلوين، والرسم.
 - و غالبًا تكون القدرات العقلية للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم طبيعية أو أقرب للطبيعية وقد يكونون من الموهوبين.

محك الاستبعاد:

ويشير هذا المحك إلى استبعاد أن تكون الصعوبة التعلمية ناتجة عن الإعاقة العقلية أو الحركية أو السمعية أو البصرية، وتتص التعريفات المقدمة لصعوبات التعلم صراحة على أن فئة الصعوبة التعلمية ينبغي ألا تتضمن طلبة ذوي مشكلات تعلمية هي أساسا نتيجة إعاقات بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو عقلية، أو حرمان بيئي، أو ثقافي، أو اقتصادي (أحمد علي خطاب).

محك التربية الخاصة:

ويقصد بهذا المحك أنه لا يمكن تعليم ذوي الصعوبات التعلمية بالطرق العادية وبالأساليب والوسائل التي تقدم للأطفال العاديين بل لا بد من تعليمهم المهارات الأكاديمية بطرق ووسائل خاصة تمكنهم من الاستفادة من طاقاتهم لأقصى درجة ممكنة. وبكلمات أخرى فإن ذوي صعوبات التعلم لا تصلح لهم طرق التدريس المتبعة مع التلاميذ العاديين فضلا عن عدم صلاحية الطرق المتبعة مع المعاقين، و إنما يتعين توفير لون من التربية الخاصة من حيث (التشخيص والتصنيف والتعليم) يختلف عن الفئات السابقة.

4/الكفايات المهنية اللازمة لمعلم التربية الخاصة :

-امتلاك المعلم المعرفة العامة والمهارات اللازمة للتدريس ومدى اتقانه لها وتحدد مجالاتها كالتالي:

1-الكفايات الشخصية: مجموعة من الخبرات والقدرات العقلية والجسمية والانفعالية التي يمتلكها المعلم مما يمكنه من تقبل الأطفال واحتمال تصرفاتهم غير المرغوبة .

2-كفايات القياس والتشخيص (وتعنى كفايات القياس مجموعة مهارات ومعارف تمكن المعلم من قياس الجوانب العقلية والتربوية للطفل، وذلك من خلال طرق جمع البيانات المختلفة وذلك لتحليل هذه البيانات والوقوف على جوانب القوة والضعف للطفل.

-وتعنى كفايات التشخيص: مجموعة خبرات تعليمية تمكن المعلم من الحكم على الطفل اعتمادا على معلومات القياس.

- كفايات إعداد الخطة التربوية الفردية: مجموعة كفايات تجعل المعلم قادرا على بناء المنهاج التربوي للطفل وتشمل وضع الأهداف وتحضير واستيعاب وتطبيق مكونات الخطة التربوية .

-كفايات تنفيذ الخطة التعليمية : وهى مجموعة الكفايات التى تمكن المعلم من تنفيذ الخطة التربوية واستخدام المواد والأساليب المساعدة والتقييم وتعديل السلوك.

-كفايات الاتصال بالأهل: هى قدرة المعلم على التفاعل والمشاركة الإيجابية مع الأهل والمحيطين بهدف مساعدة الطفل.

وتعد الكفاءات التدريسية والسمات الشخصية للمعلم في التربية الخاصة شرطا أساسيا لكفاءته وفعاليتته ومن هذه الكفايات.

- ✓ تحديد الأهداف السلوكية الملائمة لكل تلميذ حسب إعاقته.
 - ✓ الإسهام في بناء البرامج الخاصة المتصلة بقدرات التلميذ المعوق ومستقبله.
 - ✓ استخدام طرق التدريس الخاصة المناسبة لكل تلميذ معوق.
 - ✓ تقديم المهمات التعليمية بشكل فردي لكل فرد معوق.
 - ✓ استخدام الأساليب المختلفة في تشخيص حالات الإعاقة.
 - ✓ استخدام برنامج مستمر من التقييم للمهارات والقدرات والأهداف المختلفة للتلاميذ المعوقين.
 - ✓ تدريب التلميذ على تقبل ذاته وإعاقته.
 - ✓ العمل على تطوير الروح الاستقلالية لدى التلميذ المعوق
 - ✓ العمل على عقد لقاءات دورية مع المعلمين لمناقشة القضايا التربوية
 - ✓ تبادل الآراء مع الزملاء المعلمين في المصادر المتنوعة التى تتعلق بنمو التلاميذ المعوقين وتربيتهم وبرامج تأهيلهم .
- أما عن سمات الشخصية التى ينبغى أن تتوفر في معلم التربية الخاصة فأبرزها ما يلى :

- 1- التمتع باتجاهات إيجابية نحو مهنة التدريس.
- 2- التمتع بوضوح الصوت وسلامة النطق.
- 3- الاتسام باللباقة والقدرة على التصرف في المواقف والظروف المختلفة .
- 4- التحلى بالصبر والبشاشة والسماحة.

برامج تدريب معلمى التربية الخاصة:

- أولاً : برامج التدريب قبل الخدمة: يقصد بها تدريب المعلمين وتأهيلهم أثناء الدراسة في الكليات والمعاهد المخلفة، والتي تمنح شهادات على مستوى البكالوريوس والدراسات العليا.
- ثانياً: برامج التدريب أثناء الخدمة: يتضمن كل ما يمكن أن يحدث للمعلم من تخرجه وتسلمه مهمات عمله إلى يوم تقاعده عن العمل. وهو يشير إلى أى نشاط يقوم به المعلم بعد أن ينخرط في سلك التريس ويتعلق بعمله الفنى أو بمهام مهنته الجديدة.

ومن خصائص هذه البرامج :

- ✓ العمل على تلبية الحاجات الحقيقية للمعلمين قصيرة المدى وطويلة المدى.
- ✓ إتاحة التعاون بين القائمين على تنظيمها والمشاركة فيها.
- ✓ توفير الحوافز للمشاركة فيها باستمرار.
- ✓ استخدام الطرق العلمية لتقييم فاعلية الجهود المبذولة.
- ✓ تزويد المعلمين بالنشاطات ذات العلاقة بالعملية التعليمية في فرقة الصف.

أهداف تدريب المعلم أثناء الخدمة:

- ✓ رفع مستوى المعلم في المادة والطريقة.
 - ✓ تحسين اتجاه المعلم نحو المهنة وتطوير مهاراته التدريسية.
 - ✓ تنمية قدرة المعلم على الإبداع والتجديد.
 - ✓ تبصير المعلم بالأساليب الحديثة في مهنته وتعزيز خبرته.
- تشجيع المعلم على تقدير القيم الإنسانية والاجتماعية وفهم فلسفة المجتمع وأهدافه التربوية(خالد البلاج).

المحاضرة الثانية :

أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وصعوبات التمدرس

1-التخلف العقلي:

التخلف العقلي هو حالة من عدم تكامل نمو خلايا المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما، والتخلف العقلي ليس مرضاً مستقلاً أو معيئاً بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام، وعجز في قابليته على التكيف.

2-الصور الاكلينيكية للتخلف العقلي:

لا توجد ملامح جسدية معينة ترتبط بالتخلف العقلي، ولكن عندما يكون التخلف العقلي جزءاً من لزمة مرضية، فإن الملامح الاكلينيكية لهذه اللزمة سوف تكون موجودة (مثل الملامح الجسمانية في لزمة داون).

*الدلالات التشخيصية الآتية أوردها الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع:

-نقص الوظيفة الذكائية الواضح عن الطبيعي، بحيث يكون معدل الذكاء المقاس باختبار ذكاء فردي أقل من (70) وبالنسبة للطفل الصغار والرضع تكون الملاحظة الاكلينيكية هي الفيصل.

-قصور أو خلل في الوظائف التكيفية للشخص (بمعنى فعالية الشخص في الوصول إلى المتوقع منه بالنسبة لسنة وبيئته الثقافية)، ويظهر الخلل في اثنتان من المهارات الآتية: (التواصل، رعاية الذات، التفاعل الاجتماعي، توجيه النفس، المهارات الاكاديمية، العمل، السلامة).

-البداية قبل سن 18 سنة.

ويرد عبد الله عسكر تعريف التصنيف الدولي للأمراض النفسية International statistical classification of Diseases and Related problems ICD

التخلف العقلي هو توقف أو عدم اكتمال العقل، مصحوبا بقصور في مستوى الذكاء والمهارات والقدرات اللغوية والحركية والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المصابين بالتخلف العقلي. (عبد الله عسكر، 17، 2005).
وصور التخلف العقلي متفاوتة من حيث القدرة على النشاط الاجتماعي والحركي والمدرسي وذلك حسب درجة الذكاء ولذلك قسّم إلى الأنواع الإكلينيكية الآتية:

-تخلف عقلي خفيف الدرجة (Mild Mental Retardation):

وهذا النوع تصل نسبته إلى حوالي (80%) من المتخلفين عقليًا ويكون ذكاؤهم بين (50) و (70) ويتميزون بنمو مهاراتهم الاجتماعية والحركية والكلامية ويقربون من الطبيعي لدرجة انه لا يتم اكتشاف هذا النوع إلا في سن المدرسة الابتدائية عندما يحتاجون إلى رعاية في سنواتها الدراسية الأولى، ثم يتعشرون ويفشلون في سنواتها الأخيرة (أي الرابعة والخامسة والسادسة الابتدائية)، وعندما يكبرون فإنهم قد يعتمدون على أنفسهم اقتصاديًا من خلال عمل لا يتطلب مهارة فنية عالية، ولكنهم يحتاجون إلى المساندة والتوجيه عندما يتعرضون لصعوبة ما تواجههم في حياتهم.

-تخلف عقلي متوسط الدرجة [بلاهة (Moderate Mental Retardation)]

وهذا النوع يبلغ نسبته حوالي (12%) من المتخلفين عقليًا ويقع ذكاء أفرادهم بين (35) و (49) وتعلمهم للمهارات الاجتماعية والحركية والكلامية يكون ضعيفًا قبل سن المدرسة الابتدائية، ولكن بالتدريب والإشراف تتحسن هذه المهارات بعض الشيء خاصة كلما تقدم العمر، وهم لا يستطيعون تجاوز الصف الثاني من المرحلة الابتدائية حتى مع وجود الإشراف والرعاية ويمكن تدريبهم على بعض المهارات المهنية غير المعقدة، وعندما يكبرون يمكنهم القيام بعمل لا يحتاج إلى مهارة وفي ظروف محددة (أي دون تعقيد) وذلك تحت إشراف وتوجيه ومساندة.

-تخلف عقلي شديد الدرجة (Severe Mental Retardation):

وتصل نسبة هذا النوع (8%) من المتخلفين عقليًا ومعدل الذكاء لأفراد هذا النوع بين (02) و (34) ويتميزون بضعف نموهم الحركي والكلامي، حيث تتأخر قدرتهم على الكلام إلى سن المدرسة الابتدائية، ويمكن تدريبهم على التحكم في مخارجهم ولا يصلحون لدخول

المدرسة ويتحسنون في سن المراهقة، حيث يمكنهم القيام ببعض مهام العمل البسيطة جدًا وتحت الملاحظة المستمرة.

تخلف عقلي جسيم الدرجة [العته (Profound Mental Retardation)]
وهم أضعف البشر ذكاء على الإطلاق وأقل المتخلفين عقلياً من حيث الذكاء فمعدل ذكائهم يقل عن (02) ولحسن الحظ انهم يمثلون أقل النسب انتشاراً بين المتخلفين عقلياً وهي (1 %)، وتميزهم الإعاقة التامة في الطفولة والمراهقة وعدم نمو أي من المهارات الحركية أو الكلامية أو الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم التحكم في المخارج (التبول والتبرز) وقد يستطيع تعلم بعض الكلمات في الحياة البالغة، ونظراً لإعاقة التامة هذه فإنه يحتاج إلى مساعدة مستمرة ورعاية خاصة.

تخلف عقلي غير محدد:

وتستخدم في حالات التخلف العقلي الواضح إكلينيكيًا ولكن لا يمكن قياس درجته بمقاييس الذكاء المقننة، وهذا يحدث في الحالات غير المتعاونة والرضع الذين لا يمكن قياس ذكائهم أو تتوفر مقاييس ذكاء مناسبة لهم، ويلاحظ أنه يصعب تشخيص التخلف العقلي كلما صغر سن الطفل.

ومن ذلك يتضح مدى اختلاف الصورة الإكلينيكية للتخلف العقلي الذي يفيدنا في معرفة ما ينبئ به مستقبل الطفل، وما يمكن أن نطلبه منه كإنجاز دراسي أو اجتماعي أو مهني دون أن نصيب الطفل بالإحباط ونتمهه بالفشل، لأننا نحمله أكثر من طاقته ثم نفرض عليه أنواع العقاب النفسي والبدني، وهذا يجعل الطفل أسوأ إنجازاً وأقل تكيفاً وأكثر تعاسة.

*العوامل المؤثرة في الذكاء:

إن فترة الحمل وأوائل الطفولة واعتمادها الكلي على عناية الم- والآخرين- تجعل من دماغ الطفل الخام عرضة لعوامل خارجية متعددة وحيوية تؤثر بدرجة كبيرة على مدى تطوره، والكشف عن قابليته الذهنية الموروثة، فكما أن الذكاء يورث بصفات متعددة وحيوية تؤثر بدرجة كبيرة على مدى تطوره، والكشف عن قابليته الذهنية الموروثة، فكما أن الذكاء يورث بصفات متعددة فإنه يعتمد على الوسط المحيط لاستجلاء واستغلال تلك الصفات أو إخمادها.

فالذكاء إذن محصلة تفاعل الوراثة مع المحيط، وقد يصعب تحديد نسبة كل منهما، إلا أن الحقيقة التي يجب أن لا تغيب عن الطبيب النفسي هي أن العوامل المحيطة السيئة قد تؤدي في بعض الأحيان إلى التخلف العقلي.

3/أسباب التخلف العقلي:

للتخلف العقلي أسباب عديدة يمكن تقسيمها إلى مجموعتين: أولية (وراثية) وثانوية (مكتسبة):

أ) الأسباب الأولية (الوراثة):

فالصفات الوراثية في أمشاج الذكر أو بويضة النثى قبل لحظة التلقيح هي التي تقرر قابلية وحدود الذكاء الكامنة، ويلاحظ في هذا الصنف من النقص العقلي أنه موجود في تاريخ أسرة الأب أو الم أو كليهما.

كما أن دراسة الطفل وفحصه لا تكشف عن وجود أي سبب عضوي مكتسب حدث بعد التلقيح.

(ب) الأسباب الثانوية (المكتسبة):

وهي التي تصيب خلايا الجنين بعد التلقيح، أي بعد أن تفررت الصفات الوراثية، فهي أسباب لا تورث ولا تنتقل إلى الأجيال الأخرى، والسبب المرضي يكون متعدد المصادر والأشكال مثل: استسقاء الدماغ، والتهابات السحايا والدماغ، والعوامل النفسية والاجتماعية، ويمكن تقسيم تلك العوامل المرضية المكتسبة بالنسبة إلى مراحل نمو الجنين والطفل للسهولة إلى:

-عوامل داخل الرحم (فترة الحمل Antenatal)

-عوامل أثناء وحوالي عملية الولادة Natal & perinatal

-عوامل بعد الولادة.

-أوائل الطفولة وفترة النضوج قبل المراهقة.

أ-ففي مرحلة الحمل يمكن أن تحدث العوامل التالية:

-أمراض الحمل العامة: (كالبول السكري وارتفاع ضغط الدم والتعرض للإشعاع

وأمراض الغدة الدرقية والزهري، والتسمم بالعقاقير الضارة للجنين).

-ظروف الأم الحامل: (مثل كبر عمر الأم الحامل، وأمراض الحمل السابقة كتسمم الحمل

والإسقاط، واضطرابات تفاعلات فصائل الدم blood groups

-سوء التغذية: التي ثبت انها تؤثر على نمو خلايا الدماغ والمادة الحشوية والخلاف

النخاعي، ويكون تأثير سوء التغذية على أشده في النصف الثاني من الحمل أثناء النمو

السريع للجنين والنتيجة هي انخفاض الذكاء وظهور عاهات مختلفة.

-الحميات الفيروسية التي تتعرض لها الأم: إذ ثبت أن حمى الحصبة الألمانية German

Measles والتهاب الكبد الوبائي Infective Hepatitis، والأنفلونزا وغيرها ذات تأثير

سيء جدًا على الجنين أثناء الأشهر الثلاثة، وحتى الأشهر الخمسة الأولى.

ب-وفي أثناء الولادة تؤثر الأسباب التالية:

-الطفل السابق لأوانه (المبترس Premature Infant)

-الطفل المتأخر أوانه Post mature infant

-الولادة السريعة أو الطويلة Precipitate or Prolonged Labour

-أمراض المشيمة.

ج-حوادث الولادة الحديثة:

-البرهان.

-كبر حجم الجمجمة.

-قلة الأوكسجين.

-الالتهابات الحديثة.

د-أمراض و حوادث الطفولة إلى ما قبل البلوغ:

-الحرمان الحسي العضوي الشديد (كالعمى والطرش)

-الحرمان الحسي المحيطي (عندما تكون الأسرة خاملة جامدة).

- الاضطرابات النفسية والعقلية (التذليل، الحرمان من الم، الكآبة، الفصام)
 - الإصابات الشديدة على الرأس (الرجة الدماغية).
 - اضطرابات التكلم والقراءة.
 - التهابات الدماغ والسحايا.
 - الاضطرابات الكيماوية (الحيوية في الجسم، والسموم المختلفة).
 - توفير خدمات التربية الخاصة وتوفيرها فرص العمل للمعوقين سمعياً.
 - إعفاء الأجهزة الخاصة بالصم من الرسوم الجمركية.
 - إقامة دورات مجانية لتعليم لغة الإشارة لأسر ذوي الإعاقة السمعية وأبناء المجتمع.
 - توفير أنشطة مختلفة على جميع المستويات ويكون لذوي الإعاقة السمعية حق الاشتراك فيها.
 - تخصيص عدد من المواطنين بالدوائر الحكومية والقطاع العام لتقديم خدمات خاصة لذوي الإعاقة السمعية.
 - بث تلخيص عن الأحداث العالمية والمحلية بلغة الإشارة.
- (عمر عبد الرحمان نصر الله، 2008، ص 225)

المحاضرة الثالثة :

الشلل الدماغى

1-تعريفه:

- هو اضطراب نمائى ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركى يصحبه غالباً اضطرابات حسية وانفعالية.
- يعرف أيضاً على أنه تغيير غير طبيعى يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.
- (فطيمة دبراسو، 2015)
- هو ذو مدلول واسع ويستخدم عادة للإشارة إلى أي شلل أو ضعف أو عدم توازن حركى ينتج عن تلف دماغى.
- يحدث نتيجة لتلف مراكز الضبط الحركى في الدماغ.
 - أنه اضطراب ثابت لا يزداد سواء مع الأيام.
 - إنه مجموعة من الأعراض المرضية.
 - اضطراب فى الوظائف العصبية.
 - إنه اضطراب فى الحركة.
 - إنه تستجيب فيه بعض الحالات للتدخل العلاجى.
 - إنه ليس قابلاً للشفاء (بيداء على العبيدي، 2003)
- 2- أعراض الشلل الدماغى:
- تتميز جميع أنواع الشلل الدماغى بتوتر غير طبيعى فى العضلات.
- مثال:
- قد تكون تشوهات فى المفاصل والعظام.

-التصلبات، التشنجات وغيرها من الحركات اللاإرادية.

-مرونة الأجسام وارتخاء في العضلات.

-الصلابة.

-الانحناء في العمود الفقري وعظم الفك.

-الرأس الصغير.

-يبدأ الشلل الدماغي يظهر عند مرحلة 6 أشهر أو 12 شهرا.

-تظهر فيه عند الأطفال مشاكل تناول الطعام والعاهات الحسية.

-اضطراب الكلام واللغة (جمال الخطيب، 2009، ص 05)

3-أنواع الشلل الدماغي:

يصنف الشلل الدماغي تبعا لأطراف الجسم المصابة إلى الأنواع الرئيسية الآتية:

أ-الشلل النصفي:

وهو الشلل الدماغي الذي تقتصر الإصابة فيه على احد جانبي الجسم (أيمن، أيسر) وتكون هذه الإصابة عادة من النوع التشنجي (ارتفاع مستوى التوتر العضلي).

ب-الشلل السفلي:

يقتصر على الأطراف السفلى فقط، مع وجود ضعف بسيط للطرف العلوي، وهنا لا يعاني

الأطفال من صعوبة في الكلام أو حركة ضبط الرأس الإصابة تكون مماثلة في كلا

الجانبين

(تشنج).

ج-الشلل الرباعي:

تصاب الأطراف الأربعة بالشلل إلا أن الإصابة في الأطراف العليا تكون أكبر، والإصابة

لا تكون متماثلة في كلا الجانبين، لا يستطيعون ضبط حركة الرأس زائد مشكلات في

الكلام.

(شلل تخبطي).

د-شلل في طرف واحدة:

هذه الحالة نادرة في حالات الشلل الدماغي.

هـ-الشلل في ثلاثة أطراف:

وهذه الحالة نادرة أيضا (جمال الخطيب، مرجع سابق)

3-1-تصنيف الشلل الدماغي تبعا لطبيعة الضعف العضلي:

إن نظام التصنيف الأكثر شيوعا وقبولا هو الذي قدمته الأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي

وتبعا لهذا التصنيف يصنف الشلل الدماغي إلى الأنواع الأساسية الآتية.

أ-الشلل الدماغي التشنجي: spasticity

هو زيادة التوتر العضلي، وتكون الاستجابة للتمثيل بشكل مبالغ فيه. وهذا مرتبط على

الحالة العامة للمصاب، فإذا كان التوتر شديدا، فيبقى الجسم في أوضاع معينة، وقد ينتهي

بانقباض الأجزاء مثل: انحناء الظهر، أو أصابع، أو القدمين. وبهذا تصبح عضلات الجسم

ضعيفة، نتيجة عدم استخدامها وبقائها في أوضاع معينة وهي تصاب بجهد كبير، والحركة

المفاجئة تؤدي لانقباض شديد في العضلات.

مثال: انقباض عضلات الرجل، فترتفع القدم عن الأرض فيمشي الطفل على قدميه. (وهو أكثر شيوعاً حوالي 80%).

ب- الشلل الدماغي الالتوائي (Athetosis):

يتصف بحركات إلتوائية، غير منتظمة وغير هادفة في العضلات ويكون مستوى التوتر العضلي غير ثابت وهو يتغير باستمرار، مثال الطفل لا يستطيع في وضع معين للجسم ويظهر على شكل حركات لا إرادية راقصة في الأطراف تظهر عندما يكون الطفل متوتراً وغير مرتاح ونقل في حالات النوم والاسترخاء.

مثال: انبساط أصابع اليد ويميل الرأس إلى الوراء ويكون الفم مفتوحاً ويخرج اللسان منه، وتكون القدرة على الكلام محدودة.

يصنف إلى : توتري: تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى استرخائه.

أما بالنسبة للنوع غير التوتري فيصف بحركات إلتوائية دون حدوث توتر عضلي شديد وهي حركات دورانية وراقصة.

ج- الشلل الدماغي التخلجي (اللاتوزاني) (Ataxia):

يتميز بعدم القدرة على حفظ توازن الجسم، يعاني المصاب من انخفاض مستوى التوتر العضلي مثل: بخطئ المصاب في تقدير المسافات وإدراك العمل... مما يؤدي إلى سقوطه على الأرض بشكل متكرر ويمشي ويده ممدودتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه (الإصابة تكون في المخيخ المسئول على التوازن).

د- الشلل الدماغي التيبسي (RIGIDITY)

حالة نادرة تحدث فيها تشنجات شديدة جداً تنتج عند توتر عضلي بالغ الحدة ما لم يترتب عليه تقلص في عضلات الحركة الإرادية، وهم يتصفون بالمقاومة الشديدة...

أخيراً قد يشمل الشلل الدماغي عدة أنواع فيسمى بالشلل المختلط (MIXED)

(نادر يوسف الكسواني، 2002، ص 12)

2- التصنيف تبعاً لشدة الإعاقة:

أ- الشلل الدماغي البسيط:

يعاني الطفل المصاب بالشلل الدماغي البسيط من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع الاعتماد على نفسه ويستطيع المشي دون استخدام معينات.

ب- الشلل الدماغي المتوسط:

يكون النمو الحركي بطيئاً جداً وهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة، ويتعلمون المشي من خلال أدوات. وهم بحاجة إلى خدمات علاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات.

ج- الشلل الدماغي الشديد:

تكون الإعاقة الحركية شديدة تحد المصاب من العناية الذاتية والحركة المستقلة والكلام وهم بحاجة لعلاج مكثف ومنظم ومتواصل (محمد عبد السلام البوايز، 2000، ص 48)

4- أسباب الشلل الدماغي:

بينما في بعض الحالات لا يوجد سبب محدد للمرض، تشمل المسببات الأخرى مشاكل في النمو داخل الرحم (مثل التعرض للإشعاع و العدوى). والاختناق قبل الولادة، ونقص الأكسجين في المخ، الصدمات أثناء الولادة، والتعقيدات في فترة ما قبل الولادة أو خلال مرحلة الطفولة.

أ-أسباب ما قبل الولادة:

الالتهابات الأخرى التي تصيب الحامل ولا يتم تشخيصها أثناء الحمل ربما تسبب شلل دماغي أو ربما تحدث مشاكل في الرحم. كارتفاع ضغط الأم أو الإصابة بالسكري أو ما يعرف بسكري الحمل

ب-أسباب أثناء الولادة : في حالة الولادة العسرة أو التي تستغرق مدة طويلة تحول دون تنفس الجنين بشكل مباشر ووصول الأكسجين للخلايا الدماغية للمولود وقد يؤدي لآتلاف وظائفها .

ج -أسباب بعد الولادة :

-إصابة الرضيع بالتهاب السحايا(السحايا هي الأغشية المبطنة للدماغ) عن طريق فيروسات أو بكتريا

-إصابات الرأس الناتجة عن الحوادث .

-ارتفاع في درجة الحرارة الناتج عن الأمراض كالانفلونزا والاسهال.

المحاضرة الرابعة :

التوحد ومظاهره (أعراضه) التوحد في الجزائر

1-تعريف التوحد:

مرض التوحد أو الاجترار أو الذاتية كلها مصطلحات طبية تعني في العادة تشخيص حالات الإصابة بإعاقة من إعاقات النمو الشاملة والتوحد هو نوع من الإعاقات التطورية سببها الرئيسي يكون في العادة ناتج عن حدوث خلل وظيفي في عمل الجهاز العصبي المركزي أو المخ وهو ما قد يؤدي إلى حدوث توقف أو قصور حاد في عملية النمو الإدراكي أو الحسي ،وبالتالي حدوث خلل في القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي ويصاحب هذه المتغيرات والأعراض إصابة الطفل بحالة من الانطواء النفسي ومحاولة هروب من عالمه وعدم تقبله كما هو بحيث يظهر للعيان كشخص منغلق ولا يحس بما يدور من حوله وما يحيط به من أفراد أو ظواهر ويصاحب

تلك الحالة اندماج نمطي لحركات معينة يواظب على تكرارها.. وفي الكثير من الأحيان يفجر المصاب بالتوحد ما يحس به من مشاعر ورفض مجتمعي لواقعه على شكل ثورات غضب عارمة . ولأن سبب حدوثه لم يتم التعرف اليه والكشف عنه حتى الآن ،وانما كل ما يتم عرضه في الدراسات اجتهادات علمية لم تصل إلى نقطة الأصل في هذا المرض الغريب (جيهان مصطفى ،2008ص08) ، ولفهم مرض التوحد لابد من الغوص في أصل المصطلح .

معنى التوحد :

كلمة توحد تعني أوتيزم أو ذاتوية تنقسم إلى شقين Autos بمعنى النفس وIsm بمعنى الحالة غير السوية ، وهذا يعني أن مرضى التوحد لديهم نفس غيرسوية (جيهان مصطفى ،2008 ص11).

وأول من أشار الى هذا الاضطراب أو الإعاقة هو الطبيب النفسي كانر Kanner1943 من خلال دراسته على 11 طفلا كانوا مصنفين على أنهم من ذوي التخلف العقلي ولاحظ أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة ، ولا تتشابه مع التخلف الذهني في صورته التقليدية بل هي زملة أعراض اكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال فأطلق عليها زملة كانر أو أوتيزم الطفولة المبكرة ،وقد اختار كلمة اوتيزم لأنها كلمة منفردة في معناها ولا تستعمل كثيرا في اللغة الانجليزية .

طفل التوحد له ترجمات عربية مختلفة منها الطفل الذاتي أو الطفل الإجتراري أو طفل الإنكفاء الذاتي ولكن هناك إجماع علمي على تسمية التوحد لشيوعه بين الباحثين والممارسين ،كما أنه يعبر عن طبيعة الإعاقة ،يعتبر التوحد اضطراب نمائي حسب ماورد في التصنيف الدولي للجمعية الأمريكية Diagnostic and Statical Manual DSM-IV أن التوحد لا يندرج ضمن صعوبات التعلم و لا تحت التخلف الذهني (مصطفى نوري القمش ،2011ص22)

ويعرفه جيلبرج Gillberg(1990) عبارة عن زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة ،وشذوذ في التفاعل الاجتماعي

2-أعراض التوحد: يمكن تصنيف العلامات المميزة للتوحد في صنفين علامات متعلقة بالمهارات الاجتماعية وعلامات متعلقة بمهارة التواصل كمايلي:

أ-العلامات المتعلقة بمهارات التفاعل الاجتماعي : يعاني الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من الصعوبة في التفاعل مع الآخرين، فقد يرغب الطفل في تكوين علاقات وثيقة مع غيره، ولكنه لا يعرف كيف يفعل ذلك عادةً، كما تظهر بعض الأعراض الاجتماعية على الطفل في عمر (8-10) أشهر، ومن هذه الأعراض:

• عدم قدرة الطفل على الاستجابة والردّ على اسمه في السنة الأولى من عمره.

- عدم الاهتمام باللعب مع الآخرين، أو التحدث معهم.
- تفضيل الطفل البقاء وحيداً.
- تجنب ورفض الاتصال الجسدي.
- عدم القدرة على تفهم الطفل لعواطفه، أو عواطف الآخرين.

ب-العلامات المتعلقة بمهارات التواصل: يواجه الأطفال المصابون بالتوحد العديد من المشاكل في مهارات التواصل مع الآخرين، ومنها

- التأخر في اكتساب اللغة .
- عدم استخدام اللغة المنطوقة في التواصل مع الآخرين حيث صعوبة في توظيف الكلام الحوارى ذو معنى .
- عدم الإشارة إلى الأشياء التي يحتاجها الطفل ، وعدم مشاركته الأشياء مع الآخرين .
- تكرار ما يقوله الآخرين ،دون فهم للمعنى.
- عدم الاستجابة للمناداة ،والاستجابة للأصوات الأخرى ،مثل: زامور السيارة ،أو مواء القطط.
- الخلط بين الضمائر ،إذ يشير الطفل إلى نفسه بضمير أنت ،وللآخرين بضمير أنا.
- عدم الرغبة في التحاور أو التحدث ،وعدم البدء به أو الرغبة باستمراره.
- قوة الذاكرة في جميع المواضيع خاصة الأرقام ،والحروف ،والأغاني.

3-أنماط السلوك لدى أطفال التوحد:

قد يكون لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد أنماطاً سلوكية ، وأنشطة متكررة مختلفة ،ومنها : تكرار الحركات المتنوعة ،مثل : الاهتزاز ،والدوران ،ورفرفة الأيدي.

-القيام بالأنشطة التي تتسبب في إيذاء النفس ،مثل : العض ،أو ضرب الرأس.

-التعوّد على طقوس معينة ،والاضطراب عند حدوث أي تغيير على هذا الروتين.

-وجود مشاكل في التنسيق ،والقيام بأنماط حركية غريبة ، مثل : المشي على أصابع القدم.

-عدم الحساسية للضوء ، أو الصوت ، أو اللمس بشكل غير عادي ، وعدم الشعور بالألم ، أو الحرارة

-وجود تفضيلات غذائية محددة ،مثل تناول عدد قليل من الأطعمة ،أو رفض نوع معين منها. (عبد الرحمان سيد سليمان ،2000).

4-نسبة انتشار التوحد في الجزائر :

كشفت الاحصائيات العالمية المتعلقة بالتوحد في سنة 2018 عن تسجيل 500 ألف طفل مصاب بالتوحد في الجزائر وهي الاحصاءات التي دق بشأنها المختصون ناقوس الخطر ورفعوا بشأنها دعوة الى الأولياء من أجل الاحتياط واليقظة. و من خلال الإذاعة الجزائرية وصف البروفيسور مجيد ثابتي رئيس مصلحة الامراض العقلية للأطفال المراهقين بالشرافة ورئيس القسم الطبي بمركز التوحد بين عكنون الأرقام الأخيرة بالمخيفة وقال في تسجيل للقناة الأولى " أن تسجيل اصابة واحدة بالتوحد من بين 55 مولود جديد أمر يخيفنا كثيرا. كما ألح ثابتي على ضرورة الكشف المبكر عن التوحد والتكفل الأنجع بهم لإدماجهم في المجتمع مستقبلا وأضاف بالقول في تصريحه للقناة الأولى "التشخيص المبكر ضروري من أجل أن نتمكن من اعطاء كل المؤهلات اللازمة للطفل من أجل أن يعوض النقص المسجل على المستوى العقلي والنفسي الحركي ونوجه رسالة الى الأولياء بأن يتحركوا حال تسجيلهم لأعراض التوحد ويراجعوا الأطباء"(المصدر الاذاعة الجزائرية ،القناة الأولى بمناسبة اليوم العالمي للتوحد 02أفريل 2019).

5-الصعوبات التي تواجه اضطراب التوحد في الجزائر :

ومهما كانت الأسباب فان التشخيص و التدخل المبكر يعتبر من أهم مراحل العلاج بالإضافة إلى برامج التربية الخاصة الموجهة. التي تقدمها مراكز مختصة في التكفل وعلاج أطفال التوحد. ونظرا لغياب مثل هذه المراكز في الجزائر فان أطفال التوحد يتم دمجهم من أجل التكفل بهم في المراكز الطبية البيداغوجية المختصة بالتكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا. ويواجه هذا التكفل والدمج للطفل التوحدي

مشكلات وصعوبات جمة تحول دون حدوث ذلك على وجه أكمل ومن بين هذه الصعوبات كما سبق وأن أشرنا أن التدخل المبكر والتشخيص لحالة التوحد يعتبر أهم خطوة في تقديم البرامج العلاجية ومن صعوباته :

1)صعوبات التشخيص : يجب أن تتم عملية التشخيص للأفراد المصابين بالتوحد ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين ،بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في الوقت نفسه بحيث لا يتم الاهتمام بناحية او أكثر دون النواحي الأخرى ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الكامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية والنفسية والأسرية والاجتماعية والتربوية ،والتعليمية وبذلك يكون التشخيص كاملا وشاملا لكل مظاهر التوحد ويتضمن التشخيص الاكلينيكي المقدم من الرابطة الأمريكية للطب النفسي لسنة 1994 اثني عشر بندا في ثلاث مجالات (أربعة منها في مجال التفاعل الاجتماعي وأربعة أخرى في التواصل أما الأربعة الأخرى فهي في نمطية السلوك وتكراره)

الصعوبات :

-التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات التوحد كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد نجد في سلوكياتهم بعضا من سمات التوحد التي تظهر في بعض الأحيان ولفترات محدودة وبهذا فهم قطعاً ليسوا أطفالاً توحيديين ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه توحيدي وهو ليس كذلك

-اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة فهل هي وراثية جينية أم نفسية أم بيوكيميائية أم اجتماعية أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل أم نتيجة لعوامل أخرى مازلنا نجهلها تماماً

تشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي الفصام الذهان الصرع الصمم إعاقات التخاطب

-عدم وجود أدوات او اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات

- ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها

-حادثة البحوث التي تجرى عليها هذه الفئة حيث تعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة التوحد حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الاعاقات الاخرى

عدم قدرة الطفل التوحيدي على الاستجابة للاختبارات المقننة لقياس قدراته العقلية وذلك بسبب العجز الشديد لنمو قدرات اتصاله بالبيئة المحيطة كما لو كان عانقا أو جهازه العصبي عن العمل(مصطفى نوري القمش، 2011 ص104)

المحاضرة الخامسة:

الإعاقة البصرية

1-مصطلحات مرتبطة بالإعاقة البصرية:

-الإعاقة البصرية:

هي حالة يفقد الفرد فيها القدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه ومن أكثر التعاريف المستخدمة حالياً دارجا Barraga الذي ينص على أن الأطفال المعوقين بصرياً هم الأطفال الذين يحتاجون تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريب ليستطيعون النجاح تربوياً ومن الناحية العلمية يصنف الأطفال إلى فئتين:

الفئة الأولى:

فئة المكفوفين الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة.

الفئة الثانية:

هي فئة المبصرين جزئياً وهم الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليهم أيضاً قارئ الكلمات المكبرة (فطيمة دبراسو، 2015، ص32)

-تعريف الإعاقة البصرية:

وبناء على ما سبق يمكننا تعريف الإعاقة البصرية في ضوء ثلاثة تعريفات وهي:

-التعريف القانوني:

ويشير التعريف القانوني على أن الشخص الكفيف من وجهة نظر الأطباء هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة أبصاره 20 / 200 قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم سحب أن يقرب على مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذا التعريف.

-التعريف التربوي:

ويشير إلى أن الشخص ذوي الإعاقة البصرية هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة البرaille وفي هذا يشير هيرار ولاتسكي (1998) أن المكفوف بصرياً من منظور تربوي بأنه الفرد لا يمكنه أن يتعلم من الكتب والوسائل التعليمية للمبصرين (طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف، مرجع سابق، ص 179)

2-3-التعريف الوظيفي:

وقد اقترح هذا التعريف العالم هارلي ويشير إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة البرaille.

2-4-تعريف الطفل الكفيف:

-كف البصر من منظور تربوي:

هون تقل درجة إصراره عن 20 / 200، 6/60 ويعاني في هذه الحالة من كف بصري جزئي أو كلي.

-كف البصر من منظور اجتماعي:

الكفيف هو الشخص الذي لا يستطيع أن يجد الطريق دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه.

-كف البصر من المنظور الطبي:

هي الحالة التي يفقد فيها الشخص القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين.

تعريف الأعمى:

العمى هو حالة من فقد الإدراك البصري تعزى لعوامل فيزيولوجية أو عصبية، وقد تم تطوير عدة مقاييس لوصف مدى فقدان الرؤية.

-مفهوم ضعف البصر والعمى:

ضعاف البصر هم القادرون على القراءة والكتابة بخط عادي سواء عن طريق استخدام

المعينات البصرية كالحاسوب والمكبرات أو بعد تكبير المواد المطبوعة بأحرف كبيرة

وتنحصر درجة إبصارهم بين 60 / 3 و 200 / 20 في أقوى العينين بعد

تصحيح بالنظارات الطبية. (طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف، مرجع سابق، ص 15).

أنواع الإعاقة البصرية:

هناك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية وأكثرها انتشارا ما يلي:

-طول النظر: Hyperopia:

حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية، ويعود السبب في طول النظر على قصر عمق كرة العين، بحيث تكون نقطة تركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية. وبذلك لا تتكون الصور إلا للأشياء القريبة، أما الأشياء البعيدة فيمكن رؤيتها بسهولة، لذلك نجد الطالب الذي يعاني من طول في النظر أثناء القراءة يميل إلى وضع الكتاب أمامه على مسافة أبعد من بقية الطلبة.

-قصر النظر Myopia:

وهي حالة عكس طول النظر، حيث إن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام القريبة وتكمن المشكلة في أن عمق كرة العين من المقدمة للخلف يكون كبيرا مما يجعل الشعاع الساقط من المرئية ينكسر ليتجمع خارج الشبكية. وعلى عكس زملائهم الآخرين نجد أن الطلبة الذين يعانون من النظر يقربون المادة المقروءة من أعينهم بشكل غير مألوف. على أية حال فإن حالات طول النظر والتي تعتبر من أكثر الصعوبات شيوعا يمكن التغلب عليها باستخدام النظارات والعدسات اللاصقة.

-اللابؤية (Astigmatism):

وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي على عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما، حيث ينتشتت الضوء بشكل يؤدي إلى عدم وضوح الصورة، وفي معظم الحالات يمكن علاج هذه الحالة عن طريق الجراحة أو العدسات اللاصقة.

(وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى، 2006، ص 99)

-الجلوكوما (Glaucoma):

أو ما يشار له عادة (الماء الأزرق) وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الرطوبة المائية)، داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر.

-عتامة عدسة العين (Cataract):

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الماء) تصاب عدسة العين بتصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في العمار المتقدمة

-الحول (Strabisms):

وهو اختلال في وضع العين أو أحدهما مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية بالإضافة إلى إرهاق للعين، أو يكون الحول عرضا من أعراض حالات أكثر خطورة كأعراض الشبكية.

-انفصال الشبكية (Retinal detachment):

هو انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، ومن ثم ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها وبسبب انفصال الشبكية، يشعر الفرد بضعف في مجال الرؤية وآلام شديدة.

توسع الحدقة (Aniridia):

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

تنكس الحفيرة: (Macular degeneration)

خلل في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة، بسبب صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة، والأشياء القريبة، وفقدان البصر المركزي.

-البهق (Albinism):

يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصيغة، مما يؤدي إلى عدم امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية، وسبب البهق هو خلل في البناء بحيث يكون جلد الشخص وشعره أبيضاً وعيناه زرقاوتين، والقرنية تكون شاحبة ولا تتسع للضوء لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء.

-الرأرأة (Nystagmus):

وهي عبارة عن حركات لا إرادية سريعة في العين، مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي، وغالبا ما ترتبط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.

-إلتهاب الشبكية الصياغي: (Retinitis Pigmentosa)

يحدث تلف في الشبكية بشكل تدريجي، وهو مرض وراثي يصيب الذكور بنسبة أعلى من الإناث، ونتيجة ذلك يحدث لدى الفرد عمى ليلي ثم يصبح مجال الرؤية محدودا بالتدريج. (وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى، مرجع سابق، ص 100)

2/خصائص المعاقين بصريا:

أ-خصائص أكاديمية:

-بطء معدل سرعة القراءة سواء المعنية بالبرايل أو الكتابة العادية.

-أخطاء في القراءة الجهرية.

-انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي.

ب-خصائص عقلية:

-قصور في معدل نمو الخبرات.

-قصور في القدرة على الحركة والتنقل بحركة وفاعلية.

-قصور في علاقة المعاق بصريا ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

ج-خصائص اللغة والكلام:

-اضطراب في الكلام واللغة لأن المعاق بصريا يعتمد على حاسة السمع والقنوات اللمسية في استقبال وتعليم اللغة والكلام.

د-خصائص انفعالية واجتماعية:

-العصبية.

-الانطواء والانبساط.

- الخضوع.
- التوافق الاجتماعي.
- العدوانية.
- الغضب.
- التوافق الانفعالي.
- ه-الخصائص النفسية:
- حالات القلق النفسي، الفاقد الصبر، إحساس بالخوف من تغير سماته الشكلية، إحساسه بالخوف من فقدان حب الآخرين له، فقدان تأقلمه مع الوسط المحيط به.

المحاضرة السادسة :

الإعاقة السمعية

1-الجهاز السمعي:

لحاسة السمع أهمية عظيمة، وهي أساسية عند الإنسان لما تلعبه من دور في اكتساب اللغة، ولأن المعاق سمعياً يتعرض لصعوبات كثيرة منها ضعف القدرة على التعبير مما يعرقل تكيفه الاجتماعي، كما أنه لا يمكنه اكتساب مهارة اللغة المكتوبة لأنها الوسيلة التي يتفاعل من خلالها مع البيئة، ذلك يبين لنا أن سلامة الجهاز السمعي يعني اكتساب اللغة، والجهاز السمعي يتكون من جزأين:

1-الجهاز السمعي المركزي: ويتجسد في منطقة في المخ تقوم بقراءة الأصوات وفهمها والرد عليها، وهذه المنطقة مركزها في الفص الصدغي، ويتكون من العصب السمعي والجزء المسئول عن السمع في المخ.

2-الجهاز السمعي الطرفي: ويتكون من الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية. أ-الأذن الخارجية وتتكون من:

-الصيوان: عبارة عن غضروف مغطى بالجلد ويقوم بتجميع الموجات الصوتية وإدخالها إلى قناة الأذن الخارجية وهو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن.

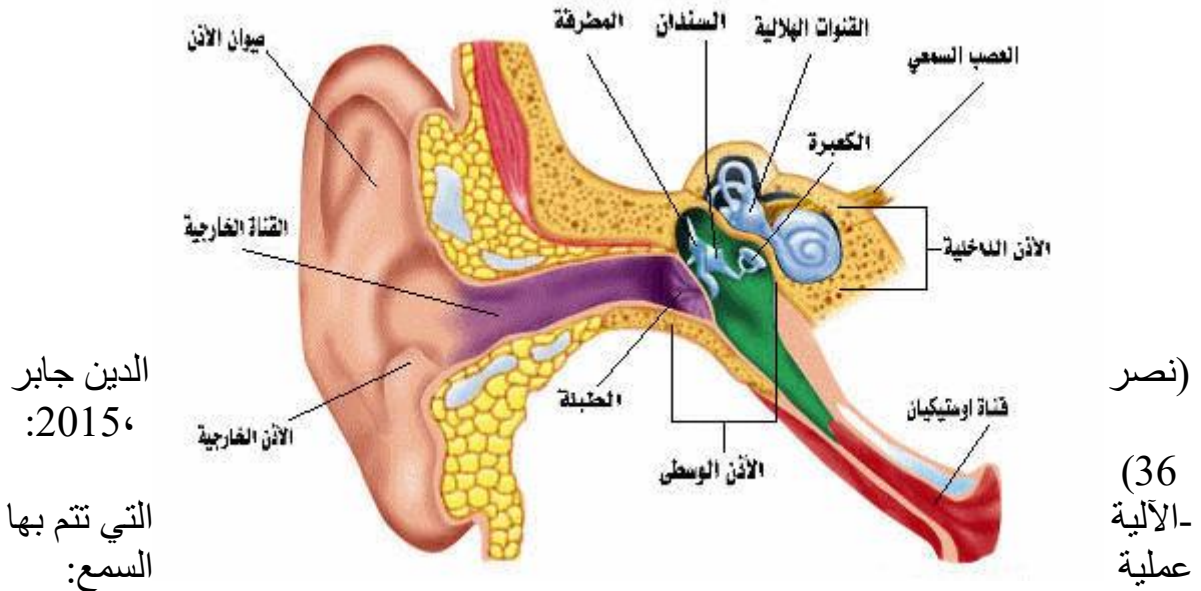
-القناة السمعية الخارجية: وهي ممر ضيق يصل إلى الطبلة وتتكون من الغدد الصمغية لإفراز الصمغ (الشمع، الصملاخ) الذي يؤدي إلى حفظ القناة السمعية ويمنع دخول الجسم الغريبة للأذن وتحمي الطبلة من خلال إخراج الجراثيم وإذا زاد الإفراز قد تغلق قناة الأذن ويضعف السمع و الغدد العرقية التي تساعد على تهوية الأذن.

-الطبلة: وهي تفصل بين الأذن الخارجية والداخلية وهي غشاء رقيق يتكون من الطبقة الخارجية- الطبقة المخاطية- طبقة الألياف عندما تصل الأصوات إلى الطبلة تعترض هذه الأخيرة.

ب-الأذن الوسطى: وتقع ما بين الطبلة والأذن الداخلية وتتكون من الفتحة البيضاوية، والفتحة الدائرية، والعظيومات الثلاثة (المطرقة-السندان- الركاب). والمطرقة هي أكبر العظيومات وتتصل بالطبلة من جهة والسندان من جهة أخرى وتقوم العظيومات الثلاث ينقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى الفتحة البيضاوية ومنها إلى الفتحة الدائرية.

- قناة استاكيوس: وهي قناة تربط الأذن الوسطى بالحلق وتلعب دور في عملية التوازن كما أنها ممر لدخول الالتهابات من الأنف إلى الأذن الوسطى.
- فوائد قناة استاكيوس:
- احتضن جميع أجزاء الأذن الوسطى وتعطيها مجالاً للحركة.
 - موازنة الضغط الخارجي وضغط الهواء.
 - التخلص من إفرازات الأذن الوسطى.
 - ج-الأذن الداخلية: وتحتوي على ممرات متشابكة ومعقدة وتتكون من قسمين:
 - القنوات شبه الهلالية ووظيفتها:
 - حفظ التوازن.
 - الإحساس بالسرعة.
 - تزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه وهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية مليئة بالسائل.
 - القوقعة: وهي جزء حلزوني يتم من خلالها تحويل الصوت إلى موجات كهربائية تنتقل إلى الدماغ من خلال العصب السمعي وتتكون من ثلاث دهاليز وهي (القناة الدهليزية- القناة الطبلية).

رسم تخطيطي للجهاز السمعي الطرفي



- 1-عندما يتحدث الفرد تصدر موجات صوتية.
- 2-يقوم الصيوان بتحديد اتجاه الصوت وتوجيهه إلى داخل الأذن عبر قناة الأذن الخارجية فتصطدم بطبلة الأذن.
- 3-تهتز طبلة الأذن ثم تنتقل ذبذبتها إلى العظيومات السمعية الموجودة بالأذن الوسطى (المطرقة- السنندان- الركاب) وتهتز تلك العظيومات مما يؤدي إلى مضاعفة شدة الصوت.

ترسل تلك العظيومات الذبذبات إلى الأذن الداخلية عبر الفتحة البيضاوية والدائرية وتصل إلى القوقعة التي تتكون أساسا من آلاف الخلايا الصغيرة، هذه الخيرة وتحت تأثير الاهتزازات الميكانيكية التي تستقبلها من الأذن الوسطى تؤدي إلى إفراز سائل عصبي كهربائي الذي بدوره يمر عبر العصب السمعي إلى المناطق المسؤولة عن اللغة على مستوى الدماغ هذا الأخير الذي مهمته في تفسير الرسالة الصوتية. عندما تكون الرسالة الصوتية سليمة يمكن تفسيرها وهي حالة السمع العادي، أما إذا كانت الرسالة ناقصة فيصعب تفسيرها على مستوى الدماغ مما يعطينا حالة الإعاقة السمعية.

2-تعريف الإعاقة السمعية:

هي تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة.

هي إصابة عضوية تؤثر على إحدى مستويات الأذن و / أو كل مستوياتها (الخارجية والوسطى والداخلية) نتيجة إصابات أو أمراض فتعيق عملية السمع. وتعرف أيضا بأنها عدم القدرة على سماع الأصوات، وتعرف بأنها حرمان الطفل من حاسة السمع لدرجة أنها تجعل الكلام المنطوق تقبل السمع، وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم، وضعاف السمع.

ويعرف ضعيف السمع:

بأنه الشخص الذي تكون حاسة السمع لديه رغم أنها قاصرة إلا أنها تؤدي وظائفها باستخدام المعينات السمعية ويكون قادر على اكتساب اللغة عن طريق السمع وتتراوح درجة الفقدان (35- 69) ديسيبيل.

ويعرف الأصم:

بأنه الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة 70 فأكثر ديسيبيل تحول دون الاعتماد على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

تصنيفات الإعاقة السمعية:

أولاً: التصنيف تبعاً للسن الذي حدثت فيه الإعاقة:

ويعد السن الذي حدثت فيه الإعاقة من المتغيرات الهامة في تحديد الآثار الناجمة عن الإعاقة السمعية، والتطبيقات التربوية المتعلقة بها، فالطفل الذي يصاب بالصمم منذ الولادة، لا تتاح له فرصة التعرض لخبرة لغوية، أو لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة، بينما إذا حدثت الإصابة عند عمر سنتين أو ثلاثة سنوات، فإن الطفل يكون قد خبر الأصوات وتعلم الكلام، وهذا يجعل إمكاناته واحتياجاته في مجال تعلم التواصل مختلفة عن الحالة الأولى، ولا ينطبق ذلك على الإعاقة السمعية البسيطة، وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لمرحلة النمو اللغوي إلى:

أ- الصمم ما قبل اللغوي: ويشير إلى حالات الصمم التي تحدث منذ الولادة، أو في مرحلة سابقة على تطور اللغة والكلام عند الطفل، ويعتقد أن سن 3 سنوات هو السن الفاصل.

ب- الصمم بعد اللغوي: ويشير إلى حالات الصمم التي تحدث بعد؛ حيث يكون الطفل قد اكتسب مهارة الكلام واللغة.

<https://www.alukah.net/culture/0/94396/#ixzz6PAVUWM51>

ثانياً: التصنيف الفسيولوجي: كما يمكن تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة فقدان السمع إلى:

- 1- ضعف السمع البسيط: عادة ما ينشأ عن ضعف السمع التوصيلي ويتراوح فقد السمع بين 35 – 40 ديسيبل وينشأ عنه صعوبة فهم الحديث أو الحوار إذا زادت المسافة عن متر إلى متر ونصف وقد يؤدي إلى تأثيرات سلبية أحياناً على مهارات اللغة والكلام، كما يؤدي إلى عجز الطفل المصاب عن إدراك أجزاء من المحاورات الدائرة بالفصل وبالتالي بعض الصعوبة في عمليات التعليم المعتمدة على السماع ويصاحبه أحياناً اضطرابات سلوكية ظاهرة مثل ضعف الانتباه والملل.
- 2- ضعف السمع المتوسط: قد ينشأ عن ضعف السمع التوصيلي أو الحس عصبي ويتراوح فق السمع بين 45 – 60 ديسيبل ويحتاج الطفل إلى الحديث معه بصوت مرتفع، إذا لم يكتشف بصورة مبكرة فإنه قد يؤدي إلى عيوب شديدة في مهارة اللغة والكلام، كما قد يؤدي إلى عجز الطفل المصاب عن إدراك الجزء الأكبر من الحديث الدائر بالفصل ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى معينات السمع، وعلاج للغة والكلام كما قد يحتاجون إلى فصول أو مدارس خاصة للتعليم.
- 3- ضعف السمع الشديد: وينشأ عادة عن ضعف السمع الحس عصبي، ونادراً ما ينجم عن ضعف السمع التوصيلي ويتراوح فقد السمع بين 65 – 95 ديسيبل وقد يسمع هذا الطفل الأصوات العالية الصادرة على مسافة قدمين فقط أو أقل سنة ولا يمكنه سماع الحديث العادي وإذا حدث هذا فقد للسمع في العام الأول في العمر فإنه يؤدي إلى عدم القدرة على الكلام إذا لم يكتشف ويعالج بصورة مبكرة وسليمة ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى التعليم في فصول أو مدارس خاصة كما يحتاجون إلى معينات للسمع وعلاج للغة والكلام.
- 4- ضعف السمع الحاد والعميق: هو عادة من النوع الحس عصبي ويزيد فقد السمع فيه عن 95 ديسيبل ويعتمد هؤلاء الأطفال على الرؤية والعينين أكثر من اعتمادهم على السمع والأذنين في التوصل مع الآخرين.

ثالثاً: التصنيف التربوي:

يميز التربويون بين فئتين من المعاقين سمعياً مابين الصم وثقيلو السمع:

1- الصم:

ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعي (70 ديسيبل فأكثر) ولا يمكنهم من الناحية الوظيفية من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية وبالتالي بمخزون عن التعامل بفاعلية مع

مواقف الحياة الاجتماعية حتى مع استخدام معينات مكبرة للصوت، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع ويحتاج تعليمه إلى تقنيات وأساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة تمكنهم من الاستيعاب والفهم دون مخالطة كلامية نظراً أما لعدم قدرتهم على السمع أو لفقدانهم جزء كبير من سمعهم.

2- ثقلو السمع: وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور في حاسة السمع يتراوح ما بين 30 أو أقل من 70 ديسيبل لكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية في اكتساب المعلومات اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها ومعظم أفراد هذه الفئة بإمكانهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة أساساً للأطفال العاديين

3- أنواع الإعاقة السمعية:

أ- الإعاقة السمعية التحويلية: وتسمى بالتوصيلية أو الإعاقة السمعية الإرسالية أو الصمم الإرسالي، هذا النوع من الإعاقة السمعية يؤثر على عملية إرسال الرسالة الصوتية إلى الأذن الداخلية، وذلك نتيجة لانسداد المجرى السمي أثر وجود أجسام خارجية أو سائل مثل صملاخ الأذن كما يمكن للأذن الوسطى أن تتواجد بها حبيبات أو تصاب بأمراض مثل التهاب الأذن الحاد أو المزمن.

في كلتا الحالتين السابقتين تكون الإعاقة السمعية مؤقتة لأنه يمكن التخلص من الأجسام الخارجية والسوائل وذلك عن طريق استعمال الأدوية أو تنقية الأذن.

ب- الإعاقة السمعية الإدراكية: هذا النوع من الإعاقة السمعية ينتج عن اضمحلال وموت الخلايا المكونة للقوقعة، فتصبح عملية إفراز السائل العصبي غير ممكنة، وفي هذه الحالة الإعاقة السمعية تكون دائمة لأنه لا يمكن إصلاح الخلايا المضمحلة.

ج- الإعاقة السمعية المختلطة: يمكن أن تكون صمم إرسالي أو صمم إدراكي، بمعنى أن الشخص الواحد قد يجمع بينهما وحينها تسمى بالإعاقة السمعية المختلطة وتتواجد بدرجات مختلطة خفيفة، متوسطة، ثقيلة.

-قياس السمع: يقاس السمع من خلال جهاز قياس السمع والذي يسمى بالاديومتر $1'$ audiomètre، والذي يعمل على تحديد والتعرف على الخصائص والمميزات الأساسية لكل صوت.

-خصائص الصوت:

أ-شدة الصوت: وتشير إلى قوة الصوت وضعفه، ودرجة ارتفاعه تكون من 40- 50 ديسيبل وإذا زادت حدة الصوت عن 120 يصبح مؤذياً للأذن، وتقاس شدة الحديث العادي بوحدة الديسيبل ويرمز له بالرمز db.

ب-النغمة أو الارتفاع: وتسمى بالتردد وهي عدد الموجات التي يحدثها الصوت وتتراوح في الثانية الواحدة نغمة الحديث العادي بين (125 - 8000) هيرتز وتقاس بوحدة الهيرتز ويرمز لها Hz ، وتستطيع الأذن سماع الأصوات التي تتراوح بين (20 - 20000) هيرتز في الثانية.

- أسباب الإعاقة السمعية:
- عدم توافق دم الجنين مع دم الأم.
- انسداد الأذن عن طريق صملاخ الأذن أو الأجسام الغريبة أو الحبيبات الناتجة عن الانتفاخات.
- التهابات الأذن.
- تسمم الأذن عن طريق تناول الأدوية، التدخين أو الكحول.
- حوادث الولادة والصدمات بمختلف أنواعها.
- أمراض الطفولة كالتهاب السحايا بعد الولادة وبصفة خاصة الحمى.
- نجد أيضا الأسباب العصبية المنشأ، فالخلايا السمعية المحدودة العدد التي إذا فقدت فهي لا تعوض، كما لا يمكن علاجها بالأدوية أو بالعمليات الجراحية.
- 4/ الخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا:
- تناولت بعض الدراسات الخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا وما يترتب عليها من مشكلات ذات تأثير سلبي في توافقهم الشخصي والمدرسي والاجتماعي.
- وقد عرض القريطى 2001 مجموعة من الخصائص النفسية والاجتماعية التي تؤثر في التوافق الشخصي والمدرسي والاجتماعي للمعوق سمعيا كما يلي:
- ✓ كبت المشاعر والانفعالات لعدم القدرة على الكلام والميل إلى الانسحاب .
- ✓ العجز عن التواصل اللفظي والعزلة والحيرة وتأخر النمو النفسى والاجتماعى .
- ✓ الاعتماد الشديد على الآخرين.
- ✓ سرعة الاستثارة العصبية والإحباط لكثرة الفشل والخوف من العقاب.
- ✓ الاندفاع والتسرع لعدم وضوح وإحكام الخطط والتحركات.
- ✓ العناد والإصرار على تلبية الرغبات والاحتياجات.
- ✓ التمرکز حول الذات .
- ✓ عدم القدرة على ضبط الذات والمفهوم السلبي عنها.
- التشكك في الذات (خصوصا في مرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة).
- الخصائص والاحتياجات المعرفية للمعوقين سمعيا:
- يتأخر تحصيل المعوقين سمعيا عن تحصيل السامعين وقد انفتحت نتائج عدد من الدراسات في أن متوسط تأخر النمو المعرفى للمعوقين سمعيا عن العاديين يتراوح بين ثلاث إلى أربع سنوات نتيجة صعوبة تعلمهم لغة التفاهم. وهناك مجموعة من الخصائص المعرفية تتمثل في:
- ✓ صعوبة احتفاظهم بالمعلومات والتوجيهات وحاجتهم إلى تركيز المعلومات وتكرارها وتحديد التوجيهات واختصارها.
- ✓ بطء وتباين سرعة تعلمهم ومن ثم حاجتهم إلى تفريد التعليم أو تعليمهم في مجموعات صغيرة وتخفيض سرعة عملية التعلم ووقت أطول لتكرار تعلم المفاهيم وتثبيتها في ذاكرتهم.
- ✓ تشتت الانتباه ونقص التركيز وخطأ وصعوبة في إدراك وتعلم المثيرات اللفظية المجردة والرمزية.

✓ انخفاض دافعتهم لمواصلة التعلم خلال فترات طويلة فهم بحاجة إلى تنويع الأنشطة القصيرة والتعزيز المستمر.

تباين سرعة تعلمهم تبعاً لنسبة ذكائهم وعتبة سمعهم وتاريخ إصابتهم وظروفهم الصحية والنفسية والاجتماعية ، فهم بحاجة إلى تعديل الأنشطة لتناسب وحالاتهم .

المحاضرة السابعة :

الطفل الموهوب والتوجهات الحديثة

1- الاطفال الموهوبين والمتفوقين :

اختلفت تسمية الطفل الموهوب والمتفوق فقد يطلق عليه عبقرى او ذكى أو نابغة أو مبتكر وهي تسميات تعبر عن معاني وألفاظ المدح والثناء ومن الناحية اللغوية تكاد تتفق المعاجم العربية والانجليزية على أن التفوق يعد استعداداً فطرياً غير عادى لدى الفرد ،بينما مصطلح الموهبة إما

كمرادف في المعنى لمصطلح التفوق ، وإما بمعنى قدرة موروثه أو مكتسبة سواء كانت قدرة عقلية أو بدنية . ويشير مصطلح الموهبة الى مجموعة من الأفراد لديهم قدرات خاصة تؤهلهم للتفوق في مجالات معينة علمية (رياضيات ، علوم) أو أدبية (شعر ، صحافة) أو فنية (رسم ، موسيقى) أو عملية (ميكانيكا ، نجارة) وليس بالضرورة تميزهم بمستوى مرتفع من حيث الذكاء أو التحصيل الدراسي بصورة ملحوظة بالنسبة لأقرانهم .

ويستخدم كلا من الموهبة والتفوق بمعنى للدلالة على المستوى المرتفع من أداء الفرد في مجال أو أكثر من المجالات الأكاديمية أو غير الأكاديمية التي تحظى بالقبول و الاستحسان الاجتماعى ويفسر ذلك بسببين هما : - أن الذكاء هو أحد العناصر والمكونات الأساسية اللازمة للتفوق في مختلف وجوه النشاط العقلي للفرد ، وأن نوع الذكاء يختلف من مجال إلى آخر فنجد الذكاء البصري مهم في الفنون التشكيلية مثلاً .

- إن قدرات الفرد ومواهبه ليست خاضعة لعوامل الوراثة فقط ، وإنما هي على الأقل تخضع في نموها لتفاعل تلك العوامل مع غيرها من العوامل البيئية والخبرات السابقة ، حيث تأخذ هذه القدرات في النمو إذا توافرت لها البيئة المناسبة وفرص التنمية والتدريب اللازمين (مروة محمد الباز ، ص10)

كما يمكن تعريف المتفوق هو التلميذ الذي لديه القدرة على ان يكون مستواه التحصيلي مرتفعاً في مجال دراسي أو اكثر ،مقارنة بغيرهم بنسبة تميزهم وتؤهلهم لأن يكونوا من أفضل أفراد المجموعة التي ينتمي اليها. أما الموهوب هو الفرد الذي يصل في أدائه إلى مستوى مرتفع في مجال من المجالات الغير أكاديمية كـ مجال الفنون والألعاب الرياضية والمجالات الترفيهية المختلفة والمهارات الميكانيكية والقيادة الاجتماعية وغير ذلك من المجالات ، ويعتبر التلميذ الموهوب كذلك عندما يتوافر له أي شرط من الشروط الآتية :

- أن يكون لديه نسبة ذكاء 120 على الأقل وتم تحديده بأحد الاختبارات التي تقيس الذكاء .

- أن يكون لديه مستوى عال من الاستعدادات الخاصة مثل : الاستعداد العلمي أو الفني .

- أن يكون لديه مستوى عال من القدرة على التفكير الابداعي .

دراسة الابداع

لقد أظهر جيلفورد (1950) بصفته رئيساً للجمعية الأمريكية لعلم النفس أن العدد الكلي لمختلف الدراسات النفسية بلغ 121000 مائة وعشرون ألفاً عنوان من بينها 186 مائة وستة وثمانون عنوان وذلك عبر ربع قرن تقريباً ثم بدأ يتزايد البحث في الإبداع ما بين الفترة 1950-1960 بنسبة 18% وارتفعت النسبة في الفترة ما بين 1960-1670 بلغت النسبة 72.5%. هذا التزايد السريع للدراسات في مجال الإبداع يرجع إلى تعقد المجتمع المعاصر الذي يتطلب عدداً كبيراً من المختصين الجديرين بحل المشكلات التي تتطلب روح الإبداع (مصطفى ناصف، 1989 ص12)

2- مهارات التفكير الإبداعي :

1/الأصالة : وقد عرفها جيلفورد بداية دراساته بأنها القدرة على إنتاج الأفكار ماهرة تتميز بالجدة والطرافة وتعني النزوع إلى ما وراء المؤلف أو المعتاد.

وكما خلص جيلفورد فيما بعد أنها المرونة التكيفية للمادة اللفظية (نادية عبده عوض أبو دنيا، أحمد عبد اللطيف إبراهيم، 2000).

2/الطلاقة fluency: وهي القدرة على توليد عدد كبير من البدائل أو المترادفات والأفكار أو الاستعمالات بسرعة وسهولة عند الاستجابة لمثير معين، وللطلاقة صور متعددة فقد تكون طلاقة لفظية، أو طلاقة أشكال أو طلاقة معاني (فكرية)، وللطلاقة اللفظية أهمية خاصة عند دي بونو، فقد اعتبرها في كتاب تعليم التفكير أحد أهم أدوات التفكير حيث أشار إلى أن الطلاقة والقدرة على التعبير المرادف تعتبر أهم أدوات التفكير.

3/المرونة flexibility: يهتم التفكير الإبداعي بكسر الجمود الذهني الذي يحيط بالأفكار القديمة وهذا بدوره يقوم إلى تغيير الاتجاهات والميول وهي القدرة على إنتاج استجابات مناسبة لمشكلة أو مواقف مثيرة. استجابات تتسم بالتنوع واللامنطية وبمقدار زيادة الاستجابات الفريدة الجديدة تكون زيادة المرونة التلقائية.

4/الإفاضة: وتعني القدرة على إضافة تفاصيل جديدة ومتنوعة لفكرة أو حل لمشكلة

5/الحساسية للمشكلات : والمقصود بذلك الوعي والإحساس بوجود مشكلة بحاجة إلى حل وطرح الأسئلة عن أسباب عدم حلها وإمكانية حلها والمساهمة بإعداد حلها وإن التفكير الإبتكاري ليس هو الذكاء أو التفوق ولكنه حسن التعامل مع الأمور، أي الجدة مع الملائمة ولكل فرد من الأفراد قدرة معينة على التفكير الإبتكاري، والفرق بين شخص وآخر يكون في درجة هذا التفكير فقط، فالابتكار ما هو إلا أسلوب تفكير، ويوجد عند كل الناس بدرجات متفاوتة، والهم أن يتم تنمية هذا الأسلوب من أحل الحساب الطفل التفكير الإبداعي والإبتكاري وتنميته عنده.

3/ طرق تدريس لتنمية التفكير الإبداعي للتلميذ:

1- طريقة التعليم المعتمد على حل المشكلات:

يتألف التعليم المعتمد على حل المشكلات عادة من خمس مراحل أساسية تبدأ بتوجيه المعلم للتلاميذ نحو الموقف المشكل، وتنتهي بعرض عمل التلميذ وإنتاجه وتحليله وحين تكون المشكلة متواضعة في مجالها يمكن تغطية أو معالجة المراحل الخمس للنموذج في

عدد قليل من الحصص غير أن المشكلات الأكثر تعقيدا قد تستغرق سنة كاملة لحلها ويحتوي الجدول على المراحل الخمس لهذا النموذج).

جدول (1) يوضح مراحل طريقة حل المشكلات

المرحلة	سلوك المدرس
وجه التلاميذ نحو المشكلة	يراجع المدرس أهداف الدرس ويصنف الآليات المتطلبة ويثير دافعية التلاميذ ليندمجوا في نشاط حل مشكلة اختاروها اختيارا ذاتيا
نظم التلاميذ للدرس	يساعد المدرس التلاميذ على تعريف وتحديد مهام الدرس التي تتصل بالمشكلة
ساعد البحث المستقل والبحث الجماعي	يشجع المدرس التلاميذ على جمع المعلومات المناسبة وإجراء التجارب والسعي لبلوغ التفسيرات والتوصل إلى حلول
التوصل إلى نتائج ونواتج وعرضها	يساعد المدرس التلاميذ في تخطيط هذه النواتج وإعدادها، كالتقارير وشرائط الفيديو والنماذج، ويساعدهم على اقتسام عملهم مع الآخرين
تحليل عملية حل المشكلات و تقويمها	يساعد المدرس التلاميذ على تأمل بحوثهم واستقصاءاتهم والعمليات التي استخدموها

(فريدة بولسنان & اسمهان بلوم، ص54)

2- طريقة المناقشة والتفكير الإبداعي:

المناقشة ليست نموذجا حقيقيا للتدريس، وإنما هي إستراتيجية أو إجراء تدريبي معين مفيد، وينبغي أن تستخدم كجزء من بنية معظم نماذج التعليم، وهي عبارة عن إجراء محادثة بين المعلم والتلاميذ في موقف تعليمي معين تعتمد على طرح الأسئلة والإجابة عليها. ومنها المناقشة الحوارية والمناقشة الحرة.

جدول (2) بنية إدارة المناقشة

المرحلة	سلوك المعلم
عدد الأهداف ويهيئ المشاركين	يراجع المناقشة مع التلاميذ ويهيئهم للمشاركة
ركز المناقشة	يزود المعلم أو يحدد محور النقاش أو بؤرته و ذلك بوصف القواعد الأساسية، وي طرح سؤال ميداني، ويعرض موقف محير أو توضيح المسألة الخلافية، وعرضها للنقاش، يراقب المعلم تفاعلات التلاميذ، وي طرح أسئلة، ويصغي إلى أفكار، ويستجيب لأفكار، ويبين القواعد الأساسية ليسير المناقشة ويحفظ سجلا للنقاش ويعبر عن أفكاره
تابع النقاش	يراقب المعلم تفاعلات التلاميذ وي طرح أسئلة ويصغي إلى أفكار

ويستجيب لأفكار، ويبين القواعد الأساسية ليسير المناقشة ويحفظ سجلا، ويعبر عن أفكاره	
ساعد المتعلم على اختتام المناقشة بتلخيص النقاش والتعبير عن معنى المناقشة بالنسبة له	أنه المناقشة
يطلب المعلم من التلاميذ أن يفحصوا نقاشهم ويتعمقوا في عمليات تفكيرهم	استخلص

(فريدة بولسنان & اسمهان بلوم: 555)

3- الطريقة الاستنباطية: وتنقسم إلى:

أ- استقرائية استنباطية:

وهي التي ينتقل فيها المتعلم من المعارف الجزئية إلى المعارف الكلية ومن الأمثلة إلى القاعدة أي هي التي يبحث فيها المعلم مع التلاميذ الحقائق الجزئية لشيء ما أو لموضوع معين، عن طريق الحدس والمشاهدة، ويدرب التلاميذ على اكتشاف المعاني والوقوف على حقيقتها متدرجين من الجزء إلى الكل متوصلين في النهاية إلى استخلاص القاعدة التي يتوخاها الهدف الخاص للدرس، وتسمى هذه الطريقة ب (طريقة هيرت)، وهو مربى ألماني قام بوضع مراحل تسييرها، التمهييد والمقدمة، العرض، الربط والمقارنة، الاستنباط، التطبيق .

ب- قياسية أو استنتاجية:

وهي الطريقة التي تبدأ بالقاعدة ثم تطبق عليها الأمثلة أو هي التي تبدأ من الكل إلى الجزء، وخطواتها كالآتي:

-كتابة المعلم للقاعدة العامة على السبورة

-يقدم المعلم أمثلة لإثبات صحة هذه القاعدة

-الاطمئنان بعد المناقشة على صحة القاعدة من خلال الأمثلة

ولهذا ندرك أن هذه الطريقة هي الطريقة السابقة لأن الاستقراء يبدأ من الأمثلة وينتهي إلى القاعدة، بينما القياسية تبدأ من القاعدة وتنتهي بالأمثلة الدالة على صحتها

(أ. فريدة بولسنان, & أ. اسمهان بلوم. طرائق التدريس ودورها في تنمية التفكير الإبداعي عند الطفل المتمدرس).

4- طريقة التعلم التعاوني والتفكير الإبتكاري:

ويعني التعلم التعاوني تقسيم طلبة الفصل إلى مجموعات صغيرة يتراوح عدد أفراد المجموعة الواحدة ما بين 2-6 أفراد وتعطي كل مجموعة مهمة تعليمية واحدة (واجبا تعليميا) ويعمل كل عضو في المجموعة وفق الدور الذي كلف به ، وتتم الاستفادة من نتائج عمل المجموعات بتعميمها إلى كافة التلاميذ. وفيما يلي جدول يوضح مراحل هذا النموذج من التعلم)

مراحل نموذج التعلم التعاوني

المراحل	سلوك المعلم
أعرض الأهداف وهبي التلاميذ	المعلم يراجع أهداف الدرس ويهيئ التلاميذ للتعلم
أعرض المعلومات	يعرض المعلم المعلومات على التلاميذ إما بالشرح وعرض البيان أو من نص أو كتاب
نظم التلاميذ وقسمهم إلى فرق تعلم	المعلم يشرح للتلاميذ كيف يكونون فرق تعلم ويساعد الجماعات على القيام بالانتقالات بكفاءة وعلى التحويلات
ساعد الفريق على العمل والدرس والمذاكرة	المعلم يساعد فرق التعلم أثناء قيامهم بالعمل
أفحص المواد وفر تقديرا	المعلم يفحص مواد التعلم أو تعرض الجماعات نتائج عملها
	يجد المعلم طرفا لتقدير الجهود والإنجازات الفردية والجماعية

(فريديبولسنان & اسمهان بلوم: 558)

المحاضرة الثامنة :الاستراتيجيات التعليمية والتربوية للتكفل بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

لا توجد استراتيجية تعليمية واحدة وعامة في التربية الخاصة كما هو معروف في التربية العامة فالمناهج التعليمية في التربية العامة تعد مسبقا من قبل لجان مختصة لتناسب مرحلة

عمرية ودراسية معينة وليس فردا معيناً، في حين ان المنهج في التربية الخاصة لا يتم اعداده مسبقاً وإنما يتم اعداده ليتناسب واحتياجات الطفل في ضوء نتائج قياس أدائه الحالي من حيث جوانب القوة و الضعف . وإنما يوجد أهداف عامة وخطوط عريضة لما يمكن أن يسمى بمحتوى المنهاج والتي يشتق منها الأهداف التعليمية التي تشكل أساس المنهاج الفردي لكل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة على حده، وهكذا لا يختلف المنهاج في التربية الخاصة عن المنهاج العام المعد للطلبة العاديين، لأنه يتضمن العناصر الرئيسية المشار إليها (الأهداف، المحتوى ، الوسائل، والتقويم). وعلى هذا الأساس تم بناء استراتيجيات التدريس في التربية الخاصة وفق المعايير الآتية:

- ليس ثمة طريقة أو نمط تعليمي أو تنظيم بيئي أو أدوات أو وسائل تناسب جميع الأطفال المعوقين في غرفة الصف.

-إن البيئات التربوية (البدائل التربوية) تتنوع أكثر للطلبة المعوقين.

-إن شدة ونوع الإعاقة عاملان يؤثران في تخطيط التدريس واختبار المكان التربوي -يعتبر التدريس عديم الفاعلية إذا لم يكن السلوك تحت السيطرة.

-الفلسفة التي يحملها المعلم نحو المعوقين تؤثر على استراتيجيات التدريس التي يستخدمها.

1- المنحى التشخيصي العلاجي:

ليس من شك في أن المهمة الرئيسية الموكلة لمعلمي التربية الخاصة هي التعليم مثلهم مثل جميع المعلمين وعلى الرغم من أن أساليب التدريس في التربية الخاصة متنوعة إلا أنها عموماً تستند إلى ما اتفق على تسميته بالمنحى التشخيصي العلاجي ويتضمن هذا النموذج تشخيص المشكلة ووضع خطة لمعالجتها ومن هنا أتى اسمه على وجه التحديد ويشمل هذا المنحى إتباع الخطوات الأربع التالية :

- 1.تقييم التلميذ : قبل البدء بالعملية التدريسية يقوم المعلم بتقييم أداء التلميذ حيث يجمع المعلومات عنه باستخدام الملاحظة المباشرة أو استخدام الاختبارات النفسية الرسمية المعروفة.
 - 2.التخطيط للتدريس : وبناءً على المعلومات التي تم جمعها عن أداء الطالب توضع الخطط التدريسية لتنفيذ من خلال الخطة التعليمية الفردية للتلميذ.
 - 3.تنفيذ الخطة التدريسية : حيث توضع الخطة التدريسية موضع التنفيذ وتوظف الاستراتيجيات التعليمية لإنشائها وتنفيذها وهذه الاستراتيجيات * قد تشمل التعليم المباشر (نموذج تحليل المهارات) أو التعليم غير المباشر (نموذج تحليل العمليات).
 - 4.تقييم فاعلية التدريس: وبعد الانتهاء من تنفيذ الخطة التدريسية يتم تقييم أداء التلميذ ثانية لمعرفة مدى التقدم الذي حدث في أداءه وذلك على ضوء المعايير التي تم اعتمادها في الخطة . وتجدر الإشارة إلى أنه ليس هناك اتفاق على ما يجب تشخيصه وطرق معالجة المشكلة التي يعاني منها الطفل وبشكل عام يمكن تصنيف الطرائق التعليمية المستندة إلى المنحى التشخيصي العلاجي إلى نموذجين رئيسيين هما : نموذج تدريس العمليات باسم نموذج تدريب العمليات أما نموذج تدريب المهارات فيشار إليه أحياناً بنموذج التعليم المباشر أو نموذج تعديل السلوك.
- 2- مكونات التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة:

يمكن حصر مكونات التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة في المكونات الأربعة التالية:

1- تخطيط التدريس (planning instruction)

2- ضبط التدريس (managing instruction)

3- توصيل التدريس (delivering instruction)

4- تقويم التدريس (evaluating instruction).

وهذه المكونات تنطبق على التدريس سواء كان للموهوبين أو ذوي الإعاقات البسيطة أو ذوي الإعاقات الحادة.

- هل التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة يتضمن مجموعة من المهارات الفردية؟
إننا نلمس الإجابة على السؤال السابق إذا علمنا أن التخطيط والضبط والتوصيل، والتقييم لعملية التدريس للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة هي نفس مكونات التدريس الفعال لطلاب العاديين إلا أن شعورًا بغموض هذه الإجابة سوف ينتابنا. إلا أن هذا الشعور سوف يمحى ولا شك أن هناك طلابًا من ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة إلى طرق تدريس خاصة بهم أو مواد تعليمية يتم ضبطها لتلائم احتياجاتهم الخاصة:

فعلى سبيل المثال: (طرق التدريس الخاصة باللمس والسمع ضرورية لهؤلاء الطلاب الذين يعانون من إعاقة بصرية واضحة حيث يقوم المعلمون باستخدام مواد تدريسية معدلة (الكتب ذات الطباعة الضخمة، والأوراق ذات الخطوط البارزة، وتسجيلات الكاسيت، والحديث المصطنع كمبيوترياً)

الأساليب المستخدمة في تدريس المتخلفين عقليًا:

من الخصائص الأولية للأطفال المتخلفين عقليًا بوجه عام عدم قدرتهم بالسهولة التي يتعلم بها الأطفال العاديون ممن هم في مثل عمرهم الزمني، فالمتخلفون عقليًا لديهم قصور في القدرة على إتقان الأفكار المجردة وهم غير قادرين على تعلم المواد الدراسية بشكل عارض (غير مقصود) كما يتعلمها الغالبية العظمى من الأطفال العاديين وإن كثيرًا من المهارات والمعارف التي يكتسبها الطفل العادي إنما يكتسبها بطريقة غير مقصودة دون تعلم محدد من قبل المدرس في حين يحتاج الطفل المتخلف عقليًا تعليمًا منظمًا يقدم له بطريقة تساعده على التعلم بمعدل يتناسب مع نمو قدراته المختلفة فالتعلم المنظم يتطلب الوقت الكافي والتخطيط المناسب بالإضافة إلى الفراسة وهذه المتطلبات تعتبر من متطلبات برنامج التربية الخاصة للطفل المتخلف عقليًا.

3- الخصائص التعليمية للأطفال المتخلفين عقليًا:

لقد توصلت الدراسات إلى أن هؤلاء الأطفال.

- ذوو مركز ضبط خارجي بمعنى أنهم يشعرون أن الأحداث التي يتعرضون لها لا تتوقف على سلوكهم وإنما خارج سيطرتهم.

- يتوقعون الفشل في المواقف التعليمية بسبب خبرات الإخفاق السابقة المتكررة وبالتالي فهم يفتقرون للدفاعية.

- يبحثون عن إستراتيجية لحل المشكلات تعتمد على توجيه الآخرين لهم فهم لا يثقون

بحلولهم الشخصية ، بالإضافة الى هذا خصائص تعليمية أخرى للأطفال المتخلفين عقلياً ومنها

- أن نسبة تطور الأطفال المتخلفين عقلياً تتراوح بين 30 - 70 % من نسبة تطور أداء الأطفال العاديين.

- إن معدل النسيان لدى الأطفال المتخلفين عقلياً أعلى بكثير من معدل نسيان الأطفال العاديين

- إن قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التعميم تجعل أثر التدريب محدود.

- إن قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التعلم الملموس أفضل من قدرتهم على تعلم التعلم التجريدي

- إن قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التعلم العرض محدودة فليس باستطاعتهم تعلم أشياء مختلفة في نفس الوقت.

4/أساليب تعديل السلوك المستخدمة لتعليم وتربية الأطفال المتخلفين عقلياً.

* القياس المتكرر للأداء.

* تحليل المهارة التعليمية.

* تعزيز الأداء الصحيح.

* تقديم تغذية راجعة إيجابية فورية.

* تشكيل الاستجابات تدريجياً

* توزيع التدريب وليس تجميعه وتكثيفه.

* توفير الفرص لممارسة السلوك المتعلم.

* توفير النماذج للأداء الصحيح.

* تطوير مهارة التنظيم الذاتي.

* توفير الفرص لنجاح الطفل.

* الحد من المثيرات المشتتة.

سبل استثارة دافعية الطفل المتخلف عقلياً للتعلم:

الطفل المعاق عقلياً لا يتوقع النجاح بسبب خبرات الفشل والإحباط السابقة لذلك فإن على

معلمي هذه الفئة لا بد أن يكونوا على معرفة جيدة بأساليب استثارة الدافعية للتعلم التي

نذكرها في التالي:

1- استخدام التعزيز بشكل فعال : وهو تقديم خبرات أو أحداث أو أشياء إيجابية بعد حدوث السلوك مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك .

2- زيادة خبرات النجاح وتقليل خبرات الفشل : فالنجاح هو مفتاح الشعور بالكفاية والتالي يؤدي إلى زيادة الدافعية أما الفشل فيسبب الإحباط وربما التشكيك في الذات.

3- تحديد الأهداف التعليمية المناسبة : استثارة دافعية الطالب من خلال الأهداف تتطلب اختيار أهداف واقعية يمكن تحقيقها .

4- تجزئة المهام التعليمية من خلال تجزئة المادة التعليمية إلى وحدات صغيرة وجعل الخطوة الأولى بسيطة نسبياً وإيضاح المطلوب من الطالب والتأكد أنه يفهم المعلومات.

- 5- إشراك الطالب في اتخاذ القرارات : يجب أن يعبر الطالب عن ميوله وحاجاته واهتماماته فلا شيء يقلل من دافعيته الإنسان كالشعور بالضعف.
- 6- توفر المناخ التعليمي المناسب: تؤثر طبيعة المناخ التعليمي في دافعية الطالب فالبينة الصفية المثيرة للاهتمام أكثر قدرة على استثارة الدافعية.
- 7- التعبير عن الثقة بالطالب : تشير الدراسات العلمية أن الاتسات يسلك على النحو الذي يتوقعه منه الأشخاص المهمون في حياته.
- 8- العمل على مراعاة الفروق الفردية
- 9- التعامل مع القلق بشكل مناسب
- 10- تزويد الطالب بتغذية راجعة متواصلة عن أدائه : معرفة الطالب وتفهمه للتحسن في سلوكه يعمل كحافز لبذل جهد أكبر.
- 11- مساعدة الطفل على تطوير مفهوم ذات ايجابي : إن مفهوم الطالب عن ذاته يعتبر من العوامل المهمة التي تؤثر إلى حد كبير على دافعيته.
- 12- مساعدة الأهل على تطوير اتجاهات واقعية نحو طفلهم المعوق .
- 13- مساعدة الطالب على تحمل المسؤولية.
- 14- تقويم المعلم لذاته : رغم أن الدراسات تبين أن الأطفال يحبون المعلم اللطيف والمرح والذي يتفهم مشاعرهم وظروفهم إلا أن العلاقة بين هذه الصفات الشخصية للمعلم والدافعية للطالب غير واضحة وتشير البحوث إلى أن العامل الحاسم هو طبيعة ما يفعله المعلم مع الطلبة وليس خصائصه الشخصية ولذلك ينبغي على المعلمين تقويم فاعلية الطرق التي يستخدمونها فالعمل الروتيني المتكرر يصبح مملا ولذلك يجب توظيف النشاطات المتميزة لاهتمام كل من المعلم وطلابه والمعلم هو القدوة للطلاب فإذا أراد أن يزيد دافعية طلابه فلا بد من أن تكون لديه هو الدافعية .
- التعلم والتذكر للمتخلفين عقلياً:
لخص هالان وكوفمان نتائج البحوث العلمية المتعلقة بالتعلم والتذكر لذوي الاحتياجات الخاصة على النحو التالي:
1- إن شدة العجز عن التعلم أو التذكر تعتمد على شدة التخلف العقلي.
2- إن الإستراتيجية التي يستخدمها الطفل المتخلف عقلياً لتأدية المهمة التعليمية هي التي تجعله مختلفاً عن الطفل العادي.
3- ليس ثمة أدلة على أن كل نوع من أنواع التخلف العقلي يرتبط بمشكلات تعليمية محددة.
4- ليس ثمة أدلة على وجود فروق في الخصائص التعليمية بين الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال العاديين من نفس العمر العقلي فالأطفال المتخلفون عقلياً يمرون بنفس المراحل التعليمية ولكن بمعدل أبطأ .

المحاضرة التاسعة :

نماذج ووسائل التكفل بالطفل التوحدي

البرامج العلاجية المعتمدة للطفل التوحدي :

أظهرت بعض النماذج العلاجية فعاليتها في تحسين مهارات الطفل التوحدي اللفظية والتواصلية والاجتماعية وتنميتها من بينها والأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم نلخصها في :

1-برنامج تيتش TEACH: هو برنامج علاجي سلوكي يهدف إلى علاج وتعليم الأطفال التوحديين وهو اختصار لكلمة التواصل Treatment and Educational of Autistic and related Communication Children Handicapped (سهير الصباح 2017: 335).

حيث يقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل بمساعدته للوصول إلى أقصى مستوى من مستويات الاستقلالية عند الكبر حتى يستطيع أن يفهم العالم المحيط به من خلال اكتساب التواصل التي تساعده على التعامل مع الآخرين من خلال اكتساب مهارات التواصل التي تساعده على التعلم والتفاعل .

2- تحليل السلوك التطبيقي ABA: وهو برنامج سلوكي يقوم على تحليل المهارات والسلوكيات المقبولة إلى أهداف إجرائية وتعزيزها ثم تعميمها في المواقف الاجتماعية. حيث تتبع برنامج ABA الخاص بطلبة التوحد، حيث ان الطلبة المتقدمين أكاديمياً يدرسون مناهج اللغة العربية والرياضيات الخاصة بوزارة التربية والتعليم، وتدرجياً يدرسون التربية الإسلامية والتقانة والمواطنة، أما المتقدمون في اللغة الإنجليزية فيدرسون مناهج اللغة الإنجليزية. وعن أبرز الخدمات المقدمة للطلبة من فئة التوحد، كما يتم تقديم مجموعة من البرامج الخاصة بتلك الفئة.

3- برنامج التواصل «بيكس» PECS الذي يهدف لتطوير التواصل الاجتماعي واللغوي للطلاب باستخدام الصور. - جلسات التخاطب: على شكل حصص يقدمها اخصائيو التخاطب لتقوية الجانب اللغوي لدى الطلبة التوحديين. - تخصيص مرشدين اجتماعيين لكل مدرسة من مدارس التوحد بهدف وضع خطط لتعديل السلوك لدى الطلبة. - تدريب طلبة التوحد على مهارات الاعتماد على الذات والمهارات الحياتية. - توعية أولياء الأمور وتنظيم الورش والدورات الخاصة بذلك. - إشراك طلبة التوحد في الفعاليات المختلفة داخل وخارج المدرسة. - تخصيص صف خاص بطلبة التوحد مقسم لأركان خاصة ومبطن للحفاظ على سلامتهم. - تزويد طلبة التوحد بالأجهزة والأدوات الخاصة التي تنمي المهارات العضلية الدقيقة والكبرى والمهارات الحسية لديهم. كما يتم دمج جميع طلبة التوحد دمجاً كلياً في حصص الأنشطة مثل الرياضة والرسم والتقانة والحاسوب والنشيد، أما المتقدمون أكاديمياً فيتم دمجهم جزئياً في حصص اللغة العربية والرياضيات واللغة الإنجليزية، كما يتم دمج المجتازين للكفايات المطلوبة في الصف الأول دمجاً كلياً. وفيما يتعلق بآلية قبول طلبة التوحد في المدارس الحكومية، ويتم قبول الطالب بناء على اختبار تشخيصي يحدد درجة التوحد لديه، حيث يقبل الطالب ذوي التوحد البسيط، ثم يطبق اختبار

تقييم لمهاراته ما قبل الأكاديمية والأكاديمية، وذلك بالتعاون المشترك بين إدارة التربية الخاصة ومراكز ذوي الاحتياجات الخاصة بالتوحد (محمد احمد خطاب، 2005:265).

3/العلاج ثلاثي الأبعاد:يعتمد علاج ثلاثي الأبعاد للطفل التوحد على البعد الطبي والبعد النفسي والبعد الاجتماعي ويهتم أساسا بعلاج الأعراض والسلوك ويمكن تلخيصها فيمايلي :

-العلاج الطبي ويستخدم الأدوية الطبية وذلك من المظاهر السلوكية للأفراد التوحديين ،على افتراض أن هذه السلوكيات ناتجة عن خلل بيوكيميائي في الدماغ.

-العلاج النفسي والذي يتبنى طرق العلاج السلوكي ومن أهمها :

طريقة لوكاس Lucas وظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية والمعتمدة على الإشراف الذي يقوم على تعزيز السلوك الإيجابي بتقديم المكافآت ، فيتعود الطفل على الربط بين السلوك والمكافأة وكذلك طريقة تعديل السلوك غير المرغوب فيه وخاصة تلك الأنماط السلوكية الآلية والمكررة التي يقوم بها الطفل التوحد .

-العلاج باللعب ومن أهمها لعبة أجزاء الجسم خاصة لتثبيت الصورة الجسمية للطفل ولعبة البطاقات والتي تحتوي مجموعة رسوم وأرقام وكلمات والألوان لتعلم التمييز بين الحروف والكلمات والألوان

-لعبة الرسم لمساعدة الطفل على التعبير عن ذاته

-العلاج الاجتماعي:يركز الباحثون في هذا الجانب على التدخل المبكر وتقديم البرامج التربوية والارشادية لأسر الأطفال التوحديين لغرض التكفل المشترك وعلى ضرورة تحقيق ميكانيزمات الدمج وهو ذلك التكامل الاجتماعي والتعليمي للطفل والعاديين في الفصول العادية لنصف يوم دراسي على الأقل.

المحاضرة العاشرة :

الخدمات التربوية العلاجية الوقائية لصغار الصم والبكم

1-أساليب تقويم المعاقين سمعيا :

-الطرق التقليدية المستخدمة في قياس القدرة السمعية مناداة الطفل باسمه بطريقة الهمس ،وطريقة سماع دقائق الساعة .

-الطرق الحديثة في قياس القدرة السمعية مثل طريقة القياس السمعي الدقيق، وفيها يتم تحديد شدة الصوت وتسمى ديسيبل (Decible(db).

-الاختبارات التربوية المقننة مقياس ويبمان لقياس التمييز السمعي Wipman Auditory

Discrimination ومقياس جولدمان فرستو وودكوك للتمييز السمعي Goldman
Fristoe Woodcok Test of Auditory Discrimination.

-بطارية كوفمان المعرفية (مقياس غير لفظي) لتقويم المعاقين سمعياً بالإضافة لاختبارات الذكاء كاختبار وكسلر واختبار جودانف- هاريس للذكاء(كامل الشربيني، 2011 ص155)

2-أساليب تعليم ذوي الإعاقات السمعية التواصل مع الآخرين:

أ- الأسلوب السمعي : هذا الأسلوب يركز على استخدام سماعات الأذن فالقناة السمعية تعد السبيل الأول لتعلم اللغة وتطورها لدى المعوق سمعياً بصرف النظر عن نوع وشدة الإعاقة السمعية ولذلك يفضل استخدام السماعات في السنوات المبكرة قدر الإمكان ويجب كذلك تشجيع الأطفال على تعلم الكلام العادي فاستخدام الإشارات اليدوية في هذه المرحلة غير مرغوب فيه

ب- الأسلوب الشفهي : وهذا الأسلوب يركز على استخدام الوسائل السمعية لتطوير اللغة السمعية الشفهية بالإضافة إلى أهمية التفاعل بين الأفراد من ذوي الإعاقة السمعية والأفراد العاديين فيتم تشجيع المعوقين سمعياً على التحدث والاستماع مع استخدام السماعات فالمدرس يمكنه استخدام أسلوب قراءة الكلام والتدريب علياً وهو ما يسمى قراءة حركات الشفاه وذلك بملاحظة المعوق سمعياً للمدرس وحركات جسمه ونفسه ونبضات الصوت .
ت- الاتصال الكلي : يعرف الاتصال الكلي بالنظام المتكامل وفلسفة هذا الأسلوب هي أن تقديم الإشارات مع الكلام يقوي فرصة الشخص لفهم واستخدام طريقتين معاً فهو يجمع بين الأسلوب السمعي والشفهي واليدوي

ث- الأسلوب اليدوي (الإشارات) هذا الأسلوب يركز على استخدام الإشارات وذلك لأن كثيراً من الأطفال المعوقين سمعياً ليس لديهم القدرة على الاستماع

برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات التواصل واللغة لدى صغار المعاقين سمعياً :
في ضوء ما توافر لعلماء اللغة من أدلة وبراهين على سرعة تعلم الأطفال العاديين لغة أمهاتهم وتفوقهم كذلك على الكبار في تعلم لغة ثانية إلى جانب لغتهم الأصلية فإن موريس (Moores,2000) قد قام بتحقيق ودراسة ما ارتآه بعض العلماء من وجود فترة مثالية - أو على الأقل مهمة - لاكتساب اللغة وارتقائها، إذ يرون أن القدرة النوعية الخاصة بنمو اللغة وارتقائها تميل إلى بلوغ أوجها في حوالي الثالثة والرابعة من عمر الطفل، ثم تميل إلى الانخفاض بصورة ثابتة بعد ذلك.

وطبقاً لهذا الرأي فإن موريس Moores,2000 يرى أن البدء بأي برنامج لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى الأطفال الصم بعد أن يكونوا قد بلغوا الخامسة من عمرهم قد يكون محكوماً عليه بالإخفاق والفشل مهما كانت الطرق المستخدمة في هذا البرنامج.

فبالرغم مما قرره علماء اللغة من أن صغار الأطفال العاديين لا يبدأون في وضع الكلمات معاً في جملة واحدة إلا بعد أن يبلغوا 18 شهراً من أعمارهم إلا أن الثابت أنهم يستقبلون اللغة منذ ميلادهم، وأن هذا الاستقبال يظل مستمرا على امتداد سنوات عمرهم. وطبقاً لذلك فإنه يبدو من الضروري بل والمفيد إذن أن يبدأ المسئولون عن تربية ورعاية الأطفال الصم في تقديم برامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى هؤلاء الأطفال، لا بعد أن يبلغوا سن السادسة أو الخامسة أو حتى الرابعة من عمرهم، بل يجب البدء بها فور ميلادهم أو فور التحقق من فقدان السمع وثبوته لديهم بصفة قاطعة دون انتظار أو إضاعة وقت.

التدخل المبكر والبرامج قبل المدرسية :

المقصود بالتدخل المبكر والبرامج قبل المدرسية ترتيب وإعداد برامج يلعب فيها الآباء - بالتعاون مع المدرسين والمدرسات المختصين - دوراً أساسياً في دعم وخدمة من لم تتجاوز أعمارهم ثلاثة أعوام من الأطفال المولودين صمّاً أو الذين أصيبوا بالصمم بعد ولادتهم وقبل أن يبلغوا العام السادس من أعمارهم، بالإضافة إلى دعم وإرشاد أسرهم -ويرى الخطيب (1998) أن من بين ما ينبغي لتلك البرامج أن تُهيئَ لهم ما يلي:

- 1- إمكانية النمو الاجتماعي والعقلي واللغوي بالاستعانة أساساً بالتواصل البصري .
- 2- التفاعل الاجتماعي مع آبائهم وأفراد أسرهم، ومع غيرهم من الأطفال الصم، ومع راشدين صم كذلك.

3- الحصول على اختبارات وتدرّيات سمعية ملائمة.

وفضلاً عن ذلك فإن فريمان وزملاءه (Freeman et al.,1981) يرون أنه ينبغي لبرامج التدخل المبكر أن تتضمن بصفة أساسية تقديم إرشادات للآباء بشأن ما يمكنهم القيام به بالتعاون مع المختصين في تيسير النمو اللغوي والتواصل لدى أطفالهم، وبعبارة أخرى، ينبغي أن تتضمن هذه البرامج ما يلي :

1- توجيه الآباء إلى ضرورة تلبية حاجة الطفل الأصم الأساسية إلى الاتصال بالآخرين بصرياً ووجدانياً عن طريق رؤية ما يدور حوله، إذ ينبغي ألا يشعر هذا الطفل بالعزلة أو أن يُترك وشأنه.

2- تعريف الآباء بجميع الوسائل الممكنة التي يمكنهم اللجوء إليها للتواصل مع أطفالهم في المنزل كالحركات الطبيعية، والأصوات، والألعاب، وكلمات تُلفظ على مَقْرَبَةٍ من أذن الطفل، وقراءة الشفاه، ولغة الإشارة، والإيماءات والتلميحات، والتهجي بالأصابع .

3- توجيه اهتمام الآباء إلى أهمية المعينات السمعية للنمو اللغوي، وتعريفهم بخصائصها، وتركيبها، وطرق تشغيلها وصيانتها، وكيفية تدريب أطفالهم الصغار على استخدامها والإفادة منها بشكل سليم وفعال في تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل .

4- إرشاد الآباء إلى الالتقاء بغيرهم من آباء الأفراد الصم عن طريق رابطات الآباء مثلاً، والجمعيات التي تضم أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً. ويرى البعض أنه يمكن لصغار الأطفال الصم عموماً الاستفادة من مشاركتهم في

- برامج التدخل المبكر قبل أن يبلغوا سن دخول المدرسة حتى وإن أدى ذلك إلى فصلهم عن أسرهم معظم النهار، ذلك أنهم من خلال هذه البرامج :
- 1- سوف يُنمّون مهارات السيطرة الإيجابية على الوسط البيئي المحيط بهم .
 - 2- وسيُنمّون كذلك مشاعر التقدير للآخرين ومراعاة شئونهم .
 - 3- وسيتعلمون التعاون والتواصل فيما بينهم وبين أقرانهم من الأطفال الصم المشاركين في البرنامج .
 - 4- كما ستتاح لهم فرص الاستمتاع باللعب، والإنصات إلى الحكايات والتفرُّج على الصور، وتمثيل الأدوار .
 - 5- سيُنمّون بدنياً عن طريق الإيقاعات الحركية وغيرها من الأنشطة الإيقاعية .
 - 6- بالإضافة إلى اكتسابهم بعض مهارات اللغة والتواصل وبخاصة ما يعتمد منها على حاسة البصر.

المقومات الأساسية لبرنامج التدخل :

- ينبغي للمسؤولين عن وضع وتصميم برامج التدخل المبكر الملائمة لصغار الأطفال الصم الذين لم يبلغوا بعدُ سن المدرسة العمل على أن تهدف هذه البرامج بصفة أساسية إلى تسهيل نموهم اللغوي وبناء وتأسيس وتطوير مهاراتهم اللغوية والتواصلية. ولكي نضمن لهذه البرامج فرصة النجاح في تحقيق هذا الهدف فإنها ينبغي أن تقوم على المقومات الرئيسية التالية:
- ✓ إتاحة بعض الاستراتيجيات والأطر التي يمكن للمسؤولين الاختيار من بينها لتقديم الخدمات الإرشادية والتربوية والتدريبية للصغار الصم وأبائهم.
- ✓ إرشاد الآباء وتوعيتهم بأهمية الكشف المبكر عن أطفالهم المعوقين سمعياً والصعوبات التي قد تعترضهم في سبيل هذا الكشف.
- ✓ إرشاد الآباء وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل .
- ✓ تقديم الإرشاد النفسي والعلاجي للآباء الذين قد يحملون إلى البرنامج مشاعر سلبية أو مَرَضِيَّة ناجمة عن ابتلاء أحد أفراد أسرهم بكارثة الصمم، والتي قد تؤثر على تعاملهم بفعالية مع أطفالهم .
- ✓ اختيار المدرسين الأكفاء الذين تلقوا تدريباً وإعداداً جيداً للعمل في هذا البرنامج .
- ✓ وضع خطة لتدريب هؤلاء الصغار على التواصل في المنزل مع أسرهم وذويهم، وبناء منهاج لتنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل قائم على أساس من مبادئ النمو اللغوي العادي وأسس، وفي إطار من الأوضاع والخبرات المنزلية والأسرية الطبيعية التي ينمو في ظلها الأطفال العاديون .
- ✓ إتاحة عدد من الطرق والبدائل التواصلية التربوية التي يمكن للمعلمين والآباء الاختيار من بينها بما يلائم خصائص واحتياجات وإمكانات كل طفل من أطفالهم .

✓ تزويد كل طفل مشترك في البرنامج بمعين سمعي يكفل له تكبير الصوت وتضخيمه .

3- التأهيل السمعي :

إن الهدف الأساسي من التأهيل السمعي التقليل من آثار الإعاقة السمعية على الأداء التواصلية للمعاق ومن هنا فإن الدور الرئيسي للأخصائي السمعي يتمثل في :

أ-تقييم أثر الإعاقة السمعية من حيث فعالية التواصل .

ب-قياس مدى نجاح إجراءات التأهيل السمعي الطبي وغير الطبي في التقليل من آثار الإعاقة السمعية حيث يقوم المتخصصون في مراكز التأهيل بإجراء الدراسات النوعية التخصصية على المريض المعاق كل حسب تخصصه وكل حسب اهتمامه وتشتمل الدراسات على:

- الدراسات الطبية العامة: لتحديد الحالة الصحية للفرد المعوق سمعياً وجوانب القوة والضعف لدى العميل وحالة الأجهزة الأخرى للجسم ومدى قيامها بوظائفها.

- الدراسة السمعية: ويقوم بها أخصائيو الأذن وأخصائيو السمع، وذلك لتحديد حالة السمع وسبب فقدانه ودرجة القصور السمعي ومدى الحاجة إلى التدخل الجراحي أو إلى معينات سمعية.

- دراسة مهارات التواصل أو التخاطب: والتي تشتمل على دراسة الجوانب السمعية إذا كان لدى المتقدم بقايا سمعية، وقدرته على قراءة الشفاه، وكذلك دراسة الجوانب التعبيرية وتشتمل مدى قدرته على النطق والكلام، أو قدرته على استخدام أبجدية الأصابع، فيتم في هذا النوع من الدراسة التعرف على مهارات التواصل والتخاطب لدى هذا الشخص استقبالياً وتعبيراً.

- الدراسة النفسية للمعاق : ويقوم بها عادة الأخصائي النفسي وتشتمل على دراسة القدرات العقلية أو الذهنية وغيرها من القدرات، وكذلك التعرف على الميول ونمط الشخصية، وربما تكون هناك مشكلات في الشخصية فيمكن أن يتعرف على هذه الجوانب كلها.

- الدراسة المهنية: ويقوم بها شخص متخصص يطلق عليه المرشد المهني أو مرشد التأهيل وتهدف إلى التعرف على الجوانب المتصلة بالجوانب المهنية مثل الاستعدادات لدى الفرد وقدراته وميوله ومدى ما يملكه من طاقة بدنية أو مدى توفر السلامة البدنية اللازمة للعمل، حيث تستخدم في هذه الدراسة الاختبارات المهنية وأساليب التقويم المهني في بيئة عمل مناسبة أو بيئة اصطناعية بغرض الحصول على معلومات عن قدرات وميول الشخص في هذا الإطار.

- الدراسة التعليمية: وتهدف إلى التعرف على مستوى تحصيله التعليمي ومدى تمكنه من الجوانب اللازمة في تأهيله، كالتعامل بالقراءة والكتابة وما حصله من مهارات أساسية في الرياضيات، وغير ذلك من المواد الأساسية والموضوعات التي تلقاها في المراحل الدراسية السابقة كالمرحلة الابتدائية أو المتوسطة إذا كان قد وصل إليها، وعادة ما يقوم بهذا النوع من الدراسة معلم متخصص في تعليم الصم.

- الدراسة الاجتماعية: ويقوم الأخصائي الاجتماعي بتلك المهمة بهدف التعرف على التاريخ الاجتماعي للفرد أي التعرف على بيئته وتكوين أسرته والعلاقات الاجتماعية السائدة بينه وبين أعضاء أسرته أو بين الأسرة وغيرها من الأسر في إطار هذا الشخص المعوق سمعياً، لأن أنماط العلاقات الاجتماعية قد تتشكل بنمط معين طبقاً لوجود فرد معوق في الأسرة فنهدف إلى التعرف على تلك العلاقات الاجتماعية، كذلك إلى التعرف على الاتجاهات في الأسرة نحو هذا الشخص المعوق سمعياً اتجاهات بالقبول أو بالرفض أو اتجاهات إيجابية أو سلبية واتجاهات البيئة حتى في إطارها الضيق في حدود الحوار في المنطقة التي يعيش فيها وما هي اتجاهات الأفراد هناك نحوه؟ كل هذه العوامل مهمة جداً في الدراسة الاجتماعية. كذلك يهدف الأخصائي الاجتماعي إلى الوقوف على الجوانب الاقتصادية فهل مستوى الأسرة الاقتصادي دون المتوسط أو أقل بكثير من المتوسط أو متوسط أو فوق المتوسط؟ للوصول إلى معرفة المستوى الاقتصادي للأسرة.

وسائل تكنولوجيا التأهيل السمعي:

قد تنوعت المعينات السمعية التكنولوجية في الوقت الحاضر للأفراد المعوقين سمعياً، وتحسنت الأدوات البيئية كما تعمل على تزويد المعوق سمعياً بنوعيه أفضل للأصوات التي تمكنه من الوصول إلى اللغة المنطوقة كما تمنحه الفرصة في البدء بالتعليم لفهم الكلام والأصوات البيئية.

الأدوات المساعدة على السمع:

- تعمل المساعدات التكنولوجية بالنسبة لضعاف السمع والصم على استعادة بعض وظائف السمع من خلال توفير وسائط بديلة للاتصال مع الآخرين أو ممارسة أنشطة الحياة. وهذه الأدوات عبارة عن السماعات الطبية التي تساعد ضعاف السمع على استغلال أفضل البقايا السمعية والتي تعمل على تضخيم الأصوات لتسمح للشخص سماعها بشكل أسهل وضمن المدى الطبيعي، وبالشكل الذي يساعد ضعاف السمع على الاستفادة وحضور برامج التعلم العام، مع الوضع في الاعتبار أن استخدام السماعات الطبية لا يعنى شفاء الفرد من الإعاقة السمعية ولكنها تساعد على استغلال البقايا السمعية لديهم. وتستخدم السماعات الطبية على نطاق واسع مع الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي حسي-

عصبى على خلاف الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعى توصيلى والذين غالبا ما يعالجون طبييا أو جراحيا بشكل ناجح ، كما تستخدم السماعات الطبية بشكل فعال في البيئات الهادئة، حيث يكون الكلام هو الصوت المسيطر في البيئة. وتختلف السماعات الطبية في التصميم والحجم ومقدار التضخيم وسهولة التعامل وحجم الضبط.

وهناك أنواع من السماعات الطبية ومنها:

- ✓ سماعات خلف الأذن.
- ✓ سماعات داخل الأذن.
- ✓ سماعات داخل القناة السمعية.
- ✓ سماعات جيب داخل حافظة توضع على الصدر أو على حزام وتكون متصلة بواسطة غطاء مع سماعة الأذن والقلب.
- ✓ سماعات قابلة للبرمجة باستخدام نظام حاسب.
- ✓ سماعات بنظارة وهى مرتبطة بالنظارة التى يرتديها بعض الأشخاص.
- ✓ سماعات عظمية التوصيل : وهى تستخدم مع الشخصا الذين قد يسمعون الأصوات أفضل

من خلال الذبذبات التى تصل إلى الجمجمة.

- ✓ سماعات ثنائية التقطيع: وهى تستخدم مع الأشخاص الذين يعانون من فقدان سمعى شديد في أذن واحدة ، بينما تكون الأخرى سليمة أو تعانى من فقدان سمعى أقل من الأذن الأخرى.

أدوات الاتصال عن بعد: هى عبارة عن اجهزة مساعدة تحسن من تواصل ومهارات الاستماع لأجهزة التلفاز والراديو والتسجيل منها.

ويسمح هذا الجهاز للأفراد أن يجروا أو يستقبلوا مكالمات TDD أداة اتصال عن بعد للصح هاتفية من خلال طبع معلومات على الهاتف.

- ✓ نظام انفراد: ويتكون من محول ومستقبل دون أسلاك، يرتديه الفرد ويأخذ المحول إشارته من مصدر صوتى كالتلفاز أو الراديو ، أما من خلال وصلة أو ميكروفون بعدها يقوم المحول بتحويل الصوت إلى ضوء غير مرئى يلتقطه المستقبل الذى يحوله مرة أخرى إلى صوت هذا وتؤثر الشمس على عمل النظام لذلك ينصح بوضعه بعيدا عن الشمس مباشرة.

- ✓ مكبرات اصوت: تمكن هذ المكبرات المعوقين سمعيا من الاستماع مباشرة للصوت من جهاز التلفاز أو المسجل وهى مكونة من وحدة صغيرة متصلة مع التلفاز أو المسجل من خلال ميكروفون موجود بالقرب من مكبر الصوت أو موصولا بوصلة التلفاز وعلى الرغم أن هذه الطريقة تمكن الفرد من الاستماع إلى الصوت باستخدام سماعة طبية أو بواسطة وصل وحدة الضبط من خلال سماعات توضع على الرأس، أو من خلال سماعات طبية مخصصة لكل فرد إلا انها قد تقطع الصوت عن الأشخاص الآخرين الموجودين في الغرفة.

✓ سماعات توضع حول الرأس head phones : لدى عدد من أجهزة التلفاز أو المسجلات سماعات توضع على الرأس بحيث يسهل التحكم بمستوى الصوت لكل أذن على حده، إلا أنها قد لا توفر مستوى مرتفع من الصوت كما توفره الأجهزة الأخرى، التي سبق الحديث عنها- كما أن هذا النوع من السماعات قد يقطع الصوت على الأشخاص الآخرين المتواجدين في الغرفة إلى جانب صعوبة استخدامها أثناء ارتداء المساعدات السمعية الأخرى.
معدات مساعدة على الحياة اليومية:

- يواجه المعوقين سمعياً صعوبة في سماع بعض الأصوات التي تصدر في البيئة المنزلية كصوت جرس الباب أو الهاتف أو الساعات المنبهة ولذا هم يحتاجون لتكييف مثل هذه المعدات بالشكل الذي يساهم على استخدامها عن طريق إجراء بعض التعديلات عليها. ومن الأمثلة على ذلك :

✓ أجهزة تنشيط الصوت: وهي عبارة عن أجهزة خاصة يمكنها الكشف عن صوت الهاتف جرس الباب بواسطة أجهزة إرسال صغيرة يرتديها الشخص حيث يقوم بتنبيهه أثناء وجود الجرس من خلال محولات موزعة في أنحاء المنزل. والتي تقوم بتحويل الترددات الصوتية إلى ضوئية ذات ذبذبات مرتفعة يسهل الإحساس بها ، وهذه الأجهزة أنواع منها ما يستخدم مع جهاز واحد فقط كالهاتف فقط ومنها ما يستخدم مع أكثر من جهاز كالهاتف وجرس الباب.

✓ أجراس الباب: وهي متعددة الاستخدامات حيث يمكن استخدام أجراس الباب ذات الصوت المرتفع أو الذبذبات المختلفة مع الأشخاص الذين يعانون من فقدان سمعي بسيط أو استخدامها على شكل مثيرات ضوئية ساطعة متزامنة مع الجرس مع الأشخاص الذين يعانون من فقدان سمعي متوسط فأكثر حيث تساعد هذه الطريقة على معرفة وجود جرس من خلال وصل الأضواء بالأسلاك الكهربائية الرئيسية في المنزل.

✓ كاشفات أو منبهات دخان الحريق: وهي نوعان تستخدم حسب درجة فقدان السمع، فالنوع الأول هو من كاشفات الدخان ذات الصوت المرتفع والتي تستخدم مع ذوي فقدان السمع البسيط، أما النوع الآخر فهو من كاشفات الدخان ذات الأضواء الساطعة والذبذبات المرتفعة والتي يستمر عملها وإن تسبب الحريق في عطل كهربائي.

✓ هاتف نص Text phone ويتكون من لوحة مفاتيح الحروف الهجائية وشاشة عرض صغيرة تمكن المتحدث من طباعة الحوار مباشرة مع الأشخاص الآخرين، سواء كانوا ممن يمتلكون مثل هذا النوع من الهواتف، أو ممن يمتلكون الهواتف العادية التي يتم إخضاعها لنظام خاص يقوم بتحويل المثيرات الصوتية إلى مرئية يتمكن المعوقين سمعياً من قراءتها ، وعادة يستخدم هذا النوع من الهواتف مع المعوقين سمعياً بدرجة متوسطة أو أكثر.

✓ - هواتف فيديو: هي مصممة للذين يستخدمون لغة الإشارة كلغة أساسية في حياتهم اليومية فهم يتبادلون الحوار بالإشارة من خلال شاشة مزود بها الهاتف تمكنهم من رؤية بعضهم البعض.

تكنولوجيا زراعة القوقعة:

- تعتبر زراعة القوقعة من أحدث ما توصل إليه العلم لأولئك الذين يعانون من فقدان سمعى تام

أو شبه تام فى الأذنين ، والتي تقف المعينات السمعية على الرغم من تقدمها عاجزة عن تعويض فقدانهم السمعى ، ونظرا عدم توفر بقايا سمعية لدى هؤلاء قام الباحثين باكتشاف وسيلة وهى حث العصب السمعى عن طريق قطب يزرع بداخل الأذن الداخلية فى هذه الحالة يتم استقبال الصوت بواسطة مكبر للصوت صغير يوضع خارج الأذن. ثم يحول الصوت بواسطة مكبر للصوت صغير يوضع خارج الأذن.

ثم يحول الصوت ليتم معالجته تكنولوجيا بهدف تبسيطه بحيث يسهل على الأذن إدراكه. وقد قام الباحثين بتجربة عملية زراعة القوقعة الالكترونية على المصابين بفقدان سمعى مكتسب بعد تعلم اللغة إثر حادث أو مرض ، حيث كان لأولئك ذاكرة سمعية للأصوات وكانت الخطوة التالية هى إجراء عملية زراعة القوقعة على الأطفال الصغار ، وتعتبر هذه الخطوة أصعب من حيث التأهيل السمعى واللغوي اللازم بعد إجراء العملية. أما وبالنسبة للتطورات المتوقعة فى هذا المجال فهى تكمن فى معالجة الصوت بصورة أفضل وكذلك فى تصغير حجم الجهاز بحيث يسهل على جميع المعاقين سمعيا باختلاف أعمارهم استخدامه والاستفادة من مزاياه. كانت البداية الفعلية حول زراعة القوقعة عام 1957 فى فرنسا على يد ديجورنو وإيريس ، أما المحاولات الأولى قد بدأت فى الولايات المتحدة الأمريكية عام 1961 حيث تم زراعة جهاز ذو قطب واحد لدى مريض كما تمت زراعة عدة أجهزة أخرى فى نفس السنة ، أدت إلى تحسن السمع إلا أنه لم يستطع هؤلاء فهم الكلام ، لكن خلال عدة أسابيع تم تحسين الأجهزة بواسطة السيلكون ، وقد شجعت هذه النتائج على جعل أحد المهندسين ينفق عدة سنوات لتصميم من الأقطاب الخارجية والأقطاب المزروعة. وفى عام 1964 تمت محاولة فى ستاندرد لتحسين أجسام الخلايا فى العقد العصبية بزرع مجموعة من ستة أقطاب فى المركز الرئيسى للحرقفة حيث استطاع المرضى تمييز علامات كاملة فى اختبارات فهم الجمل ، كما حصلوا على درجات فى السمع تقارب السمع الطبيعى بعد أن أجريت عليهم اختبارات السمع.

المحاضرة الحادى عشر:

الاحتياجات التعليمية للمعاقين بصريا1- الإعاقة البصرية:

ان فقد حاسة الإبصار تحرم الطفل المعاق بصرياً من الخبرة بالكثير من المدركات البصرية وكذلك من الفرصة التي تتيحها المثيرات البصرية من حيث اتساع مجالها أو تنوعها ، وتختلف درجة الحرمان باختلاف نوع و طبيعة ودرجة ذلك الفقد ومن هنا تبدو الفروق الفردية بين المعاقين بصرياً فمنهم الكفيف كلياً منذ الولادة والكفيف كلياً بعد الولادة وخاصة بعد سن الخامسة وكذلك ضعيف الإبصار.

ويختلف أسلوب تربية وتعليم المعاقين بصرياً-إلى حد ما- باختلاف الفروق بينهم حيث يحتاج الكفيف كلياً ولادياً في رعايته و تعليمه إلى طرق ووسائل تعتمد على تنمية وتطوير وتدريب حواسه المتبقية كالسمع و اللمس و الشم و التذوق بشكل أساسي بينما يحتاج الكفيف كلياً بعد الخامسة إلى تنمية وتدريب حواسه بشكل آخر نظراً لأن لديه خبرة سابقة بالصور البصرية و الألوان و الأشكال و المفاهيم و مدلولاتها أما ضعيف الإبصار فإنه يحتاج إلى طرق تعتمد على الاستعانة بالمعينات البصرية وكذلك بعض الوسائل البصرية الللمسية في بعض الأحيان ، ومن هذا المنطلق فإن حواس الطفل المعاق بصرياً بشتى درجات الإعاقة لها أهميتها ودورها الفاعل في تربيته و تعليمه ورعايته.

ومن المتفق عليه تربوياً أن لحواس الطفل المعاق بصرياً دور هام في حياته الخاصة والعامة وفي كافة ما يصدر عنه من سلوكيات وذلك لأن حواسه تلك تعد بمثابة أدوات اتصال بينه و بين بيئته حيث يحصل عن طريقها على المعارف والخبرات والمعلومات ومن ثم يهيئ حياته وظروفه بناء على إمكانيات تلك الحواس وقدرتها على الوصول إلى كل ما يريد الحصول عليه حيث تقوم كل منها بوظيفتها الأساسية كحاسة من الحواس إضافة إلى وظيفة حاسة الإبصار المفقودة ، وعلى وجه العموم فإن اتصال الفرد ببيئته يعتمد في الأساس على طبيعة تكوين جهازه العصبي والذي يجعله دائماً على اتصال مستمر بكل ما هو حوله نتيجة وجود حالة من عدم التوازن الناشئ عن الحاجات التي يجب إشباعها و المؤثرات الخارجية في بيئة الفرد مما يترتب عليه اتجاه الحواس إلى عوامل الإثارة خارج الجسم الحصول على مدخلات حسية مرضية تتوافق مع حاجات الفرد لتعود إليه حالة التوازن والرضا، والمثيرات الخارجية التي تؤثر في الحواس كثيرة ومتعددة وكل مجموعة منها تؤثر في نوع من الحواس كالمشاهد والأشياء المرئية والأصوات المسموعة والملموسات والمذاقات والروائح ، وعندما يتفاعل الفرد المعاق بصرياً مع تلك المثيرات فإنه يتم إدراكها بنقل معلوماتها عبر الأعصاب أي عبر عضو الحس والخلايا العصبية المستقبلية في ذات العضو ثم الأعصاب الحسية المرتبطة بالدماغ والتي تختص بذلك العضو. حيث تترجم وترمز وتصف إلى عدد من الإدراكات وتدمج في ذاكرة الفرد لتكون جاهزة للاستدعاء وبهذه الكيفية تتم عملية التعلم لدى أي فرد إلا أنها تختلف باختلاف المستقبلات و المثيرات و تتوقف على مدى سلامة جهاز الفرد العصبي المركزي. من هنا تبدو أهمية تنمية وتدريب الحواس الأخرى لدى المعاق بصرياً بطريقة متواصلة ومستمرة وبشكل وظيفي فعلى سبيل المثال يمكن تخطيط برنامج تدريب سمعي لتنمية

حاسة السمع لدى الطفل المعاق بصرياً يتضمن إدراك الأصوات وتحليلها ثم التنظيم الصحيح للمعلومات السمعية التي تم الحصول عليها ، وكذلك فهم اللغة وما تحويه من أفكار ومفاهيم وغيرها كتنمية مهارة تحديد طبيعة الصوت وتمييزه وتحديد اتجاهه ، وكذلك تحديد المسافة التي يصدر عنها الصوت ، وهكذا مع باقي الحواس الأخرى كاللمس و الشم و التذوق ومن الهام أن تتم عملية تنمية و تدريب المهارات الحسية في وقت مبكر بالنسبة للطفل المعاق بصرياً حتى تصبح لديه مهارات تلقائية ولا يجد صعوبة في التفاعل مع المثيرات البيئية ويمكنه بعد ذلك مواصلة التعلم بشيء من السهولة واليسر والإقبال على تلك العمليات بالكثير من الأمل والتفاؤل. وفيما يلي نستعرض كل مهارة حسية على حدى وكيفية تنميتها لدى المعاق بصريا:

2- تنمية حاسة اللمس لدى الطفل الكفيف:

تأتي حاسة اللمس في الأهمية بالنسبة للكفيف بعد حاسة السمع ولو أن كل منهما تكمل الأخرى إلا أنه يعتمد عليها اعتمادا كلياً عندما تنقطع الأصوات أو لا تتوافر لديه بالقدر الذي يمكنه من الحصول على المعلومات الهامة و الضرورية وهذا لا يعنى أن أيا من الحواس المتبقية لدى الكفيف ذات أهمية و الأخرى ليست كذلك و إنما الأهمية تكاد تكون مشتركة لأنه يقوم بتوظيف معظم تلك الحواس في أن واحد لتتم عملية الربط بين العلاقات و الوصول إلى ما يريد.

ولقد أصبحت الحاجة إلى تنمية حاسة اللمس لدى الكفيف هامة و ضرورية بالقدر الذي توافرت به فرص تربية و تعليم المكفوفين في المؤسسات التربوية المختلفة و الاتجاه إلى دمجهم في المدارس العادية.

وتعتبر حاسة اللمس بالنسبة للكفيف الوسيط الذي يمكنه من تذوق الشعور بجمال العالم الخارجي كما أنها مصدر من مصادر اكتساب الخبرات و وسيلة من وسائل اتصاله بالعالم الخارجي ففي الأيدي تجتمع أدوات البحث و المعرفة و العمل و من ثم فهي تؤثر تأثيراً جوهرياً في حياته الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية حيث يتعرف بواسطتها على ملامس الأشياء مميزاً بين الخشونة و النعومة و الصلابة و الليونة و الجفاف و الرطوبة و الزوايا و المنحنيات و الحدة و الرقة و النبض و الاهتزازات إضافة إلى الربط بين أحجام الأشياء و أشكالها و أبعادها المكانية.

إن حاسة اللمس يمكنها الاستجابة للعديد من المثيرات الميكانيكية و الحرارية و الكهربائية و الكيميائية إذ أن المستقبلات الجلدية مهياً لاستقبال المثيرات المتنوعة لإعطاء حقائق عن البيئة و عناصرها الملموسة ، فالمثيرات اللمسية تعمل على إيصال الطفل الكفيف بالبيئة من حوله فيؤدى ذلك إلى حدوث نوع من الارتباط بينه و بين المؤثرات الخارجية التي تؤثر على نمو و عيه اللمسي.

ولقد أدركت بعض المجتمعات المتقدمة أهمية حاسة اللمس بالنسبة للكفيف و استحدثت نوعاً من التدريب اللمسي أطلقت عليه التربية اللمسية أو التعليم باللمس لتزويد المكفوفين بالمعلومات و الخبرات الفنية و الجمالية و التاريخية و الجغرافية و الاجتماعية و ذلك بإنشاء متاحف و معارض يراعى فيها طبيعة الحركة و التنقل لدى المكفوفين لعرض التراث الثقافي و الفني و التاريخي لتلك المجتمعات بطريقة تمكنهم من الحصول على المعلومات و الخبرات

عن طريق لمس المعروضات واحتوائها بجانب معرفة المعلومات عنها بواسطة الكتابة البارزة الموضوعية على كل قطعة معروضة كنماذج للطائرات والقطارات والسفن والمنازل القديمة وأدوات الحرب وأدوات الزراعة والحيوانات والآلات الموسيقية وغيرها من الأشياء التي يمكن أن تكون بعيدة عن إدراك الكفيف أو تخضع لتصوره وتقديره وهو ما يطلق عليه الإدراك اللمسي.

والإدراك اللمسي إما أن يكون احتوائياً أو تكوينياً و يسمى في هذه الحالة اللمس الاحتوائي أو التكويني Synthetic touch و الذي يعنى احتواء الأشياء الصغيرة بيد واحدة أو بكتلتا اليدين واستكشافها ومعرفة طبيعتها بشكل عام أو أن يكون تحليلاً جزئياً ويسمى في هذه الحالة باللمس الجزئي أو التحليلي Analytic touch و يعنى تحسس أجزاء الشيء الواحد جزءاً جزءاً تم تكوين مفهوم واحد لهذه الأجزاء بعد إدراك جزيئات هذا الشيء.

وتوجد فروق بين المكفوفين في استجاباتهم اللمسية للمثيرات الجلدية و يرجع ذلك إلى :
- الممارسة المستمرة و التمرينات الشاقة المتواصلة التي يبذلها الكفيف للحصول على درجة ما من درجات الإدراك اللمسي.

- عملية تنظيم الخبرات و المعلومات اللمسية التي تم الحصول عليها حيث يقوم الكفيف بإحداث نوع ما من الترابط و الدمج بينه و بين الخبرات و المعلومات اللمسية التراكمية للخروج باستجابة معينة.

- إن الفرد المبصر يحصل على انطباعات سريعة و مباشرة عن مرئياته بينما يحصل الكفيف على انطباعات جزئية و بطبيعة عامة عن الملموسات التي تقع في نطاق يده ، من هنا فإن الإدراك اللمسي للكفيف يختلف عن الإدراك البصري لدى المبصر إلا أن الكفيف يمكنه الربط و الدمج و الوصول إلى نتائج تبعاً لممارساته المستمرة و المتواصلة وطبيعة التمرينات و التدريبات التي تعرض لها.

من هذا العرض تبدو أهمية تنمية وتدريب حاسة اللمس لدى الكفيف مبكراً منذ طفولته البكرة و هنا تقع مسؤولية ذلك على الأسرة التي لها دور كبير في استقلالية الكفيف أو اعتماديته فكلما كان تدريب يده على اكتساب الخبرات و المعلومات مبكراً كلما كان لذلك أثر ايجابي على شخصية الطفل الكفيف واستعداده للاندماج في الجماعة و التفاعل معها بسهولة و اعتماده على ذاته و استقلاليته بشكل ملموس ولجونه للأخرين في أضيق نطاق وفي ظروف معينة ، ولكي تنجح الأسرة في مهمتها لتدريب الحاسة اللمسية وتفعيلها يتوجب عليها أن تراعى بعض الاعتبارات الهامة مثل:

- أن تعطى للطفل الكفيف الفرصة للبحث و الإلمام و الإحاطة بالأشياء سواء كان لها صوت أو ليس لها مع مراقبته عن كثب حتى لا يتعرض للأخطار وذلك لتنمية ثقته في ذاته و تعوده البحث الذاتي دون الاعتماد على الآخرين إلا في بعض المواقف .

- عندما تقدم شيئاً للطفل الكفيف يجب أن تضعه في يده حتى يتعود استخدام الأيدي في التعرف على الأشياء وطبيعتها وحجمها وشكلها ومن ثم تدريب الحاسة اللمسية وتقوية التآزر العصبي.

- يجب أن يقترن تقديم الأشياء للطفل الكفيف و خاصة في يده بشرح موجز عن طبيعتها وتشكيلها وصفاتها وأهميتها وأحجامها وحرارتها وما إلى ذلك حيث أن الطفل الكفيف لا

يثيره اسم الشيء وإنما صفاته و شكله و حجمه وطبيعته وذلك لارتباط اسم الشيء بطبيعته في ذاكرته وحتى إذا ما تكلم عن ذلك الشيء كان معروفا لديه فهو يتكلم عنه كما يراه الطفل المبصر.

- يمكن أن تلجأ الأسرة إلى أسلوب المناقشة عند تدريب حاسة اللمس لدى طفلها الكفيف كأن تضع بين يديه شيئين مختلفين في طبيعتهما وصفاتهما ومتفقين في حجمهما مثل كرة قدم وبطيخة متقاربتين في الحجم ثم تدير حوارا حول ملمس كل منهما وكتلتها والصوت الصادر عنها نتيجة الطرق عليها فعن طريق هذا النمط من الحوار وغيره يتم إثارة انتباه الطفل الكفيف وإدراكه فيلمس الأشياء بانتهاء ويعقد مقارنات سريعة بينها من حيث الخصائص فتزداد قدرته من مجرد اللمس إلى التعلم عن طريق اللمس ومن ثم ترتفع مقدرة اللمس لديه وبزيادتها تزداد إمكانية إدراكه الفعلي حيث أن تكوين الانطباعات الحسية و الربط بينها وبين المعلومات التي تم الحصول عليها تعد عملية عقلية تقوم على إدراك العلاقات والربط بينها والاستفادة من كل جزئية يمكن الحصول عليها.

إن إدراك الكفيف للمس يتطور بالوعي و الانتباه للمثير الحسي تبعا لطبيعة ملمسه و حرارته أو اهتزاز سطحه وتنوع محتوياته ، إضافة إلى أنه يستوعب شكل الشيء الملموس عندما تمسك يده به ؛ إذ أن حمل الشيء الملموس باليدين يساعد الطفل الكفيف على اكتشاف وتمييز عناصره وكذلك معرفة ثقله ووزنه وكتلته، ويعتبر كل ذلك تمهيدا لتعليمه طريقة ” برايل ” في القراءة والكتابة وذلك لأن معرفته برموز ” برايل ” من خلال اللمس تعد مهارة معقدة ترتبط بالناحية التجريدية من إدراكه المعرفي حيث يحتاج الإمام بتلك الرموز إلى مستوى من الإدراك للمس مساويا تقريبا للإدراك للمس الخاص بالكتابة لدى الطفل المبصر.

وإذا كان اعتماد الطفل الكفيف على حاسة اللمس يشكل أهمية كبيرة مع حاسة السمع وباقي الحواس الأخرى في إدراك السطوح و الأحجام والتمييز بينها أو في القراءة والكتابة وفي الحصول على المعلومات والخبرات التي تمكنه من التوافق مع ذاته ومع بيئته كان من الضروري والمناسب والحالة كذلك تنشيط وتنمية حاسة اللمس وتدريبها منذ وقت مبكر على بعض التمرينات والتدريبات الخاصة بذلك، وهذا هو الهدف الأساسي من تلك الورقة والذي حدا بالباحثين لاقتراح برنامج تدريبي يشتمل على عدد من الجلسات التي تعمل على تنمية الحواس المتبقية لدى الطفل الكفيف وخاصة طفل مرحلة رياض الأطفال مع مراعاة الأسس النظرية (تربوية، نفسية) للبرنامج من تعلم ذاتي ومراعاة لاهتمامات وميول الأطفال وإثارة الدافعية للتعلم لديهم وغيرها من الأسس التي تبنى عليها البرامج التربوية وعلى المربي أو المدرب عند قيامه بمهمة تنمية حواس الطفل الكفيف في هذه المرحلة أن يراعى عدة اعتبارات هامة منها:

1. أن الطفل الكفيف في عمر الخامسة وما قبلها يستخدم جسمه للحصول على المعرفة من البيئة و لفهم الفراغ من حوله.
2. أن يقوم بتوفير ظروف التدريب المناسبة حتى يصل الطفل الكفيف إلى الأشياء بنفسه.
3. أن يدرك الطفل الكفيف مفهوم جسمه في الفراغ وذلك لأنه يدرك العلاقات ذات المعنى بالنسبة له بواسطة الحركة.

4. يقوم المدرب بمناقشة الطفل الكفيف مناقشة لفظية خلال عملية الإثارة اللمسية ليذكر مغزى و مفهوم تلك المثيرات.
5. أن يراعى المدرب عدم تراحم المعلومات و كثرتها حتى لا تؤدي إلى إرباك الطفل بل يجب أن يكون هناك قدرا من المعلومات ذات التسلسل مع الاستمرار في التفسير المناسب.
- المراجع المعتمدة :**
- 1- جمال محمد الخطيب ومنى صبحي(2009) المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، ط1.
 - 2-محمد احمد خطاب (2005) سيكولوجيا الطفل التوحدي تعريفها ،أعراضها ،تشخيصها ،أسبابها ،التدخل العلاجي دار الثقافة ،عمان
 - 3-سهير الصباح (2017)فعالية استخدام برنامج تيتش في تنمية المهارات الحسية والادراكية للاطفال ذوي التوحد المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية المجلد 2 العدد03 ص332-353.
 - 4-مصطفى نوري القمش(2011) التوحد ،دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان ،ط1الأردن
 - 5-عبد الرحمان سيد سليمان(2000)الذاتوية وإعاقة التوحد مكتبة زهراء الشرق ط1
 - 6-جيهان مصطفى(2008) التوحد مجلة الابتسامة .
 - 7-أميرة طه بخش(2000) المبادئ والأسس التربوية للطفل المتخلف ذهنيا ،كلية التربية جامعة أم القرى(ص13-29)
 - 8-كوثر جميل سالم بلجون (2009)مناهج وطرق تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة
 - 9-مصطفى ناصف ترجمة غسان عبد الحي أبو فخر (1989) سلسلة كتب صادرة عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب-الكويت 1989.
 - 10-فريدة بولسنان, & أ. اسمهان بلوم(ب.ت). طرائق التدريس ودورها في تنمية التفكير الإبداعي عند الطفل المتمدرس).
 - 11-مرودة محمد الباز ،طرق التدريس ذوي الاحتياجات الخاصة ،كلية التربية مصر
 - 12-عبد عوز أبو دنيا وأحمد عبد اللطيف ابراهيم (2003)،سيكولوجية الإبداع،كلية التربية
 - 13-عبد العلي الجسماني (1995)،سيكولوجية الإبداع في الحياة الدار العربية للعلوم ط1.
 - 14-كامل الشرييني منصور(2011)الاتجاهات الحديثة في التشخيص والتقويم العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة،دار العلم والإيمان للنشر ط1.
 - 15-نصر الدين جابر (2015) دروس في علم النفس الفيزيولوجي

16- أحمد علي ابراهيم خطاب ،طرق واستراتيجيات التدريس لذوي صعوبات التعلم كلية التربية المكتبة الالكترونية

17- فطيمة دبراسو ،محاضرات في الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل، جامعة محمد خيضر بسكرة 2015-2016.

18- خالد البلاج(ب.ت) ،إعداد برامج تربوية لذوي الإعاقة السمعية .