

مقياس التربية العلاجية والتعليم المكيف تقديم الدكتورة عدة زهرة

التعريف بالمقياس :

مقياس التربية العلاجية هو مقياس سداسي موجه للسنة الثانية تخصص تربوي ويدرس في السداسي الرابع وهو ينتمي الى وحدة المقاييس الأساسية وهو من أهم المقاييس خاصة أنه يهتم بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة .

عنوان الليسانس: السنة الثانية

مقياس : التربية العلاجية والتعليم المكيف (التربية الخاصة)

السداسي: الرابع

أهداف التعليم:

أن يتعرف الطالب على التربية الخاصة وذوي الاحتياجات الخاصة

المعارف المسبقة المطلوبة :

- أن يكون للطالب معلومات كافية في علم نفس النمو ومظاهر النمو وخصائصه

محتوى المادة:

- ماهية التربية الخاصة وذوي الاحتياجات الخاصة.

- طرق تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة

- أنواع ذوي الاحتياجات الخاصة (فئات التربية الخاصة)

- معلم التربية الخاصة.

- التشريعات وقوانين ذوي الاحتياجات الخاصة

- الرعاية الاجتماعية والنفسية لذوي الاحتياجات الخاصة.

- تربص ميداني (قصير) في مؤسسات التربية لذوي الاحتياجات الخاصة.(يحدد حسب الظروف والإمكانات

الخاصة لكل جامعة).

طريقة التقييم: إمتحان كتابي في نهاية السداسي بالنسبة للمحاضرات

المحاضرة الأولى: التربية الخاصة مفهومها وفئات ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

للحديث عن التربية العلاجية أو ما يعرف عامة بالتربية الخاصة لأن التسمية الأولى غالباً ما توجه فكرنا نحو كل ما هو علاجي في حين أن التربية الخاصة مجموعة خدمات لا تقتصر على العلاج فقط بل أيضاً تسعى لوضع برامج تعليمية وتربوية لجميع الفئات الخاصة لذلك فماهي التربية الخاصة وماهي أهدافها:

تعريف التربية الخاصة :

هي مجموعة من البرامج المتخصصة والمصممة بشكل خاص لمواجهة حاجات الأفراد المعاقين والتي لا يستطيع معلم الصف العادي تقديمها وذلك ممن أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف (مروة محمد الباز، 2010 ص6).

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 اجل 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- اعداد وسائل البحث العلمي الحديثة من اجل الاستفادة من قدرات فئات التربية الخاصة ومنها فئة الموهوبين واكتشافها وتوجيهها وتوفير الفرص المناسبة لهم جميعاً حتى يستطيعوا المساهمة في تطور المجتمع .(مروة الباز، 2010 ص8)

من الاعاقة الى ذوي الاحتياجات الخاصة :

خلق الله سبحانه وتعالى الخلق جميعاً بتفاوت في كل شيء فلا يوجد أحد يشبه الآخر من

حيث الشكل والملامح، القدرات والقوة والحالة الصحية، ولكن لا يوجد منهم أحد مهما بلغت قوته أن يعيش فهم تلك الجماعة التي تفقد لأحد أو بعض الفئات الخاصة بمفرده بل إن الكل في حاجة إلى الآخرين، أما عن الحواس مما يكون لذلك تأثير عليهم في الحياة

مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة يُعرف لغةً بالمعاقين، ومفرده معاق ومصدر الفعل الرباعي (أعاق)، ويشير إلى من كان به عاهة أدت لعرقلته والحلول دون مقدرته على التكيف مع الحياة العملية اليومية، بينما التعريف في الاصطلاح فقد تم وضعه من قبل منظمات حقوق الإنسان بهدف التوقف عن قول مصطلح (المعاقين) واستبداله (ب)ذوي الاحتياجات الخاصة

إذ أن أبحاث علم النفس أشارت إلى أن لفظ المعاقين يترتب عليه تأثير سلبيًا على نفسية من وجه إليه، بينما الفئات الخاصة يقصد به فئة من الأشخاص لا تتمكن من تأدية مهامهم اليومية مثلهم في ذلك مثل الأصحاء، وهو

ما قد يرجع السبب فيه إلى إصابة تعرضوا لها أدت إلى تشوّههم، وفقد العضو المصاب المقدرة على أداء وظيفته، أو ابتلاء ولدوا به مثل الخلل العقلي أو الجسمي مما يجعلهم لهم احتياجات خاصة بجميع نواحي الحياة وقد تم الاستعاضة بمصطلح الفئات الخاصة أو ذوي الاحتياجات الخاصة بدلاً عن المعاقين لما تحمله تلك الكلمة من أثر سيء وسلبى على مشاعرهم وحالتهم النفسية، وقد تزايد العمل على الاهتمام بهم رعايتهم من قبل الدول والهيئات من أجل تلبية رغباتهم واحتياجاتهم ومن أبرز تلك الهيئات هيئة الأمم المتحدة مع النظر إليهم بنظرة غير آدمية من من هم ذوي الاحتياجات الخاصة وقد كان في الماضي يتم طرح تساؤل قبل من لا يعرفهم والغير مدركين لطبيعتهم، كما كان يتم تجنبهم مما دفع أهلهم لحبسهم أو منعهم من التعامل مع مما جعلهم يفتقدون الناس والاختلاط بهم لتجنب ما يتلقاه أبنائهم من أذى نفسي وتعليقات تحمل السخرية، الحصول على فرصة ممارسة الحياة بشكل طبيعي مثلهم في ذلك مثل غيرهم من الأشخاص العادية، ولا يتاح لهم الحصول على كام حقوقهم التي توفر لهم حياة كريمة والاستمتاع بها مثل الأصحاء.

المحاضرة الثانية : التعرف على فئات ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد :

للتعرف على فئات ذوي الاحتياجات الخاصة لابد من التطرق لأهم التصنيفات التي تناولت هذه الفئات من الافراد كمايلي :

انواع الفئات الخاصة: التصنيف النوعي لذوي الاحتياجات الخاصة:

لكي يتم التعرف وأنواعها فئات ذوي الاحتياجات الخاصة عمل خبراء التربية الخاصة على وضع تحديد وتقسيم على الأسلوب الأمثل من حيث الناحية التربوية في التعامل مع كلاً منهم وفقاً لحالته الصحية وقد جاء ذلك

التقسيم على النحو الآتي:

ذوي الإعاقة الذهنية:

أحياناً ما يولد بعض الأشخاص ببعض الإعاقات الذهنية والسبب في ذلك وجود عوامل وراثية أو خلل جيني يترتب عليه وغيرها من العوامل مثل التوحد أو متلازمة داون وغيرها من أسباب الإعاقات الذهنية المختلفة أن يصبح ذوي الإعاقة الذهنية لديهم قدرات عقلية وصفات مظهرية مختلفة عن غيرهم من الأطفال الأصحاء، لذلك يتم توفير برامج تعليمية وتربوية خاصة بهدف مساعدتهم على التعلم والفهم

ذوي الإعاقة الحركية:

هي تلك الإعاقة التي إما يولد به الشخص أو يكتسبها بسبب التعرض لمرض أو لحادثة مثل فقدان أحد الأطراف أو مرض شلل الأطفال وغيرها

مما يترتب عليه حاجة صاحب هذه الإعاثة إلى أن يتوفر لديهم كافة مقومات ومهارات التعلم حيث إن جل ما ينقصهم هو المقدرة على القيام بمختلف الأنشطة الحركية مما يجعلهم في حاجة كذلك إلى تلقي اهتمام ورعاية خاصة كالعامل على اصطحابهم لمراكز التعلم ومساعدتهم في غيرها من **تغذية الفئات الخاصة** أداء القيام بمختلف الأنشطة التي لا يتمكنون من تنفيذها دون مساعدة مثل أمورهم الحياتية.

ذوي الإعاقة السمعية:

وهم من يعانون من حالة ضعف شديد بحاسة السمع أو كامل الفقدان للمقدرة على السمع، وهو ما يعني انعدم المقدرة على سماع ما يحيط بهم من الأصوات حتى باستخدام الأدوات الطبية والسماعات المختلفة الخاصة بمن يعانون من ضعف السمع

ومن أجلهم يتم تخصيص برامج تعليمية وتربوية تهدف لتعليمهم لغة الإشارة

ذوي الإعاقة البصرية

وهم الذين يعانون من ضعف بالغ في النظر أو ما يصل إلى حالة الفقد التام لحاسة النظر، ولكن يبقى لديهم مقدرة على التعلم بواسطة الأساليب والطرق المختلفة الأخرى المخصصة لتلك الفئة من الإعاقة مثل الاستعانة بالمعينات البصرية أو تعلم طريقة برايل

ذوي صعوبة التعلم

وهم من يعانون من حالة تأخر أو عجز عجز بوحدة أو (Learning Disabilities) تعرف في الإنجليزية بـ أكثر من مختلف المهارات التعليمية ومنها ضعف الفهم أو ضعف المقدرة على النطق وتعلم اللغة والقراءة والكتابة وانعدام المقدرة أو ضعفها على القيام بالعمليات الحسابية البسيطة و افتقار مبادئ الفهم

ولكن لا يصنف من بينهم أصحاب الإعاقة البصرية أو السمعية الذي تعرضوا إلى الحرمان التعليمي والثقافي

ذوي الإعاقات المتعددة:

وهم من يعانون ليس من إعاقة واحدة بل أكثر من ذلك؛ إذ أحياناً ما يحدث أن يجمع لدى الشخص الإعاقة السمعية، البصرية، الذهنية وغيرها من الإعاقات، يكونوا في حاجة للمزيد من الاهتمام والرعاية ومختلف الأساليب التعليمية لمساعدتهم قدر المستطاع على التأقلم مع تلك الإعاقات.

التصنيف على أساس الأسباب:

اعتبر الأطباء أن كل سبب أو كل مجموعة من الأسباب المرضية المتشابهة، تؤدي إلى نوع من أنواع الإعاقة العقلية، وحسب هذا التصنيف توضع الإعاقة العقلية في فئات حسب الأسباب الطبية للحالة، ويكون الغرض من التقسيم التعرف على الأسباب وتحديد العلاج الطبي المناسب والاستفادة من تحديد إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية.

ويعتبر تصنيف تيريد جولد من أقدم التصنيفات السببية حيث يصنف التخلف العقلي إلى الفئات التالية:-

تخلف عقلي أولي وتشمل الحالات التي تعود لأسباب وراثية.

تخلف عقلي ثانوي وتشمل الحالات التي تعود أسبابها إلى عوامل بيئية، مثل الأمراض أو التشوهات الخلقية والتي تحدث قبل وأثناء الولادة.

تخلف عقلي مختلط (وراثي وبيئي) والتي تشمل الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معاً.

تخلف عقلي غير معروف الأسباب، والتي يصعب فيها تحديد الأسباب التي تؤدي للإعاقة العقلية وهناك أيضاً التصنيفات الطبية ومن أهمها تصنيف الجمعية الأميركية للتخلف العقلي:-

تخلف عقلي مرتبط بأمراض معدية مثل الحصبة الألمانية والزهري خاصة إذا حدثت في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل.

تخلف عقلي مرتبط بأمراض التسمم مثل إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص.

تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن إصابات جسمية مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها لأي سبب من الأسباب.

تخلف عقلي مرتبط بأمراض التمثيل الغذائي مثل حالة الفينيل كيتون يوريا.

تخلف عقلي مرتبط بأمراض غير معروف سببها وتحدث قبل الولادة أو بعد الولادة.

تخلف عقلي غير مرتبط بأسباب عضوية مثل التخلف العقلي الناتج عن عوامل أسرية.

التصنيف على أساس شدة الإعاقة أو نسبة الذكاء.

التصنيف تبعاً لنسبة الذكاء الذي اقترحه جروسمان (1973، 1983) وتبنته الجمعية الأميركية للتخلف

العقلي فقد اعتبر حالات التخلف العقلي هي الحالات التي ينخفض أداؤها العقلي عن المتوسط بانحرافين معياريين على الأقل فأصبحت تقع تحت (70) على مقياس وكسلر، وتحت (68) على مقياس بينيه.

ويعد تصنيف الإعاقة العقلية حسب درجة الإعاقة هو الأوسع انتشاراً واستخداماً، لأنه يعتمد على مستوى الأداء الوظيفي العقلي من ناحية، وعلى درجة النمو والنضج، بالإضافة إلى درجة القصور في السلوك التكيفي من ناحية أخرى، ويمكن تصنيف المعوقين عقلياً وفق هذا التصنيف إلى:-

تخلف عقلي بسيط (Mild Mental Retardation) تمثل هذه الفئة (85%) من المعوقين، ويطلق عليهم القابلين للتعلم، وتتراوح نسبة ذكائهم بين (55-70) درجة، حيث يتوقف النمو العقلي في الرشد عند مستوى طفل عادي يتراوح ما بين (7-10) سنوات، و(9-12) سنة تقريباً.

تخلف عقلي متوسط (Moderate Mental Retardation) ، تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (35-50) أو (40-55) درجة، ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3-7) سنوات) أو (6-9) سنوات، وتشكل هذه الفئة ما نسبته (10%) من الأطفال المعوقين عقلياً. ويطلق على هذه الفئة القابلين للتدريب.

تخلف عقلي شديد (Severe Mental Retardation) ، تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (20-35) أو (25-40) درجة، ويكون العمر العقلي لهم من (3) إلى أقل من (6) سنوات.

تخلف عقلي شديد جداً (Profound Mental Retardation) : نسبة ذكاء هذه الفئة أقل من (20) درجة، ويقع حوالي (1-2%) من المتخلفين ضمن هذا المستوى، أما العمر العقلي لهم فهو أقل من (3) سنوات.

التصنيف على أساس المظهر الخارجي (الإكلينيكي).

يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملاحج الجسمية والتي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية بالإضافة إلى عامل الذكاء المنخفض، ومن أهم الأنماط الإكلينيكية للمتخلفين عقلياً وأشدها شيوعاً ما يلي:-

حالات المنغولية أو عرض داون (Dawns Syndrome) وتمثل (10%) من حالات التخلف العقلي المتوسط والشديد.

حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly) : هو تراكم السائل النخاعي الشوكي داخل الجمجمة مما يؤدي إلى زيادة الضغوط فتتلف أنسجة الدماغ، وترجع زيادة هذا السائل إلى اختلال إعادة امتصاصه أو وجود عائق يمنع جريانه.

حالات القماءة أو القصاع (Cretinism) : تعتبر حالات القماءة (قصر القامة) من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، حيث يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط، وقد لا يتجاوز طول الطفل (60-70سم) في مرحلة المراهقة (16-18) سنة، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (25-50) درجة.

حالات كبر حجم الدماغ (Macrocephaly) : تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم وزن الدماغ نتيجة لزيادة المادة البيضاء والخلايا الضامة بالمخ، وترجع إلى وجود عيب في المخ انتقل عن طريق الجينات الوراثية مما أدى إلى النمو الشاذ في أنسجة المخ، كما يكون عمر هذه الحالات قصيراً فيما عدا الحالات غير المصحوبة بتشنجات عصبية، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة (4 5) سم مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة.

حالات صغر حجم الدماغ (Microcephaly) : تتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ، نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية فلا يتجاوز محيط الجمجمة (5-20) سم مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للعاديين حيث يكون عند العاديين (5-33) سم.

حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria) (PKU) عبارة عن اضطراب في التمثيل الغذائي ينتج عن فقدان إنزيم أو الحامض يدعى (Phenylalanine Hydroxylase) يفرزه الكبد، ويساعد هذا الإنزيم على أكسدة الحامض الأميني المسمى فينيل لانين الموجود في البروتين، ويدخل في اللحوم ويؤدي ارتفاع هذا الحامض في الدم إلى آثار سامة على خلايا المخ ينتج عنها موت الخلايا العصبية، وتتميز بانخفاض نسبة الذكاء حيث تقع هذه الحالة ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة والغالبية تقع ما بين (25-50) درجة، وتتميز أيضاً باختلالات عصبية وعقلية وحركية زائدة وانحرافات سلوكية.

رابعاً: التصنيف التربوي.

يستخدم هذا التصنيف ليسهل الجانب التدريبي والتعامل مع الطالب المعوق عقلياً، حيث يتجه المهتمون في التربية الخاصة إلى تقسيم فئات المتخلفين عقلياً حسب قابليتهم للتعلم، ومن أهم هذه التقسيمات تقسيم كيرك وهو:-

فئة بطيء التعلم : وتبلغ نسبة الذكاء من (75-90) درجة.

فئة القابلين للتعلم : وتبلغ نسبة الذكاء من (50-75) أو (55-79) درجة، ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية العادية، إلا أنه يبقى لديهم إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية إذا قدمت لهم فرص التربية الخاصة المناسبة.

فئة القابلين للتدريب : وتبلغ نسبة الذكاء من (30-50) أو (35-55) درجة، وهم غير قادرين على التعلم، إلا أنهم قابلون للتدريب في مجالات المهارات اللازمة للاعتماد على النفس، والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيرة.

فئة الاعتماديين: وتبلغ نسبة الذكاء اقل من (25) أو (25-30) درجة، وهم غير قادرين على الاستفادة من التعلم أو التدريب وهم بحاجة إلى رعاية وإشراف مستمرين.

خامساً: التصنيف على أساس السلوك التكيفي.

التخلف العقلي البسيط : تتراوح نسبة الذكاء لديهم بين (50-69) ويتوقف النمو العقلي عند عمر (10-7) سنوات، ومن صفات هذه الفئة ضعف التحصيل، عيوب في النطق، ويمكن أن يتحمل هؤلاء المسؤولية نحو أنفسهم ونحو أسرهم إذا قدمت لهم الرعاية المناسبة في وقت مبكر، إلا أنهم بحاجة للإرشاد والعناية في المستقبل.

التخلف العقلي المتوسط : تتراوح نسبة الذكاء لديهم بين (49-25) ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3-7) سنوات، ومن صفات هذه الفئة أنهم قادرون على حماية أنفسهم من الأخطار الطبيعية، ويمكنهم تعلم بعض المبادئ الأساسية البسيطة في القراءة والكتابة والحساب والتدريب على بعض الأعمال اليدوية القصيرة، إلا أنهم بحاجة إلى رعاية الآخرين ومساعدتهم في قضاء بعض الحاجات اليومية ولكن لا يستطيع هؤلاء القيام بالحاجات الأخرى بدرجة معينة من الإتقان.

التخلف العقلي الشديد: وتتراوح نسبة الذكاء لدى افراد هذه الفئة إلى أقل من (25) على مقياس الذكاء الفردي، ويتوقف نمو هؤلاء عند مستوى عمر أقل من (3) سنوات، فالمعوق هنا لا يستطيع حماية نفسه من الأخطار الطبيعية، ويفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة والتغذية وضبط عمليات الإخراج، ويحتاج إلى رعاية شديدة من الآخرين في كل شيء وفي جميع الحاجات الأساسية والضرورية.

المحاضرة الثالثة: خصائص ذوي الاحتياجات الخاصة

خصائص ذوي الاحتياجات الخاصة:

تمهيد:

تنقسم خصائص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أربعة خصائص رئيسية وهي (الخصائص العقلية أو المعرفية، الخصائص الجسمية، الخصائص اللغوية، الخصائص الانفعالية والاجتماعية)، ولكل منها وصفه وصفاته المتمثلة فيما يلي:

الخصائص العقلية والمعرفية:

يكون الشخص بها مصاب إما بخلل أو ضعف في تكوين العقل يتواجد لديه منذ مولده ويترتب عليه الكثير من الصعوبات الحياتية حيث تفقده المقدرة على التعلم والتواصل مع من حوله والتي كثيراً ما تبدو على شكله ومظهره ويكون في حاجة دائمة إلى المساعدة لكي يتمكن من التغلب على الصعوبات المترتبة على تلك الإعاقة

الخصائص الجسمية:

يقصد بها التأخر بالنمو الجسدي البالغ حد الإعاقة، ومنها الإصابة بالتشوهات الجسمية في منطقة أو أكثر من الجسم ومن أبرزها الوجه والرأس، والتي أحياناً كما تنتشر بأطراف الجسم السفلي أو العلوي وتنقسم تلك الحالة إلى الإعاقة المتوسطة أو الشديدة مثل الشعور السريع بالإرهاق والإجهاد، وضعف المقدرة على الاعتناء بالنفس، ضعف المناعة والمقدرة على مقاومة الأمراض المعاناة من البطئ في الحركة وإتقان السير، ضعف الاتزان الحركي نتيجة عدم القدرة على التحكم في الجهاز العضلي مثل عضلات الأصابع، اليد والقدم.

الخصائص اللغوية:

يقصد بها ضعف المقدرة على التعلم، ضعف الانتباه والتركيز، والنسيان السريع وهما أهم العوامل التي تساعد الإنسان على التعلم والاستذكار، كذلك يتعذر على الفئات الخاصة التمييز بين الألوان، الأوزان والأحجام المختلفة، المعاناة من التأتأة، والمفردات اللغوية القليلة المفترقة للجودة.

الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

تتواجد تلك الخصائص لدى ذوي الاحتياجات العقلية فهم أكثر من يعاني من عدم التكيف مع الأشخاص والمجتمع كما لا يملكون المقدرة على التمييز فيما بين الانفعالات المختلفة فيما يمرون به من مواقف بالحياة، كما أن من بينهم من يتصف ببعض الصفات مثل العدائية، التردد، فرط الحركة والنشاط، الانسحاب الاجتماعي وغيرها، ومنها الإعاقة النفسية التي تنتج عن إصابة الشخص بأثر ناتج عن اضطراب أو حادثة أو ظاهرة جعلته غير قادر بالانسجام مع المجتمع

المحاضرة الرابعة: التعليم المكيف ومراحله

تمهيد :

عند الحديث عن الفئات الخاصة وعلى وجه الخصوص تلك الفئة التي تتراوح نسبة ذكائه ما بين 55 الى 75% وهي قابلة للتعلم لكن في نفس الوقت لا يمكنها الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية للأفراد العاديين، لذلك اهتمت التربية الخاصة بوضع برامج تناسب وتتلاءم مع خصائصهم العقلية و المعرفية فيما يسمى بالتعليم المكيف فما هو التعليم المكيف ماهي الفئة المستهدفة بهذا النمط التعليمي .

التعليم المكيف في الجزائر ومراحله:

يطلق مصطلح التعليم المكيف في الجزائر على النظام التعليمي الذي يتكفل بالتلاميذ الذين يعانون صعوبات تعليمية ويخضعون للعلاج التربوي/النفسي في أقسام تدعى أقسام التعليم المكيف، وتمنحهم برامج تعليمية مكيفة وتعليمًا نوعيًا و متميزًا يراعى صعوبات التعلم لديهم، معتمداً في ذلك على البيداغوجية الفارقة التي تسمح لهم بتجاوز صعوباتهم، وبالتالي إعادة إدماجهم في الأقسام العادية لمتابعة مسارهم الدراسي بانتظام في المستوى التنظيم البيداغوجي لقسم التعليم المكيف. الأعلى في السنة الدراسية الموالية. وفيما يلي نقدم عرضاً حول

مراحل الكشف، المتابعة والإدماج في التعليم المكيف.

1- الاستكشاف: يعتبر كخطوة أولى مهمة في التعرف على التلاميذ الذين يحتاجون إلى التعليم المكيف، يعني التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم، والتأخر الدراسي العميق. هذا الاستكشاف يعود بالدرجة الأولى إلى معلم القسم الدراسي العادي الذي يزول فيه التلميذ دراسته، بناءً على دوره في ضمان إكساب التعلّمات القاعدية للتلميذ والعلاقة التي تربطه به. ومن الوسائل التي يجب وضعها في متناول المعلم لتسهيل عمله في المرحلة الأولى من الاستكشاف: أ- الاختبارات المعرفية التقييمية التي تحوّل المكتسبات: إذ يعتمد المعلم لتشخيص صعوبات التعلم. على استغلال نتائج الاختبارات التقييمية الخاصة بأنشطة القراءة، الكتابة والحساب.. ب- بطاقة الملاحظة، المتابعة والتقييم: هي وسيلة ثانية لتدقيق واستكشاف التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، كونها تعالج عدة جوانب تتعلق بنمو التلميذ في مختلف المجالات سواء كانت ذهنية، وجدانية، معرفية أو اجتماعية. كما تعتبر هذه البطاقة العنصر الأساسي المكون لملف التلميذ، هذا الملف ذي وضع في متناول مجلس المعلمين، والنموذج التالي يمثل بطاقة لتشخيص صعوبات التعلم..

اسم ولقب التلميذ	الكفاءات المستهدفة	الكفاءات المحققة	الكفاءات التي لم تتحقق	الملاحظات

هذه البطاقة تشتمل على ملاحظات مختصين نفسانيين، مستشار التوجيه المدرسي، أطباء.. وتحتوي على بيانات تخص: تعريف التلميذ، معلومات عائلية عنه وحالته الصحية، حياته المدرسية (الحياة الاجتماعية، القدرة الذهنية، تقويم النتائج من قبل المعلم..)

حياته السيكوحركية، حياته الاجتماعية والوجدانية...

*اختبارات تقويم المكتسبات: من ضمن الاختبارات التي تم وضعها لتقويم مكتسبات التلاميذ: أ- اختبار القراءة: الهدف من هذا الاختبار يتمثل في معرفة الصعوبات التي تعترض بعض التلاميذ واكتشاف الثغرات التي تعيق تعلمهم للقراءة في:

- معرفة الحروف الهجائية والحروف المتشابهة

- ربط الأصوات (عدم تقطيع أصوات الكلمة)

- قراءة الكلمات والجمل والتراكيب.

2- بعد عملية استكشاف التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم أو تأخر دراسي عميق، تأتي الخطوة الثانية وهي التشخيص، وهذا للتأكد من الحالة ونوعها ومستواها وخطورتها، ويستعان في هذه الخطوة بعدة تقنيات ووسائل واختبارات هي:

أ-دراسة الحالة: تركز في منهجها على الفرد وتهدف إلى التوصل إلى الفروض، تعتبر المجال الذي ينظم فيه المختص النفسي ويقيم كل المعلومات النتائج التي تحصل عليها من التلميذ، وذلك بواسطة الملاحظة بأنواعها والمقابلات، بالإضافة إلى التاريخ النفسي والاجتماعي والفحوصات الطبية والاختبارات السيكولوجية...

ب-المقابلة: تستخدم كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية التلميذ، إنها جزء لا يتجزأ نجهده في كل الاختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم مختلف البيانات المتحصل عليها وتساعد في تقديم حلول للمشاكل.

ج-الاختبارات النفسية: مهمة جدا في التشخيص، عبارة عن أسئلة شفوية وكتابية، أو سلسلة من الأعداد أو الأشكال الهندسية، أو صور أو رسومات كاختبارات الذكاء والقدرات والشخصية، على سبيل المثال، مقياس مايكل بيست لتشخيص صعوبات التعلم.

د-الاختبارات التحصيلية: هي اختبارات يقوم بها المعلم من المواد الدراسية التي درسها التلميذ، قصد إجراء تقييم تربوي شامل لتحديد مجال القصور لدى التلميذ، مقارنة أدائه مع أقرانه من نفس السن والصف، تحديد نوع الاضطراب التعليمي الذي يعاني منه..

-بعد التعرف على نوع الصعوبات التي يعاني منها التلميذ، أو نوع ومستوى التأخر، يأتي قرار إحالة التلميذ نحو قسم التعليم المكيف من عدمه(أي جهة أخرى) بموافقة ولي الأمر.

2-المتابعة ضمن قسم التعليم المكيف: تمنح الأولوية في تاطير أقسام التعليم المكيف للمعلمين الذين باثروا العمل في التعليم المكيف، سواء بصفتهم معلمين متخصصين أو عابدين لديهم خبرة، الذين يخضعون إلى تكوين في المجال تنظمه الجهات الوصية.

يتلقى التلاميذ في أقسام التعليم المكيف تعلمًا علاجيا فرديا، بعد تشخيص كل صعوبات أو تأخر كل تلميذ على حدا، ثم وضع خطة علاجية فردية - التي عرفها فاروق الروسان على أنها تلك الخطة التي تصمم بشكل خاص لطفل معين لكي تقابل حاجاته التربوية بحيث تشمل كل الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينه وفي فتره زمنية معينه محدد. كما عرفها جمال الخطيب بأنها تلك الخطة التي تعبر عن أداة لتنفيذ البرنامج وتصمم لطفل معين لكي تلبي حاجاته التربوية، حيث تتضمن ترجمة الأهداف قصيرة المدى إلى دروس شهرية وأسبوعية ويومية-أو يتلقون تعليما في مجموعات مصغرة، بالنسبة للصعوبات المشتركة بين التلاميذ، بإتباع طرائق وأساليب التعلم التعاوني.

-تركز الأنشطة الدراسية على اللغة الأم، وعلى تنمية مهارات التعبير الشفوي والكتابة والقراءة والحساب، أما الأنشطة الأخرى فيتم تعلمها بشكل عادي، مع توظيف تقنيات وطرائق أيضا لمعالجة الصعوبات المعرفية والهيكلية لدى التلاميذ...

وفي نفس الوقت تقوم اللجنة الطبية النفسية التربوية بضمان متابعة مستمرة عن مدى تقدم تلاميذ قسم التعليم المكيف في عملي التعلم، وتشخيص ما يظهر لديهم من صعوبات، مع اقتراح خطط وطرائق لمعالجتها.

-كما يخضع هؤلاء التلاميذ إلى نفس الإجراءات المعمول بها مع زملائهم العابدين المتمدرسين في الأقسام العادية، فيما يتعلق بتقويم مكتسباتهم، وإجراء اختبارات تحصيلية كل ثلاثي، لمعرفة مستوى التحسن الذي بلغوه، كما يخضع هؤلاء التلاميذ إلى عدة برامج بيداغوجية علاجية تساعدهم على تجاوز صعوباتهم، وهذا طيلة مدة تواجدهم بهذا القسم.

3-إعادة إدماج التلاميذ ضمن المسار الدراسي العادي:

تحتوي شروط إعادة إدماج التلاميذ على المستويين المعرفي والسيكولوجي المعايير الموضحة في الجدول التالي:

المعايير المعرفية	المعايير السيكولوجية

القدرة على التذكر القدرة على التركيز	في القراءة: القراءة الصحيحة لجمل
الثقة في النفس الاستقرار النفسي	في الكتابة: الكتابة الصحيحة للحروف والكلمات
القدرة على الاندماج ضمن جماعة	في الحساب: جمع العمليات الحسابية البسيطة

- ومن الشروط البيداغوجية الهامة التي أكد عليها التربويون حول إعادة إدماج التلاميذ ضمن المسار الدراسي العادي ما يلي:
- تسهيل عملية إدماج التلاميذ الذين استفادوا من بيداغوجيا الدعم والمعالجة في الصف الدراسي العادي، بجعلهم شركاء في نشاطات بناءة.
- جعل التلميذ المعاد إدماجه في الصف الدراسي العادي يشعر بان معلمه يهتم به شخصيا ولا يتجاهله.
- تحفيز التلميذ المعاد إدماجه في الصف الدراسي العادي على التعلم من خلال تنشيط اهتماماته ، تعزيز الشعور بالأمن لديه، تقدير أدائه ومكتسباته...
- الاهتمام بالفروق الفردية لدى التلاميذ، واستخدام هذا المبدأ كعنصر ديناميكي في سيرورة عملية التعلم، قصد خلق ظروف جد ملائمة تسهل عملية التعلم لدى التلميذ المعاد إدماجه في الصف الدراسي العادي.
- التقرب من التلميذ المعاد إدماجه في الصف الدراسي العادي، والتعرف على إمكاناته ومؤهلاته الشخصية، والعمل على تيسير التعلم لديه بناءا على ذلك.
- مساعدة التلميذ المعاد إدماجه في الصف الدراسي العادي من خلال تزويده بأدوات منهجية تمكنه من أن يتعلم كيف يتعلم.

المحاضرة الثالثة :

الشلل الدماغي

1-تعريفه:

هو اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالبا اضطرابات حسية وانفعالية.

يعرف أيضا على أنه تغيير غير طبيعي 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 حركي ينتج عن تلف دماغي. يحدث نتيجة لتلف مراكز الضبط الحركي في الدماغ.

-أنه اضطراب ثابت لا يزداد سواء مع الأيام.

-إنه مجموعة من الأعراض المرضية.

-اضطراب في الوظائف العصبية.

-إنه اضطراب في الحركة.

-إنه تستجيب فيه بعض الحالات للتدخل العلاجي.

-إنه ليس قابلاً للشفاء (بيداء علي العبيدي، 2003)

2-أعراض الشلل الدماغي:

تتميز جميع أنواع الشلل الدماغي بتوتر غير طبيعي في العضلات.

مثال:

قد تكون تشوهات في 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 شهراً.

-تظهر فيه عند الأطفال مشاكل تناول الطعام والعاهات الحسية.

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

3-أنواع الشلل الدماغي:

يصنف الشلل الدماغي تبعاً 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 أيضاً (جمال الخطيب، مرجع سابق)

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

إن نظام التصنيف الأكثر شيوعاً وقبولاً هو الذي قدمته الأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي وتبعاً 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 شديداً، 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 التخليجي (اللاتوزاني) (Ataxia):

يتميز بعدم القدرة على حفظ توازن الجسم، يعاني المصاب من انخفاض مستوى التوتر العضلي مثل: بخطى 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 جدا 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 البواليز، 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 الاكسجين للخلايا الدماغية للمولود وقد يؤدي لاتلاف 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 لا بد من الغوص في أصل المصطلح .

معنى التوحد :

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

وأول من أشار الى هذا الاضطراب أو الإعاقة هو الطبيب النفسي كانر 1943Kanner من خلال دراسته على 11 طفلا كانوا مصنفيين 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 أوتيزم 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، وأنشطةً متكررةً مختلفة، ومنها: تكرار الحركات المتنوعة، مثل: الاهتزاز، والدوران، ورفرفة الأيدي.

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

-التعود 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).

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 بصريا 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 البرايل 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 البرايل.

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 وتتنحصر درجة إحصارهم بين 3 / 60 و 70 / 200 و 20 / 200 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 يتشتت 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 عرضاً من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض 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 وعينه 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 بالبرائل 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.

التربية العلاجية والتعليم المكيف
-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 مغطي 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 الجسام 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 الخيرة.

ب-الأذن الوسطى: وتقع ما بين الطبلة والأذن الداخلية وتتكون من الفتحة البيضاوية، والفتحة الدائرية، والعظيمات الثلاثة (المطرقة-السندان- الركاب).

والمطرقة هي أكبر العظيمات وتتصل بالطبلة من جهة والسندان من جهة أخرى وتقوم العظيمات 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:

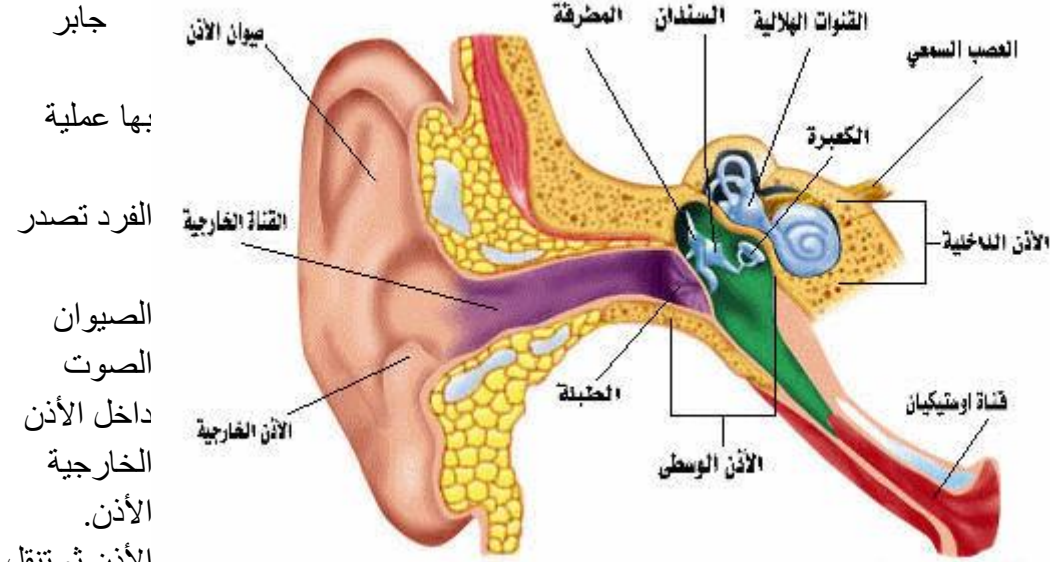
-القنوات شبه الهلالية ووظيفتها:

-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



(نصر الدين

2015: 36)

-الآلية التي تتم

السمع:

1-عندما يتحدث

موجات صوتية.

2-يقوم

بتحديد اتجاه

وتوجيهه إلى

عبر قناة الأذن

فتصطدم بطبلة

3-تهتز طبلة

ذذببتها 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 قتعيق 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 ديسبل 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 خبرة 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 وبتراوح 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 وبتراوح فقد 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 وبتراوح 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 السمع 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 التواصل 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 السمعي 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 ان 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 'audiometre'، 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 النفسي والاجتماعي .
- ✓ 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 اتفقت نتائج عدد من الدراسات في أن متوسط تأخر النمو المعرفي 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 تنوع الأنشطة القصيرة والتعزيز المستمر.

تباين سرعة تعلمهم تبعا 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 او نابغة أو مبتكر وهي تسميات تعبر عن معاني وألفاظ المدح والثناء ومن الناحية اللغوية تكاد تتفق المعاجم العربية والانجليزية على أن التفوق يعد استعداد فطريا غير عادي لدى الفرد ،بينما مصطلح الموهبة إما

كمرادف في المعنى لمصطلح التفوق ،وإما بمعنى قدرة موروثة 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 الاجتماعي 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 مثلا .

-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 مرتفعا في مجال دراسي أو أكثر ،مقارنة بغيرهم بنسبة تميزهم وتؤهلهم لأن يكونوا من أفضل أفراد المجموعة التي ينتمي إليها. أما الموهوب هو الفرد الذي يصل في أدائه إلى مستوى مرتفع في مجال من المجالات الغير أكاديمية ك 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 رئيسا للجمعية الأمريكية لعلم النفس ان العدد الكلي لمختلف الدراسات النفسية بلغ 121000 مائة وعشرون ألفا عنوان من بينها 186 مائة وستة وثمانون عنوان وذلك عبر ربع قرن تقريبا ثم بدأ يتزايد البحث في الابداع مابين الفترة 1950-1960 بنسبة 18%وارتفعت النسبة في الفترة مابين 1960-1670بلغت النسبة 72.5 % . هذا التزايد السريع للدراسات في مجال الابداع يرجع إلى تعقد المجتمع المعاصر الذي يتطلب عددا كبيرا من المختصين الجديرين بحل المشكلات التي تتطلب روح الإبداع (مصطفى ناصف ،1989ص12)

2-مهارات التفكير الابداعي :

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 ابراهيم ،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 واللامنتوية 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، والههم أن يتم تنمية هذا الأسلوب من أجل الحساب الطفل التفكير الإبداعي والإبتكاري وتنميته عنده.

المحاضرة السابعة : برنامج بيكس للتواصل اللغوي للطفل التوحدي

تمهيد :

يتم التواصل بين الأفراد بصفة عامة بعدة وسائل منها اللغة، والإشارة، والنظرة، والإيماءة وغير ذلك. إلا أن اللغة تظل هي الطريقة السهلة والشاملة والمعبرة عن التواصل الحقيقي بين الناس، فكانت محل الإهتمام في برامج التعليم المختلفة من أجل تطويرها وتنميتها.

وتكمن الصعوبة الأساسية لتطور اللغة لدى الطفل الذاتي أنه يعاني من عدة مشكلات تعيق التطور اللغوي لديه هي:

أ- عدم مقدرة على تركيز انتباهه للأشياء التي ينتبه لها الناس من حوله، ونظرا لشرودهم فإنهم لا يستطيعون جذب انتباه من حولهم إلى ما يحبونه ويرغبون فيه، فالطفل الذاتي لا يستطيع أن يذهب بلعبته إلى أبويه ليلعبوا معه كما يفعل الطفل العادي، وبالتالي يصعب عليه تعلم الأسماء واستخدامات اللغة والمهارات الاجتماعية المختلفة.

ب- الطفل الذاتي لا يفهم القصد من التواصل مع الآخرين، ويجهل أن يتحدث معهم قد يفيد في الحصول على ما يرغب.

ت- يعجز الطفل الذاتي عن تعلم الكلام والمهارات الحياتية اليومية عن طريق التقليد كما يفعل الطفل العادي.

ث- يصعب على الطفل الذاتي فهم الرموز وتفهم الدلالات والإشارات المختلفة يتضح من كل هذا أن الطفل الذاتي خاصة من يقل عمره عن خمس سنوات لا يستطيع التكلم ويجد صعوبة في تقليد الآخرين.

برنامج بيكس : Picture Exchange Communication System

لذلك فقد صمم العالمين (بوندى وفروست) هذا البرنامج لمساعدة الأطفال الذاتيين على التعبير عن احتياجاتهم بشكل سهل وسريع من خلال تبادل الصور.

أهمية البرنامج:

تمر اللغة بعدة مراحل لتحقيق هدفها، ففي البداية يكون الاستقبال (سماع الصوت أو رؤية الشئ) ثم تتم الترجمة في المخ لتحول المثير المرئى أو المسوع إلى دلالة معينة ثم تأتي مرحلة الإرسال وهي الرد على المثير أو الاستجابة له فيتم التواصل.

وتفترض طريقة (بيكس) أن الطفل الذاتوى يعاني من صعوبة في ترجمة الكلام والتعرف على الرموز

ودلالاتها، وكذلك صعوبة في اختيار الكلمات المناسبة في السياق المناسب أو حتى كيفية إنتاج الكلمات.

وللتغلب على كل هذا، حسب طريقة بيكس، فإن الطريقة البديلة للغة هي الاستعانة بالصور في تبادل المعلومات مثل الأبيكس الذي يعبر عن مشاعره بالقلم والورقة.

وتتضح أهمية طريقة استخدام الصور في تعليم الذاتويين التواصل من خلال معرفة الجوانب التالية:

أ- ليس من الضروري أن يكون الطفل الذاتي قد تعلم مهارات التقليد أو حفظ بعض الكلمات كأساس للإستفادة من البرنامج.

ب- ليس من الضروري أن يكون الطقل قد تعلم إدامة الإلتقاء البصري عند الطلب.

- ت- ليس شرطاً أن يكون الطفل الذاتوي قد تعود الجلوس لفترة طويلة نوعاً ما.
ث- لا يشترط في الطفل الذاتوي أن يكون قد تعلم مهارة المطابقة بالصور قبل البدء في البرنامج.
ج- ليس هناك حد أدنى لمستوى تطور الطفل قبل البرنامج.
معنى ذلك أن البرنامج يصلح ويناسب كافة مستويات الأطفال الذاتويين.

عوامل نجاح البرنامج:

1- كيفية التواصل: حيث يتم تدريب (تعليم) الطفل الذاتوي على التقاط صورة لشيء يفضله وأن يصل إلى شخص آخر ويسلمه الصورة.

- 2- تشجيع الطفل على المثابرة والاستمرار في جهوده التواصلية بعيداً عن أي تغيير في بيئة التدريب.
- 3- تعليم الطفل التمييز بين الرموز فتصبح الرسائل المتبادلة أكثر دقة وتحديداً.
- 4- إن زيادة فرص التعليم لتصل إلى 30 فرصة يومياً يسهم في زيادة سرعة الإتقان.
- 5- ذكر اسم الشيء المعطى للطفل لتسهيل عملية الربط بين المدلول والشيء نفسه.
- 6- عدم الانتقال من مرحلة إلى أخرى إلا بعد الانتهاء من الأولى وبإتقان تام.
- 7- الصبر والتكرار وعدم استعجال النتائج.
- 8- اختيار أدوات محببة للطفل يسهل حملها والإمساك بها.

المرحلة التحضيرية:

تهتم هذه المرحلة بالحافز الذي يدفع الطفل التوحدي إلى التواصل مع الآخرين، ويتم الاختيار بمراعاة مايلي:

أ- أن نختار الأشياء أو المواد التي يحبها الطفل لتكون الأدوات أو الصور التي ستستخدم في تطبيق البرنامج، ومن غير المقبول أن نفرض عليه أشياء لا يحبها.

ب- أن نبعد عنه الأشياء التي ندربه عليها حتى يضطر بعد ذلك أن يطلبها بنفسه.

ت- تحديد جوانب التعزيز التي سوف تستخدم عند التدريب لتحفيز الطفل على مداومة التدريب بشرط أن تتنوع فلا تكون طعاماً مثلاً، فيجب التنوع بين الطعام والملبس والألعاب.

ث- تحديد الرموز التي ستستخدم مع الطفل كالمجسمات، والصور الفوتوغرافية، والرسومات الملونة، أو نقص أجزاء من علبة الشيء الذي يحبه الطفل (علبة عصير مثلاً) مع ملاحظة استعمال رموز يمكن للطفل أن يمسكها ويتحكم فيها بسهولة.

تطبيق البرنامج:

يمر البرنامج بستة مراحل وتعتبر المرحلة الأولى من أهم المراحل. ونورد فيمايلي توضيح لهذه المراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة التبادل المادي المدعوم:

- وهي من أهم المراحل لأنها تعتبر الأساس في التدريب يتم خلالها التعاون والتواصل بين الطفل الذاتوي وبين المعالج ومساعدته ويتم فيها مايلي:
- يجلس المدرب أمام الطفل مواجهاً له وعلى مسافة قريبة بينما يجلس المدرب الآخر خلف الطفل.
 - يتم عرض الشيء المحبب للطفل في مكان يمكنه من رؤيته ثم يتم إبعاده عن متناول يده (علبة عصير مثلاً).
 - سيبدأ الطفل في التعبير عن رغبته في الحصول على هذا الشيء إما بمحاولة أخذه أو بالصراخ، وفي هذه اللحظة يقوم المدرب الذي يجلس خلف الطفل.
 - هنا يقول المدرب الأول أه تريد العصير (مثلاً) ويعطيها للطفل. وهنا ينبغي إعطاء الطفل الشيء الذي يرغبه بصورة فورية لكي يسهل عليه الربط بين إعطائه الصورة للمدرب وبين الحصول على مايريد

- تكرار هذا التدريب عدة مرات إما من خلال أخذه من الطفل وقول "هذا دورى اللعب أو بإعطائه قليلا منه) في حالة العصور) لكي يطلب المزيد في المحاولات التالية. وكلما ازدادت فرص تعلم الطلب كلما تعلم الطفل بشكل أفضل وأسرع.
- نلاحظ هنا أن المدرب لا يسأل الطفل بقوله "ماذا تريد" في كل مرة يريد أن يطلب شيئا بل يكتفي بعرض الشئ المحبب للطفل و ينتظر منه أن يعطيه صورة الشئ الذي يريده. "إن إحدى الأهداف الأساسية من برنامج بيكس هو أن يطلب الطفل ما يريده دون أن يذكره أحد بذلك"
- يبدأ المدرب الثاني الذي يجلس خلف الطفل من تخفيف مساعدته له بأن يمسه بيده ليلتقط الصورة ويسلها للمدرب الأول. ويستمر خفض المساعدة بالتدرج حتى يتعود الطفل إلتقاط الصورة بنفسه وتسليمها للمدرب الأول.
- يقوم المدربان بتبادل الأدوار حتى يتعود الطفل طلب الشئ من أكثر من شخص.
- يُعطي الطفل في هذه المرحلة 30 فرصة يوميا لطلب الشئ الذي يتدرب على طلبه، وقد ينجح في تعلم ذلك خلال دقائق أو في عدة أيام.
- يتم التعزيز بعد كل محاولة ناجحة من الطفل في طلب الشئ الذي يرغبه.

المرحلة الثانية: مرحلة المثابرة والبعد أو التعميم التلقائية

- ويقوم بها أيضا شخصان، لكن في هذه المرحلة يتعد المدرب الأول عن الطفل مسافة أكبر من الأولى وبالتالي يجب على الطفل أن يبذل جهدا أكبر للوصول إلى المدرب وإعطائه الصورة والحصول على الشئ المحبب له.
- يقلل المدرب الثاني من فرص مساعدته للطفل للحصول على الصورة حتى يحصل عليها بنفسه.
- يستمر المدرب في زيادة المسافة بينه وبين الطفل حتى ينجح في التقاط الصورة والتوجه بها إلى أطول مسافة ممكنة و يضعها في يد المدرب.
- مراعاة زيادة عدد الأشياء المرغوبة عند الطفل وبالتالي زيادة عدد الصور المعبرة عنها حتى تتاح له فرصة الاختيار وتزداد قدرته على المسح البصري للأشياء.

المرحلة الثالثة:مرحلة التمييز البصري

- ويقوم بها فرد واحد فقط هو المعالج أو المدرب الذي يقترب بدوره أكثر وأكثر من الطفل، ويقوم بزيادة عدد الصور بشكل تدريجي مع استخدام أسلوب التعزيز.
- مساعدة الطفل على التمييز بين الصورة المعززة والصورة غير المعززة، فالصورة المعززة يعقبها ابتسامة وتعبير وجهي من قبل المدرب ليوصل للطفل أن اختياره صحيح.
- والهدف من هذه المرحلة هو زيادة انتباه الطفل الذاتوى للأشياء والتمييز بين محتوى الصورة وغيرها من الصور الأخرى، ومساعدته على الاختيار بين ما يرغبه وما لا يرغبه، وتدريبه على فهم معنى الصورة.

المرحلة الرابعة: مرحلة تكوين الجملة :

- وفيها يتم تقديم مجموعة من الصور (50-20 صورة) للطفل ونساعده على اختيار صور تمكن من تركيب جملة بسيطة، فمثلا يضع المدرب امام الطفل صورة بها يد مفتوحة ومكتوب عليها عبارة أنا أريد، ثم يضع صورة أخرى مناسبة لإكمال الجملة كأن يضع صورة لنوع من الحلوى ومكتوب عليها عبارة * حلوى * وتكون النتيجة أن يستخدم الطفل جملة بسيطة لصنع بعض الطلبات التلقائية، وهذا يساعده على تعلم وصف ما يطلبه، وتكرار الكلمات الخاصة بالجمال التي تدرب عليها .

المرحلة الخامسة : مرحلة الاستجابة لطلب الطفل

- وفيها يتم تعزيز التدريبات التي تلقاها في المرحلة الرابعة واستطاع فيها تكوين جملة والتعبير عنها.

- ويتم تدريب الطفل في هذه المرحلة على أن يجيب على سؤال المدرب عندما يسأله " ما تريد " حتى يستطيع أن يجيب " أريد كذا..."
- تعزيز نجاح الطفل في الإجابة على السؤال بجملة "أريد كذا" بمعززات إيجابية.
- تدريبه على الإجابة على نفس السؤال بإجابات أخرى من خلال تغيير السؤال أو الشئ المراد السؤال عنه.
- تعويده الإجابة على السؤال إذا طرحه عليه آخرون(الوالد- الوالدة- المدرس) إن النجاح في هذه المرحلة يؤدي إلى تنمية مهارات الطفل الدقيقة ويكسبه زيادة الإنتباه والثقة بالنفس

المرحلة السادسة : مرحلة الرد التلقائي

وفيها يتم تدريب الطفل على الإجابة على عدة أسئلة مختلفة بطريقة تلقائية.

- فيها يتعلم الطفل الإجابة على أسئلة "ماذا تريد-ماذا ترى- ما عندك-هل تحب هذا" وغير ذلك.
- تعتبر هذه المرحلة من أصعب مراحل البرنامج وتحتاج إلى جهد شاق وصبر كبير ولا ينجح فيها كل الأطفال الذاتويين. ومن ينجح منهم يستطيع التواصل مع الآخرين دون وسيط وهذا هو الهدف الأساسي من البرنامج.

والجدير بالذكر أن هذا البرنامج ساهم بشكل أساسي في زيادة تواصل الأطفال الذاتويين مع المحيطين بهم في البيت والمدرسة والمجتمع باستخدام الصور كوسيلة للتعبير عن الحاجات والرغبات ونقل أفكارهم للآخرين وخاصة الأسرة، كما ساهم في زيادة الحصيلة اللغوية لديهم وساعدهم على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي والتفاعل بشكل أفضل مع الآخرين.

تعليمات لنجاح البرنامج :

تصميم فرص كثيرة لتعليم الطفل كيفية الطلب اكثر من مرة لزيادة السرعة والاتقان على الاقل 30 فرصة خلال اليوم

اذكر اسم الشيء المعطى للطفل لتسهيل عملية الربط بين المدلول والشيء نفسه
عدم السؤال (ماذا تريد) الا في المرحلة الخامسة فقط
تقبل الطفل كما هو ومراعاة القدرة او عدم القدرة

مراعاة الفروق الفردية بين الاطفال حتى وان اشتركا في نفس التشخيص
اختبار الطفل بطريق غير مباشر اكثر من مرة للتأكد من اتقانه للمرحلة التي يتدرب عليها
لا يتم الانتقال من مرحلة الى أخرى الا بعد الانتهاء من الاولى وبتقان تام
الصبر والتكرار وعدم استعجال النجاح.

التأكد من أن الطفل قد أنجز الهدف الأساسي من البرنامج وهو التواصل تلقائياً مع الآخرين من دون وسيط.

أمثلة عن برنامج بيكس :

المرحلة الأولى :

رفع يد الطفل بالصورة المحببة لديه (على الاقل 20 صور)
الهدف الاساسى هو رفع الطفل لصورة المحببة لديه بمجرد رؤيتها ووضعها فى يد المدرب و براعى فيها

اسلوب التعزيز والتدعيم .

المساعدة والاقبال منها تدريجيا

التذكير خلال الفرص المتاحة فى اليوم مع مراعاة الاقل تدريجيا .

سنعرض بشكل موجز هذه الطريقة لتوضيحها في المرحلة الأولى:

The Physical Exchange التبادل الحركي

الهدف في هذه المرحلة أن يلتقط الطفل الصورة المرغوب فيها ويتجه نحو المدرس ويضعها في يده

لكي يكون المدرب على Rein forcer assessment نبدأ هذه المرحلة بتقييم المعززات بالنسبة للطفل وعي مسبق بالأشياء المفضلة جداً لدى الطفل. ويتم بهذه الطريقة:

1- وضع العديد من المعززات (الأشياء المفضلة) أمام الطفل مثل (البطاطس- بونبون- بيبسي) ونلاحظ . أي الأشياء يحاول الطفل الحصول عليها عدة مرات. ولكن نتأكد أن هذا الشيء مفضل عن غيره يجب أن يختاره الطفل ضمن الأشياء على الأقل ثلاث مرات متتالية مع تغيير مكانه ضمن المعززات الأخرى في كل مرة .

2- وضع جدول لترتيب الأشياء المفضلة عند الطفل من مأكولات ... لعب ... أدوات .

3- يتم تصنيف الأشياء في درجات مفضلة جداً / مفضلة فقط/ غير مفضلة .

المرحلة الثانية: ذهاب الطفل الى ملف التواصل ونزع الصورة المحببة لديه الهدف الاساسى في هذه المرحلة زيادة المسافة بين المدرب والطفل ويكون ذلك بزيادة المسافة تدريجياً بين الطفل والصورة

وزيادة عدد الاشياء المفضلة للطفل .

يراعى في هذه المرحلة :

-مساعدة الطفل للمدرب فى اكمال ملف التواصل

-التدريب على المسح البصرى للبحث عن الشيء المضل .

-عدم رفض اى شىء يطلبه الطفل طالما احضره بنفسه

المرحلة الثالثة: يتم فيها :

اختيار الطفل للصورة المحببة لديه من وسط مجموعة صور

الهدف الاساسى من هذه المرحلة هو:

-زيادة الانتباه .

- التعرف على محتوى الصورة ومعناها .

-التمييز بين محتوى الصورة وغيرها .

-الاختيار بين ما يرغبه ومالا يرغبه .

يراعى فيها:

-مراجعة قائمة الاشياء المحببة للطفل

-الانتقال التدريجى بين الصور ورموزها .

-عدم التسرع فى استخراج الاستجابات .

-حمل ملف التواصل فى امكان يذهب اليه الطفل .

-فهم معنى الصورة حتى وان كانت غير ملونة .

المرحلة الرابعة: تم فيها :

(عمل جملة من الصور تبدء ب (اريد.....) من وسط صور (20-50 صورة

الهدف الاساسى من هذه المرحلة هو:

-طلب الطفل للأشياء المفضلة حتى وان كانت خارج نطاق الرؤية .

-التقاط لفظ اريد ووضعها على شريط الجمل بملف التواصل .

-التوجه بالجملة الى المدرب .

يراعى فيها:

تعليم الطفل وصف ما يطلبه.

تكرار الكلمات الخاصة بالجملة التى تدرّب عليها الطفل .

تعزيز الطفل فى كل محاولة .

المرحلة الخامسة: تتم فيها :

(طلب اكثر من شيء بشكل تلقائي والاجابة عن سؤال (ماذا تريد الهدف الاساسى من هذه المرحلة هو:
 -اجابة الطفل عن سؤال ماذا تريد .
 -)..... اتقان الطفل لجملة (اريد .
 -التدرج فى وضع رمز ماذا تريد ثم اريد .
 -التدريب حتى الاتقان .
 -تعميم المرحلة مه الاخرين غير المدرب والاهل .
 يراعى في هذه المرحلة هو :
 -تنمية مهارات الدقيقة لزيادة الانتباه والثقة بالنفس
 -عدم التسرع فى استخراج الاستجابات .
 -تعميم المرحلة مع الاخرين .
 -الاقبال من المساعدة حتى تختفى نهائيا .
المرحلة السادسة يتم في هذه المرحلة مايلي:
 -الاجابة على الاسئلة تلقائيا
 الهدف الاساسى هو :
 -الاجابة عن اسئلة (ماذا تريد-ماذا ترى-ما عندك .
 التواصل مع الاخرين دون وسيط وهو الهدف الاساسى من البرنامج
<http://www.kids-pages.com/flashcards.htm>

المحاضرة الثامنة برنامج تيتش لتعليم التوحديين

تمهيد :

أظهرت بعض النماذج العلاجية فعاليتها في تحسين مهارات الطفل التوحدي اللفظية والتواصلية والاجتماعية وتنميتها من بينها والأكثر شيوعا واستخداما في العالم عامة والجزائر بصفة خاصة في المراكز المتخصصة بذوي الاحتياجات الخاصة 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

حيث يقدم تأهيلا متكاملا للطفل بمساعدته للوصول إلى أقصى مستوى من مستويات الاستقلالية عند الكبر حتى يستطيع أن يتفهم العالم المحيط به من خلال اكتساب مهارات التواصل التي تساعده على التعامل مع الآخرين ،حيث يركز على المهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الادراكية .كما ان هذا البرنامج مصمم بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل ،حيث لا يتجاوز عدد الاطفال في الفصل الواحد(5-7) أطفال مقابل مربية ومساعدة ،ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل (SJ, 2000, pp. 1-31) طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل

كما يعتبر برنامج «تيتش» وهو برنامج علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له احد البرامج العلاجية التي تستخدم مع الأطفال المصابين بالتوحد. ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز كارولينا يسمى بTEACCH. بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث

وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل.

وقد طور هذا البرنامج الدكتور «إريك شوبلر» في عام 1972م في جامعة نورث كارولينا، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين كما يعتبر برنامجاً معتمداً من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام البنية التعليمية أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو المدرسة حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل المصاب بالتوحد وتناسب عالمه. من مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل المصاب بالتوحد كل على انفراد ويقوم «تيتش» بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية والعقلية والعضلية واللغوية ولذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 3-18 سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهم جدا لملء الفراغ وإحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

فالبينة التعليمية لبرنامج «تيتش» بيئة منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية تمكن الطالب من التكيف مع البيئة. ويعمل البرنامج على تهيئة هذه الطريقة من خلال تنظيم المكان والزمان والأحداث بطريقة توضح للطفل ما يلي (ما هو المطلوب منه؟، متى يفترض أن يقوم بعمل ما؟، أين سيقوم بالعمل؟، كيفية انجاز المطلوب، البداية والنهاية لكل نشاط). ويتم هذا التنظيم من خلال دلائل بصرية كالجداول والصور والأنشطة وكروت انتقال تحدد أماكن الأنشطة وتساعد التلميذ التوحدي في معرفة البداية والنهاية لكل نشاط كي تشعره بالأمان حيث انه يعاني بعضا من هذه السلوكيات :

-التعلق بالروتين.

-القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.

-صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.

-صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر.

-صعوبة في فهم الكلام.

-صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.

-تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة الملفوظة.

ويركز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية. ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل. حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5-7 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة.

أهداف برنامج « تيتش »

1- مساندة جهود تخطيط البرنامج التعليمي الفردي للطفل.

- 2- اكتساب مهارات التكيف مع البيئة.
 - 3- وضع أسس التدخل العلاجي لتعديل السلوك.
- المبادئ التي يقوم عليها البرنامج :
- 1- اجراء تقييم رسمي وغير رسمي لقدرات ومهارات الطفل.
 - 2- إن الغرض من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الطفل.
 - 3- يهتم البرنامج اهتماما بالغا بالعلاج المعروف والسلوكي.
 - 4- يركز البرنامج على حل القصور وليس على جانب واحد فقط.
 - 5- استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس والاستفادة من أصحاب الخبرات .

المحاضرة التاسعة: برنامج تحليل السلوك التطبيقي

تمهيد

التعريف بالبرنامج:

هو نهج مثبت علمياً لفهم سلوك تُساهم البيئة في تشكيله، وهو. موجه "ABA" تحليل السلوك التطبيقي للأفراد من ذوي اضطراب طيف التوحد أو من ذوي الاضطرابات السلوكية أو النمائية الأخرى

برنامج شامل مبني على مبادئ تحليل السلوك ويقوم على المبادئ التالية:

تعليم مهارات وسلوكات جديدة .

الحفاظ على السلوكات المرغوبة .

الحد من التداخل بين السلوكات وضبطها .

تحليل السلوك التطبيقي: هو أكثر البرامج اعتماداً من الناحية العلمية والأكثر استخداماً لتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من مختلف الفئات العمرية حول العالم. وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك عدداً قليلاً من المعالجين المدربين والمعتمدين في مجال تحليل السلوك التطبيقي في المملكة العربية السعودية.

ولتطبيق وتدريب الأهل على تحليل السلوك التطبيقي، فلا يزال هناك احتياج لإنشاء برامج تدريب محلية وكذلك ترجمة العديد من المصادر بحيث تكون ملائمة للاستخدام في البيئة العربية. ويتطلب إنشاء هذه البرامج المحلية الربط مع منظمات دولية معتمدة للحفاظ على معايير الجودة. وبدأ المركز جهوده بالتعاون لإنشاء برنامج تحليل السلوك التطبيقي ليكون ذو جودة عالية في مدينة (UNC) مع جامعة نيفادا رينو. الرياض عام 2014. وحتى اليوم تم تدريب ثلاث دفعات

هدف البرنامج :

إن الهدف من هذا البرنامج هو زيادة قدرة المجتمع على تقديم خدمات تحليل السلوك للأفراد الذين يعانون وغيرهم من ذوي الإعاقات النمائية عبر إنشاء برامج تدريبي محلي (ASD) من اضطراب طيف التوحد

ذاتي الدعم في مجال تحليل السلوك التطبيقي بالتعاون مع وكالات الخدمة البشرية والتي بإمكانها أن تلبي احتياجات التدريب العملي للطالب والتي قد تضمن لهم أيضاً فرص العمل في حال التخرج.

ولتحقيق هذا المطلب سيكون هنالك حاجة لدعم خارجي، وهذا الدعم يشمل التعليم والإشراف عن بعد على التدريب العملي من قبل خبراء أجانب لمرحلة ما بعد الماجستير.

وقد بدأ البرنامج التدريبي التأهيلي في مركز أبحاث التوحد لشهادة البورد تحت مسمى محلل سلوكي في الأول من أبريل لعام 2014. وهو برنامج تدريبي (BCaBA) ومحلل سلوكي مساعد (BCBA) معتمد في تحليل السلوك والذي يقدم الجانب التعليمي والأكاديمي والنظري والعملي عن بعد.

هي من أنجع **(ABA (Applied Behavior Analysis) therapy) تحليل السلوك التطبيقي** الطرق وأكثرها انتشاراً و اعترافاً من قبل المختصين. تحليل السلوك التطبيقي اهم

البرامج العالمية لتعديل سلوك الاطفال ذوي الاعاقة بصفة عامة والاطفال التوحديين بصفة خاصة، الذي اثبت في اكتساب اطفال المركز مهارات عديدة في مجالات تعلم اللغة والمهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى تحسين مهارات التعلم لديهم، كما أثبت في التعامل مع الأطفال الذين يعانون من تحديات السلوك المصاحبة لكثير من الاضطرابات النمائية، مثل التوحد وتشنت الانتباه وفرط الحركة. يمكن للأولياء تعلم كيفية أداء تحليل السلوك التطبيقي و العمل عليه بأنفسهم مع طفلهم المصاب في برنامج تحليل السلوك التطبيقي يتم تقسيم المهارات الصعبة والمعقدة إلى مهارات بسيطة يسهل على الأطفال تعلمها حيث يتم إجراء تحليل بسيط لمهارات الطفل من أجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أدائه وسلوكه ويلى هذا التحليل التدخل المنظم لتدريب الطفل على الأداء باستقلالية والعنصر البارز في تحليل السلوك التطبيقي هو التقييم الدقيق والمستمر لأداء الطفل من خلال استخدام الرسم البياني ، ويعد تحليل السلوك التطبيقي ذو فائدة كبيرة بنيت على أساس التحليل والتعامل مع ما يسبق السلوك ونتيجة هذا السلوك.

ووفقاً للنموذج السابق فتلعب نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى من عدمه ، فعندما يتم تعزيز الطفل على سلوك مرغوب قام به فإنه سينزع نحو تكرار هذا السلوك الذي تم تعزيزه وينطفئ السلوك في حالة عدم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكرار هذا السلوك. ووفقاً للقاعدة السلوكية التي تنص على أن السلوك تدعمه نتائجه الفورية، كما ويتم استخدام العديد من الاستراتيجيات التعليمية وهي (التعزيز، التشكيل، التسلسل، النمذجة، الحث).

أولاً : التعزيز:

تعلم وتكرار السلوكيات المرغوبة التي تؤدي إلى الإثابة وتجنب السلوكيات غير المرغوبة التي تؤدي إلى العقاب ويمكن تعريف التعزيز على أنه الوسيلة التي تؤدي إلى تعلم وتكرار سلوك يؤدي إلى إثابة وتجنب سلوك يؤدي إلى عقاب ويحدث السلوك غير المقبول نتيجة خلل أو قصور في هذه العملية نتيجة تعزيز سلوك غير مرغوب بما يزيد من احتمالية حدوث هذا السلوك مرة أخرى حيث أنه يجد ما يعززه فمن الخطأ تعزيز السلوك غير المقبول حيث ذلك قد يؤدي إلى الانطفاء

العوامل المؤثرة في فاعلية التعزيز:

- 1-توقيت التعزيز : حيث يجب أن يكون فورياً وليس مؤجلاً أي يجب تعزيز الطفل مباشرة بعد أداء السلوك.
- 2-مقدار التعزيز: المبدأ العام هنا هو تقليل مقدار التعزيز وعدم إعطائه بكثرة في كل مرة حتى يظل هذا المعزز مرغوباً للطفل كما يجب أن تتناسب كمية المعزز وطبيعة السلوك والجهد الذي قام به الطفل
- 3-انتظار التعزيز: ويعني تعزيز الطفل بعد كل استجابة أو عدد معين من الاستجابات أو عدد معين من الاستجابات أو بعد فترة زمنية محددة.
- 4-اختيار التعزيز المناسب: يجب معرفة المعززات التي يحبها الطفل وترتيبها وفقاً لدرجة تفضيله لها
- 5-تنوع التعزيز: بحيث يكون لكل طفل أكثر من معزز وتشمل هذه المعززات الألعاب والمواد والمأكولات والأنشطة.
- 6-يجب تقديم المعززات الاجتماعية مع المعززات المادية
- 7- عدم إعطاء المعزز للطفل كرشوة كي يتوقف عن البكاء أو الصراخ
- 8-عدم إعطاء الطفل المعزز إلا بعد إنجاز ما يطلب منه إلا إذا كان من الناحية التشجيعية لصعوبة المهمة .
- 9-إتاحة الفرصة للطفل لاختيار المعزز الذي يرغب فيه
- 10-تقديم المعززات بصورة مفاجئة وغير متوقعة مما يجعل الطفل يظهر دافعية أكثر

11- يجب تسمية السلوك الذي يتم تعزيزه خاصة في التعليم المبكر حيث يساعد ذلك على فهم الطفل للسلوك الجيد الذي أدى إلى تعزيزه.

ثانياً : التشكيل:

يعتبر تشكيل السلوك من أكثر الاستراتيجيات المستخدمة بصورة عامة ويتضمن التشكيل تقديم التعزيز بصورة متدرجة عقب السلوكيات التي تقترب أكثر فأكثر من السلوكيات المرغوبة وعند استخدام آلية التشكيل يجب تحديد السلوك إلى وحدات صغيرة ويتم تعليم كل وحدة من هذه الوحدات بشكل منفصل وبعد إنجاز هذه الوحدات الصغيرة يتم مساعدة الطفل لجمع هذه الوحدات معاً لتكوين السلوك المستهدف.

ثالثاً : التسلسل :

تسلسل السلوك عبارة عن أسلوب يتضمن ربط سلسلة من أنماط السلوك البسيط لربطها ببعضها البعض لتكوين سلوك معقد وتزداد فاعلية هذا الأسلوب عندما يكون الطفل قد اكتسب بالفعل عدد من أنماط السلوك بيد أنه افتقر إلى ممارسة السلوك المعقد الأكثر أهمية ويشار إلى أنماط السلوك البسيط في السلسلة بتحليل المهمة حيث يتم ترتيب السلوكيات بتحليل المهمة حيث يتم ترتيب السلوكيات المطلوبة لأداء المهمة وعادة ما يستخدم التسلسل في تعليم مهارات رعاية الذات إضافة إلى إمكانية استخدامها في أي مهارة لها خطوات يتم أداؤها وفقاً لترتيب محدد.

رابعاً : النمذجة:

إن التعلم بالنموذج هو أحد الفنيات السلوكية التي قد يقترن استخدامها بفنيات أخرى مثل التشكيل والتسلسل والحث حيث يتم تقديم نموذج للطفل عن كيفية أداء المهة وقد يكون هذا النموذج المعلم أو أحد زملاء أم شريط فيديو أي أن التعلم بالنموذج يتضمن الإجراء العلمي للسلوك أمام الطفل بهدف مساعدته على محاكاة هذا السلوك.

خامساً : الحث أو التلقين:

يحتاج بعض الأطفال إلى الحث لأداء بعض المهارات أو السلوكيات المطلوبة أو السلوكيات المطلوبة، ويعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الطفل على أداء الاستجابة الصحيحة بما يقلل من خطأ الطفل ويدعم إحساس الطفل بالنجاح، كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الطفل والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي أن الطفل قد يصبح معتمداً عليه لإعطاء الاستجابة الصحيحة إلا أنه يمكن بعد ذلك تشجيع الطفل على العمل باستقلالية عن طريق استخدام الاستبعاد التدريجي.

الاستبعاد التدريجي للحث:

هناك بعض الأطفال يعتمدون على الحث لإنجاز ما يطلب منهم للحصول على المعزز ويساعد الاستبعاد التدريجي للحث الطفل على الوصول إلى الأداء الاستقلالي بأقل قدر من المساعدة