

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministry of Higher Education and Scientific Research

جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة

University of Djilali Bounaama - Khemis Miliana

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

Faculty of Social and Human Sciences

نيابة العمادة لما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

Vice Deanship for Postgraduate Studies, Scientific Research, and External Relations

المجلس العلمي

The Scientific Council



خمس مليانة: 06 أكتوبر 2026

الرقم: 68/2026

مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية رقم 2026/03

المنعقد بتاريخ: 2026/06/03

بالجلسة المنعقدة بتاريخ: 2026/06/03 ، صادق المجلس العلمي لكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية .

جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة على مطبوعة دروس للأستاذ(ة) : لحول فايذة .

موسومة بـ: " مطبوعة بيداغوجية في مقياس سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة "

والموجهة لطلبة قسم : علم النفس وعلوم التربية ، المستوى : السنة الثالثة ليسانس ، تخصص : أرطوفونيا

وذلك بناء على التقارير الإيجابية للأستاذين :

1- د. أمزيان بهية ، جامعة مولود معمري تيزي وزو .

2- د. فارس أم هاني ، جامعة الجيلالي بونعامة - خميس مليانة .

رئيس المجلس العلمي





جامعة البغلة
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

مطبوعة بيداغوجية في مقياس
سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة

موجهة لفائدة طلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص أطفونيا

السداسي الخامس



إعداد الدكتور: حول

السنة الجامعية

2026-2025

توصيف المقرر الدراسي

اسم المقياس	سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة
الفئة المستهدفة	السنة الثالثة ليسانس
التخصص	أرطونيا
السداسي	الخامس
طبيعة المادة	محاضرة مادة ضمن وحدة التكوين الاستكشافية
الرصيد	01
المعامل	01
السنة الدراسية	2025-2026
طريقة التقييم	امتحان كتابي في نهاية السداسي
أستاذة المادة	د. لحول فايزة
البريد الالكتروني المهني	f.lahoual@univ-dbkm.dz

أهداف التعليم

الهدف العام

تأهيل الطلبة للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة عبر تطوير كفاءاتهم النظرية والتطبيقية، وتمكينهم من اكتساب المهارات اللازمة للعمل في ميادين الرعاية والتأهيل وفق المعايير الأكاديمية والمهنية المعتمدة

الأهداف الخاصة

- التعرف على مختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة
- التعرف على الخصائص النفسية والنمائية والسلوكية لذوي الاحتياجات الخاصة.
- اكتساب معرفة علمية حول احتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل رعايتهم.
- تنمية قدرة الطالب على فهم المشكلات والصعوبات التي تواجه ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تدريب الطالب على استراتيجيات التواصل الفعال مع أولياء الأمور.
- تمكين الطالب من تقديم الدعم والتوجيه المناسب لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تعزيز مهارات التنسيق والتعاون بين المختص والأسرة في عملية التكفل، وترسيخ أهمية الأسرة كشريك أساسي في التدخل والرعاية.

المكتسبات

القبليّة

يفترض أن يكون الطالب:

- متمكناً من أساسيات علم النفس العام، بما في ذلك مفاهيم التعلم والسلوك والدافعية والادراك والانتباه... بما يمكنه من فهم الأسس النفسية والمعرفية المرتبطة بذوي الاحتياجات الخاصة.

- ولديه معارف تتعلق بعلم نفس النمو خصوصاً المراحل النمائية للطفل، مما يساعد الطالب على تمييز مظاهر التأخر أو الاضطراب النمائي المرتبطة بالإعاقات.
- معرفة تمهيدية ببعض مفاهيم التربية الخاصة تشمل التعرف على أنواع الإعاقات والفئات المختلفة لذوي الاحتياجات الخاصة، إضافة إلى المفاهيم الأساسية مثل الدمج والتكيف التربوي، لتمكينه من استيعاب مضامين المقياس بصورة علمية دقيقة.

تقديم المقياس

يُعدّ مقياس سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة من المقررات الأساسية في تكوين طلبة الأطفونيا، ويُدرّس هذا المقياس في السنة الثالثة ليسانس أطفونيا ضمن وحدة التكوين الاستكشافية خلال السداسي الخامس معاملة 01 ورصيده 01.

يقدم إطاراً علمياً لفهم الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال ذوي الإعاقات، مع التأكيد على الدور المحوري للأسرة في دعم الطفل، ومكانة الإرشاد الأسري كآلية مرافقة أساسية في البرامج العلاجية. إذن يهدف هذا المقياس إلى تأهيل الطلبة للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة عبر تطوير كفاءاتهم النظرية والتطبيقية، وتمكينهم من اكتساب المهارات اللازمة للعمل في ميادين الرعاية والتأهيل وفق المعايير الأكاديمية والمهنية المعتمدة، وهذا من خلال إكسابهم معرفة علمية حول خصائص ذوي الاحتياجات الخاصة النفسية والنمائية والسلوكية، بما يتيح فهماً منهجياً لاحتياجاتهم ومتطلبات رعايتهم، مع تبصير الطلبة باستراتيجيات التواصل الفعال مع أولياء الأمور، وطرق تقديم الدعم والتوجيه الملائم لمساعدتهم على فهم احتياجات أبنائهم والتعامل معها بطريقة مناسبة، وتعزيز قدرات الطلبة في التنسيق والتعاون مع الأسرة بوصفها شريكاً أساسياً في عملية التدخل والتكفل، بهدف تحقيق تكامل الجهود بين المؤسسة والأسرة لضمان أفضل النتائج.

فهرس المحتويات

الرقم	العناوين	رقم الصفحة
	توصيف المقرر	
	أهداف التعليم	
	تقديم المقياس	
	فهرس المحتويات	
	مقدمة	7
1	المحاضرة الأولى: مدخل إلى ذوي الاحتياجات الخاصة (المفهوم والتصنيف)	8
2	المحاضرة الثانية: الإعاقه العقلية	14
3	المحاضرة الثالثة: الاضطرابات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقه العقلية والتكفل الأطفوني بها	23
4	المحاضرة الرابعة: متلازمة داون	30
5	المحاضرة الخامسة: الشلل الدماغى (الإعاقه الحركية الدماغية)	46
6	المحاضرة السادسة: اضطراب طيف التوحد	58
7	المحاضرة السابعة: اضطرابات اللغة فى اضطراب طيف التوحد والتكفل الأطفوني	69
8	المحاضرة الثامنة: اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركى (ADHD)	81
9	المحاضرة التاسعة: الصمم (الإعاقه السمعية)	90
10	المحاضرة العاشرة: صعوبات التعلم	98
11	المحاضرة الحادية عشر: صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر القراءة)	102
12	المحاضرة الثانية عشر: صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر الكتابة)	107
13	المحاضرة الثالثة عشر: صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر الحساب)	114
14	المحاضرة الرابعة عشر: الإعاقه البصرية	123

133	المحاضرة الخامسة عشر: الإعاقة الحركية	15
138	المحاضرة السادسة عشر: الموهوبون والمتفوقون	16
143	المحاضرة السابعة عشر: الارشاد الوالدي ودور الأسرة في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة	17
148	الخاتمة	
149	قائمة المراجع	



مقدمة:

يشكل التعرف العلمي الدقيق على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة مدخلاً أساسياً لأي ممارسة تربوية أو نفسية أو أطفونية فعالة، إذ تتطلب هذه الفئة فهماً معمّقاً لاحتياجاتها وخصائصها النفسية والاجتماعية والمعرفية، بما يضمن تقديم الرعاية الملائمة لها وفق أسس علمية سليمة، وتأتي أهمية هذا المقياس من كونه يتيح للطلبة بناء تصور شامل حول طبيعة الإعاقات المختلفة وخصائصها في الجوانب السلوكية والانفعالية والمعرفية، الأمر الذي يمكنهم من إدراك الفروق الفردية والتحديات التي قد تواجه هذه الفئة داخل محيطها الأسري والتربوي والاجتماعي.

ويعتمد المقياس على مقارنة أكاديمية تسعى إلى تمكين الطلبة من استيعاب المبادئ الأساسية لسيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، إضافة إلى توضيح الدور المحوري للتدخل المبكر متعدد التخصصات في دعم قدراتهم النمائية وتعزيز فرص تكيفهم واندماجهم.

كما يهدف إلى تكوين الطلبة وتأهيلهم للتكفل بهذه الفئة، من خلال تنمية كفاءاتهم في فهم احتياجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتحليل وضعياتهم، والمساهمة في إعداد خطط الرعاية والتأهيل المبنية على المعرفة العلمية، بما يضمن إعداد مختصين قادرين على تقديم دعم شامل يعزز جودة حياة ذوي الاحتياجات الخاصة ويدعم حقهم في الرعاية والتمكين داخل المجتمع.

يتناول هذا المقياس دراسة فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتعرف على أهم خصائصها، فيشمل المقياس دراسة الإعاقة العقلية، والشلل الدماغي، واضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون، إضافة إلى اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي، كما يهتم بصعوبات التعلم النمائية والأكاديمية بمختلف أشكالها مثل عسر القراءة وعسر الكتابة وعسر الحساب، إلى جانب الإعاقات الحسية كالإعاقة السمعية والبصرية، والإعاقة الحركية، ويختتم المقياس بالتعرف إلى فئة الموهوبين والمتفوقين وخصائصهم وسبل رعايتهم وتنمية قدراتهم.

تمثل هذه المحاور الإطار العام والمجالات الكبرى التي يقوم عليها مقياس سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة للسداسي الخامس، حيث تم تنظيمها وتقسيمها إلى مجموعة من المحاضرات المتكاملة، الموزعة على عدة حصص خلال السداسي، بما يضمن التدرج في تقديم المفاهيم، ويهدف هذا التقسيم إلى تمكين الطلبة من استيعاب محتوى المقياس بصورة منهجية، تسمح بتعميق الفهم، وترسيخ المعارف، وتنمية المهارات البحثية تدريجياً.

المحاضرة الأولى: مدخل إلى ذوي الاحتياجات الخاصة (المفهوم والتصنيف)

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة
- أن يميز الطالب بين مختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

شهد مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة تطوراً منهجياً مهماً خلال العقود الأخيرة، حيث انتقل من النموذج الطبي الذي يركز على القصور الجسدي أو العقلي للفرد إلى النموذج البيئي-الاجتماعي الذي يؤكد أن الإعاقة ناتجة عن تفاعل بين الحالة الصحية للشخص والقيود البيئية والاجتماعية المحيطة به، كما شهد مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة تطوراً واضحاً في الأدبيات العربية، خاصة مع التأثير بالأطر العالمية الحديثة مثل إطار منظمة الصحة العالمية (World Health Organization (WHO) والاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)، وقد انتقلت البحوث العربية من التعريفات الطبية الضيقة إلى تبني منظور شامل يدمج الجانب الصحي مع الجانب الاجتماعي والتربوي والنفسي.

1- مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة

كان النموذج التقليدي يربط الإعاقة بالقصور الجسدي أو الذهني فقط، لكن الدراسات الحديثة والمنظمات الدولية تبنت منظوراً أشمل يجعل الإعاقة حالة ناتجة عن التفاعل بين القصور الفردي والعوامل البيئية والاجتماعية (Shakespeare, 2014).

التعريف الطبي التقليدي: يركز على القصور العضوي أو الفسيولوجي، ويعرّف ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم الأشخاص الذين لديهم عجز جسمي أو عقلي أو حسي ناتج عن إصابة، مرض، أو خلل في الجهاز العصبي أو الحسي يؤدي إلى نقص في القدرات الطبيعية لديهم”. (القريوتي وآخرون، 2000)

تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO)



تعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة وفق إطار ICF بأنها: حالة تشمل ضعف الوظائف الجسدية أو العقلية، والقيود في النشاط، والصعوبات في المشاركة، نتيجة التفاعل بين الحالة الصحية والعوامل البيئية.

(World Health Organization, 2001)

تعريف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD)

الأشخاص ذوو القصور الطويل الأمد جسدياً أو عقلياً أو ذهنيّاً أو حسيّاً، الذي قد يعيق مشاركتهم الكاملة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

إذن يُشير مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات أو تكييفات إضافية تتجاوز ما يحتاجه الأفراد العاديون، بسبب قصور جسمي أو حسي أو عقلي أو نفسي يؤثر في أدائهم. (السرطاوي والحديدي، 2012)

أما التعريف التربوي فيؤكد العلاقة بين قدرات الفرد وظروف التعليم، بحيث يُعرّف ذوو الاحتياجات الخاصة بأنهم: الأفراد الذين يختلف أدائهم التعليمي أو النمائي عن المستوى العادي اختلافاً يستدعي توفير خدمات تربوية خاصة، أو تعديلات في المناهج وطرائق التعليم لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يسمح به نموهم". (عطا، 2010؛ القريوتي، 2000)

وبذلك يركز التعريف على الحاجة التعليمية لا على الإعاقة ذاتها.

يعرّف الاختصاصيون في علم النفس الإعاقة ضمن إطار القصور في الوظائف الانفعالية والمعرفية والسلوكية بما يعيق التكيف السليم مع متطلبات البيئة. (الخطيب، 2003)

ويرى الخطيب والمجالي (2010) أنّ الفرد يُعدّ من ذوي الاحتياجات الخاصة إذا:

- وُجد خلل أو اضطراب في النمو حسي، عقلي، انفعالي، سلوكي...
- أثر هذا الاضطراب في قيام الفرد بوظائفه اليومية

- استلزم تدخلاً خاصاً أو خدمات إضافية

التعريف الاجتماعي

يؤكد الباحثون المتأثرون بنموذج التمكين الاجتماعي أنّ الإعاقة ليست صفة فردية فقط، بل هي حالة تعكس: وجود عوائق اجتماعية أو بيئية تمنع الفرد من المشاركة الكاملة في الحياة العامة، ولذلك يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة إلى تهيئة البيئة بما يضمن تكافؤ الفرص. (السرطاوي والحديدي، 2012؛ الخطيب، 2003)

يقترّب هذا التعريف من ما طرحته اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ودمجته بعض الكتابات العربية الحديثة.

إذن من خلال جملة التعريفات السابقة يمكن صياغة تعريف شامل لذوي الاحتياجات الخاصة كما يلي:

هم الأفراد الذين يعانون من قصور أو اضطراب في حاسة أو وظيفة جسمية أو عقلية أو سلوكية، مما يؤدي إلى احتياجات تعليمية أو اجتماعية أو تأهيلية خاصة، تستوجب تقديم خدمات أو تكييفات إضافية لضمان تكافؤ الفرص والمشاركة الكاملة.

2- تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة

ترتكز التصنيفات الحديثة على مرجعين عالميين أساسيين:

ICD-11 هو اختصار لـ:

International Classification of Diseases, 11th Revision

أي التصنيف الدولي للأمراض – الإصدار الحادي عشر.

وهو يصدر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2019) ويعد المرجع العالمي لتصنيف الأمراض والحالات الصحية، يهدف إلى توثيق وتصنيف جميع الأمراض، الاضطرابات، الإصابات، الحالات الصحية، والإعاقات بطريقة موحدة عالمياً

(World Health Organization, 2019)

ICF التصنيف الدولي للوظائف والصحة والإعاقة، هو اختصار لـ :

International Classification of Functioning, Disability and Health
 أي: التصنيف الدولي للوظائف والصحة والإعاقة، وهو إطار عالمي صادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) منذ 2001.

يعتمد الباحثون حاليًا نموذجًا مزدوجًا يجمع بين التشخيص الطبي (ICD-11) والقياس الوظيفي/البيئي (ICF)

الإعاقات الحسية: التي تشمل:

*الإعاقات البصرية

*الإعاقات السمعية

الإعاقات الحركية:

وتشمل الشلل، البتر، الاضطرابات العصبية العضلية، وإصابات الجهاز العصبي المركزي، التركيز هنا على قياس القدرة الوظيفية والإدماج. (World Health Organization, 2001)

الإعاقات الذهنية والمعرفية: تعرف بأنها قصور في الوظائف العقلية والتكيف الاجتماعي

اضطرابات طيف التوحد

تندرج ضمن فئة الاضطرابات النمائية العصبية في ICD-11 ، ويُقاس أثرها على التواصل والتفاعل الاجتماعي حسب معايير الأداء. (World Health Organization, 2019)

اضطرابات الصحة النفسية ذات التأثير الإعاقى

مثل الفصام، الاكتئاب الشديد، وهي حالات قد تعيق المشاركة الاجتماعية (American Psychiatric Association, 2013).

الإعاقات العصبية

تشمل الشلل الدماغي، إصابات الدماغ المكتسبة، الصرع، السكتة الدماغية.

اضطرابات وصعوبات التعلم

مثل عسر القراءة والكتابة والحساب، وثُقاس بحسب الأداء الأكاديمي والقدرات المعرفية.

الإعاقات المتعددة

وجود أكثر من إعاقة لدى الشخص، مما يستلزم تدخلاً متعدد التخصصات .

فئة الموهوبين والمتفوقين

الأطفال ذوو نقص الانتباه والإفراط في النشاط الحركي حسب ICD-11 التصنيف الدولي للأمراض الإصدار الحادي عشر، يُصنّف اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) ضمن الاضطرابات العصبية التطورية (Neurodevelopmental Disorders)

هذا يوضح أنه اضطراب نمو عصبي يؤثر في الانتباه والسلوك وليس مجرد سلوك عادي، ويُعد حالة صحية معترفًا بها دوليًا من حيث التشخيص الطبي، إذن

ADHD يعتبر اضطراب نمو عصبي حقيقي له تأثيرات في الانتباه والتحكم السلوكي تؤثر على الأداء في الحياة اليومية ، وهو حسب ICF التصنيف الدولي للوظائف والصحة والإعاقة لا يُدرج تلقائيًا كإعاقة، لكنه قد يُعد حالة ذات احتياجات خاصة عندما يؤدي إلى ضعف في الوظائف الأساسية مثل التعلم أو التفاعل الاجتماعي أو أداء الأنشطة اليومية.

خلاصة

شهد مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة تطورًا كبيرًا، حيث انتقل من النموذج الطبي الذي يركز على العجز الفردي إلى النموذج البيئي-الاجتماعي الذي يربط الإعاقة بتفاعل الفرد مع البيئة المحيطة، وقد تأثرت الأدبيات العربية الحديثة بالأطر العالمية مثل منظمة الصحة العالمية واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مما أدى إلى تبني منظور شامل يجمع بين الجوانب الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية.

ويركز التعريف الطبي التقليدي على وجود قصور جسدي أو عقلي أو حسي، بينما ترى منظمة الصحة العالمية أن الإعاقة تشمل ضعف الوظائف والقيود في النشاط وصعوبات المشاركة الاجتماعية الناتجة عن العوامل البيئية والصحية معًا. كما تؤكد الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على حقهم في المشاركة الكاملة والمتكافئة في المجتمع.

أما التعريف التربوي فيربط الإعاقة بالحاجة إلى خدمات تعليمية خاصة وتعديلات في المناهج وطرائق التدريس، في حين يركز التعريف النفسي على القصور المعرفي والانفعالي والسلوكي الذي يعيق التكيف، ويؤكد التعريف الاجتماعي أن الإعاقة لا تعود للفرد وحده بل للعوائق البيئية والاجتماعية التي تحد من اندماجه. ومن خلال هذه التعريفات يمكن اعتبار ذوي الاحتياجات الخاصة أفرادًا يحتاجون إلى خدمات وتكييفات خاصة لضمان تكافؤ الفرص.

كما تعتمد التصنيفات الحديثة على مرجعين أساسيين هما ICD-11 للتشخيص الطبي و ICF للوظائف والصحة والإعاقة.

وتشمل فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الإعاقات الحسية والحركية والذهنية، واضطرابات طيف التوحد، واضطرابات الصحة النفسية، والإعاقات العصبية، وصعوبات التعلم، والإعاقات المتعددة، إضافة إلى فئة الموهوبين والمتفوقين. كما يُصنف اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ضمن الاضطرابات العصبية النمائية التي تؤثر في الانتباه والسلوك والأداء اليومي.

إن تبني إطار التصنيف الدولي للوظائف (ICF) إلى جانب التشخيص الطبي، (ICD-11)، وربطهما بالمبادئ الحقوقية لاتفاقية CRPD، يمثل الأساس العلمي الحديث لفهم الإعاقة كما أنه يمكّن الباحثين وصناع القرار من تطوير تدخلات شاملة تراعي الجوانب الصحية والوظيفية والاجتماعية.

أسئلة التقييم الذاتي للمحاضرة:

يرتكز التصنيف الحديث لذوي الاحتياجات الخاصة على مرجعين عالميين أساسيين.

1. أذكرهما مع تقديم شرح مختصر لكل مرجع.

2. قدم تصنيفا لذوي الاحتياجات الخاصة وفقا لذلك

المحاضرة الثانية: الإعاقة العقلية

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتمكن الطالب من تحديد مفهوم الإعاقة العقلية
- أن يتعرف الطالب على أسباب الإعاقة العقلية
- أن يتعرف الطالب على بعض الأشكال العيادية للإعاقة العقلية
- أن يميز الطالب بين مختلف أنواع الإعاقة العقلية تبعا لدرجة الذكاء والعمر العقلي
- أن يتعرف الطالب على خصائص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية

تمهيد:

تُعَدُّ الإعاقة العقلية من أكثر فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي حظيت باهتمام واسع في مجالات التربية الخاصة وعلم النفس والطب والتأهيل، لما لها من تأثير مباشر في النمو المعرفي والسلوكي والاجتماعي للفرد، وقد شهد مفهوم الإعاقة العقلية تطورًا ملحوظًا، حيث لم يعد يُنظر إليها على أنها مجرد انخفاض في مستوى الذكاء، بل أصبحت تُفهم بوصفها حالة نمائية تؤثر في القدرات العقلية والسلوك التكيفي، وتنعكس على قدرة الفرد في التعلم والتواصل والاستقلالية والتفاعل مع متطلبات الحياة اليومية.

كما أسهمت التصنيفات الدولية الحديثة في توضيح خصائص هذه الفئة ودرجاتها، مع التركيز على الجوانب الوظيفية والتكيفية بدل الاختصار على القياس العقلي فقط، لذلك فإن دراسة الإعاقة العقلية تُعَدُّ ضرورية لفهم خصائص الأفراد المصابين بها، وأسبابها، وطرق تشخيصها، وأساليب التكفل والتدخل المناسبة لتحسين جودة حياتهم ودمجهم في المجتمع بصورة فعّالة.

1- مفهوم الإعاقة العقلية:

تُعرف الإعاقة العقلية أو التخلف العقلي بأنها اضطراب يصيب الدماغ ويؤدي إلى ضعف في الأداء المعرفي، والوظائف العقلية، والمهارات الوظيفية للأفراد في بيئاتهم المختلفة، إضافةً إلى قصور في سلوكين تكيفيين أو أكثر يظهر قبل سن البلوغ. وقد كان يُستخدم قديمًا مصطلح التخلف العقلي للإشارة إلى الأشخاص الذين يقل معدل ذكائهم عن حوالي 70 أو 75. (غزال، 2008)

يشير المصطلح إلى مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحبه خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18 سنة.

2- أسباب الإعاقة العقلية:

ترجع الإعاقة العقلية إلى العديد من العوامل والأسباب، ولا شك أن معرفة هذه الأسباب تساعد على تحديد إجراءات الوقاية من الإعاقة ومنع حدوثها أو التقليل منها. وتنقسم الأسباب إلى: عوامل ما قبل الولادة، أثناء الولادة، وما بعد الولادة.

2-1- عوامل ما قبل الولادة

***العوامل الوراثية:** تكون الإعاقة العقلية نتيجة لبعض الاختلالات المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه، والتي تحمل الصفات الوراثية للإعاقة العقلية. هذا لا يعني أن أحد الوالدين معاق عقلياً، فقد يحمل الأب أو الأم أحد الجينات المتنحية التي تحمل صفات الإعاقة العقلية دون أن يتصف بها.

***اضطرابات الكروموزومات:** يحدث اضطراب أثناء عملية تكوين وانقسام الخلايا، ينتج عنه شذوذ في توزيع الكروموزومات، ويكون هذا الشذوذ في شكل وجود كروموسوم زائد في الخلية يؤدي إلى خلل في تكوين المخ. المعروف أن الطفل العادي لديه 46 كروموزوم، أما المصاب بحالة التيروزوميا، أو كما يعرف بعرض داون، يكون لديه 47 كروموزوم، حيث يحدث الانقسام الثلاثي للكروموسوم 21، فيكون العدد ثلاث كروموسومات بدلاً من اثنين.

***اضطرابات التمثيل الغذائي:** وهي الاضطرابات التي تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة طفرة غير عادية للجينات تؤدي إلى فقدان نشاط إنزيم معين أو انعدامه، مما يترتب عليه تمثيل خاطئ لبعض أنواع الغذاء، وينتج عنها اضطرابات عديدة، منها حالات الفينيل كيتونوريا phenylketonuria – PKU وهو اضطراب في التمثيل الغذائي ناتج عن فقدان إنزيم يفرزه الكبد يساعد على أكسدة الحامض الأميني phenylalanine الموجود في البروتينات الغذائية مثل الحليب. قد يبدو الطفل طبيعياً منذ الولادة، لكن استمرار تناول الطعام المحتوي على هذا الحامض مع العجز عن أكسدته يؤدي إلى تراكمه في دم الطفل، مما يسبب تلفاً متزايداً لخلايا الدماغ.

كما تشمل الاضطرابات حالات الجلاكتوسيميا (galactosémie) ، الناتجة عن قصور عملية تمثيل الكربوهيدرات بسبب فقدان إنزيم يحول مادة الجلاكتوز (السكر الموجود في الحليب) ويأكسدها لتمهيد دخولها في عملية توليد الطاقة في الخلية.

***عامل الريزوس (RH):** يحدث هذا الاضطراب عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين، يعتبر عامل الريزوس أحد مكونات الدم، وعندما يختلف دم الزوجين، ويرث الجنين دم أبيه فيختلف بذلك عن دم الأم، تتكون لدى الأم أجسام مضادة تهاجم خلايا دم الجنين، مما يؤدي إلى تلف المخ.

بالإضافة إلى الأسباب العامة التالية، والتي تشكل أسبابًا لمختلف الإعاقات (السمعية، البصرية...)

***إصابة الأم بالحصبة الألمانية (la rubéole)** في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وهي مرحلة التكوين الجنيني.
***إصابة الأم بالزهري الخلقي (syphilis congénitale)** ، التكسوبلازموس (la toxoplasmose) ومرض فقدان المناعة.

***تناول بعض الأدوية مثل الخاصة بالروماتيزم، أو المشروبات الكحولية.**

***تعرض الأم للأشعة السينية ومختلف مصادر الإشعاع.**

***النزيف الحاد الذي يحدث في الأشهر الأولى إلى غاية الشهر السادس.**

2-2-أسباب متعلقة بفترة الولادة:

***الولادة المبكرة (la prématurité)**

***الصددمات الناتجة عن استعمال الملقط الجنيني (les forceps) أو سقوط الطفل**

Les traumatismes obstétricaux

***نقص الأكسجين، ما يسبب اختناق الطفل (l'anoxie)**

2-3-أسباب متعلقة بفترة ما بعد الولادة:

***التهاب السحايا أو الالتهاب السحائي الدماغي (la méningite / la méningo-encéphalite).**

3- الأشكال العيادية للإعاقة العقلية:

يمكن أن تظهر الإعاقة العقلية في الأشكال العيادية التالية:

* حالات متلازمة داون (les trisomiques)

* حالات كبر حجم الدماغ (macrocéphalie)

* حالات صغر حجم الدماغ (microcéphalie)

* حالات القصاع أو القزمية (crétinisé)

* حالات استسقاء الدماغ. (l'hydrocéphalie)

* بعض حالات الشلل الدماغي أو الإعاقة الحركية الدماغية (infirmité motrice d'origine cérébrale – IMOC).

* التوحد.

4- تصنيف الإعاقة العقلية:

تصنف الإعاقة العقلية حسب الجمعية الأمريكية للضعف العقلي وفق درجة الذكاء، اعتمادًا على مقياس الذكاء مثل Stanford-Binet و Wechsler يُعد هذا التصنيف الأكثر انتشارًا، إذ يعتمد على مستوى الأداء الوظيفي العقلي، درجة النمو والنضج، بالإضافة إلى القصور في السلوك التكيفي.

4-1- الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة

* يطلق عليهم فئة القابلين للتعليم، ويتميزون بالخصائص التالية:

* تتراوح نسبة ذكاء الأفراد بين 50-55 إلى 70-75.

* يتوقف النمو العقلي عند سن الرشد عند مستوى طفل عادي في سن 7 إلى أقل من 12 سنة تقريبًا.

وقد يصل أصحاب هذه الفئة إلى مستوى الصف الخامس ابتدائي، ولكن تتأخر لديهم القدرة على القراءة، فلا يستطيعون القراءة إلا في سن متأخرة، وتبدو ملامح هؤلاء الأفراد - من حيث المظهر - كالعاديين، حيث لا تظهر

علفهم علامات الإعاقة العقلفة بوضوح ومكن لهؤلاء الأفراد أن فعنوا بأنفسهم وفسفطفعون الففرك بأمان فف البفة الفف فعفشون ففها، ومكنهم الففقل بفن الأماكن العائلفة المرفة لدفهم دون مساعفة، ولكن فففاجون إلى مراقبة ومفابعة الكبار فف بعض شؤونهم ومعاملاتهم مع الآخرين، ومكن فدرفب هؤلاء الأطفال على بعض الأعمال المهنية والحرففة البسطفة الفف فعفنفهم على مواءفة الففا الاجتماعية والعلمفة، ففف فمكن الفففاف ببعض الوظائف الصغفرة لفففقق الففففاء الفففصافف لهم فف سن الرشف، وفقلل اعفمافهم على الآخرين فف فصرف شؤونهم الخاصة.

وففمفع أفراد هفه الففة بنمو جسمف قرفب من العافف.

أما النمو الاجتماعي وإن كان اقل من العافف إلا أنهم فمكنهم فففقق قدر كبر من الفففف الاجتماعي إذا ما تم فدرفبهم على المهارات الاجتماعية منذ الطفولة.

وففأفر النمو الحركف لدف هؤلاء الأفراد فف بفاة العمر، ولكنه فكون أقل بطئا من النمو العقلف لدفهم، ومع الففرفب الحركف فسفطفع هؤلاء الأفراد فففقق ففاح فف المهارات الحركفة قد فقفرب من مسفوى العافففن فف هفه الناففة، لذا ففصح بفدرفب هؤلاء الأفراد على الأنشطة الحركفة ففف فففقون ففها ففاحا فعوضهم عن الفشل الذف فلافونه فف ففال الففلفم الأكاففمف.

4-2- الإعاقة العقلفة المففوسطة:

* فطلق علفهم ففة القافلفن للففرفب، وففراوح نسبة ذكائهم بفن 35-40 إلى 50-55.

* فففقف النمو العقلف عنف مسفوى طفل عمره 6-9 سنوات.

بالنسبة للنمو الجسمف لأفراد هفه الففة ففأنهم ففعون دون الأسواء من ففث الطول، و الوزن و الصفة العامة و فظفر عنفهم الفففوهات الجسمفة منها فشوهات العظام و الأسنان.

لا فمكنهم فعلم القراءة والكتابة، ولكن فمكن فعلفمهم بعض الكلمات البسطفة مثل كتابة الاسم أو الففعرف على اسم الشارع أو بعض العبارات الإرشاففة أو الففففرفة، وففطلب هفا ففها كبرفا.

وفففاج هؤلاء الأفراد إلى الففرفب على فففع مهارات العنافة بالنفس مثل: الطعام والشراب وعافاا النظافة الشفصففة.

ويمكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية البسيطة وإحاقهم ببعض الوظائف الروتينية ذات الطبيعة التكرارية في أماكن محمية، وذلك لتحقيق قدر من الاكتفاء الاقتصادي والاعتماد على النفس في سن الرشد، ويحتاج هؤلاء الأفراد إلى متابعة ورعاية الكبار في كثير من شؤونهم.

4-3- الإعاقة العقلية الشديدة

* يطلق عليهم فئة الاعتماديين

* نسبة الذكاء تتراوح بين 20-25 إلى 35-40.

* النمو العقلي يعادل طفل عمره 3-6 سنوات.

تكون الإعاقة العقلية لدى هذه الفئة مصحوبة بمضاعفات صحية مثل نوبات الصرع، تأخر النمو الحركي، اضطرابات السمع والرؤية.... وتتميز هذه الفئة بضآلة الحصيللة اللغوية، وصعوبات كبيرة في النطق والكلام وعدم القدرة على التعبير في جمل و تسمية الأشياء المألوفة بصعوبة كبيرة.

و باختصار لا يستطيع هؤلاء الاعتماد على أنفسهم إلا في حدود ضيقة ويحتاجون إلى رعاية ومراقبة شبه دائمة طيلة حياتهم ويعانون من قصور شديد في السلوك التكيفي.

4-4- الإعاقة العقلية العميقة

* نسبة الذكاء أقل من 20-25، والعمر العقلي أقل من 3 سنوات.

* ومعظم هؤلاء الأفراد مصابون بالتلف العصبي للمخ، وكثير منهم لا تنمو لديهم القدرة على المشي، ويقضون حياتهم راقي الفراش، وتنتشر بينهم الإعاقة الحسية البصرية والسمعية، ولا يستطيعون إطعام أنفسهم ولا يتحكمون في الإخراج، ويحتاجون إلى مراقبة كاملة ورعاية مستمرة مدى حياتهم، وقد أمكن حديثا تدريب هؤلاء الأفراد على بعض مهارات العناية بالنفس مثل: الطعام والشراب وطلب الحماية عند الشعور بالخطر، وذلك من خلال استخدام البرامج التدريبية الحديثة التي تستخدم فنيات تعديل السلوك في تعليم المعاقين عقليا.

5- خصائص ذوي الإعاقة العقلية

يتميز المعاقون عقليًا بالفروق الفردية فيما بينهم، وبعدم تجانسهم أو تطابقهم، من حيث ما يتمتعون به من قدرات واستعدادات وما يتصفون به من صفات وخصائص، ومن أهم هذه الخصائص ما يلي:

أولاً: الخصائص العقلية المعرفية

يعدّ ضعف الذاكرة والنسيان من أهم الخصائص لدى المعوقين عقلياً، ومحدودية المقدرة على استرجاع الأحداث والمثيرات والأشكال وغيرها مما يُعرض على الفرد قبل فترة زمنية وجيزة (الذاكرة قصيرة المدى) وقد يرجع هذا الضعف إلى انخفاض درجة الانتباه للمثيرات، وضعف القدرة على تتبعها واستقبالها، ومن ثمّ تخزينها واستعادتها أو استرجاعها، ويضاف إلى ذلك محدودية قدرة المعاق عقلياً على الملاحظة وعلى استخدام استراتيجيات ملائمة للتذكر، مثل التنظيم والتجميع وفقاً لخصائص متشابهة.

كما يتميز الطفل المعاق عقلياً بما يلي:

*أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء.

*ضعف القدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة.

*ضعف الذاكرة وقصور القدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات.

*قصور في الفهم والاستيعاب وتدني القدرة على التحصيل الدراسي.

*تأخر في النمو اللغوي وقصور في اللغة اللفظية.

*قصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيّل والإبداع.

كما أن النقص الواضح في القدرة على التعلم من أكثر الخصائص تميّزاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً مقارنة مع الأطفال العاديين المماثلين لهم في العمر الزمني.

ثانياً: الخصائص الجسمية

يعاني المعاق عقلياً صعوبات حركية متعدّدة، وقصوراً في الوظائف الحركية، مثل: التوافق العضلي العصبي، والتآزر البصري الحركي، والتحكّم والتوجيه. (غزال، 2008)

ثالثاً: الخصائص السلوكية

ظهرت الخصائص السلوكية لدى المعوقين عقلياً من نتائج الدراسات المقارنة بين الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني، إلا أنه يصعب تعميم هذه الخصائص على جميع المعاقين عقلياً، إذ قد تنطبق على طفل ولا تنطبق على آخر بالدرجة نفسها. ومن أهم هذه الخصائص:

الاندفاعية والتشتت، حيث يُلاحظ لدى بعض الأطفال سلوكيات مثل كثرة الحركة وصعوبة ضبط النفس والاستجابات غير المناسبة للموقف، وهي سلوكيات تضعف من قدرتهم على الاندماج في النشاط الصفّي (عيسى، 2007، ص 158).

ويعاني الكثير منهم من **التبعية المفرطة وضعف الاستقلالية**، إذ يعتمدون بدرجة كبيرة على الآخرين في القيام بالمهام اليومية، نتيجة محدودية القدرات العقلية وأحياناً بسبب الحماية الزائدة من الأسرة (عطية، 2006، ص 101).

كما تظهر لديهم **مشكلات في التكيف الاجتماعي**، مثل صعوبة تكوين علاقات مع الأقران، وضعف فهم القواعد الاجتماعية، والسلوكيات الانسحابية أو العدوانية (الخالدة، 2012، ص 66) وعلاوة على ذلك، قد تُلاحظ لدى بعض الأطفال سلوكيات **نمطية متكررة** مثل هزّ الجسم أو تحريك اليدين، وهي سلوكيات ترتبط بضبط التنبيه الحسي وبالسعي إلى خلق الإحساس بالأمان من خلال التكرار (السرطاوي، 2004، ص 98).

ويواجه الأطفال المعاقون عقلياً أيضاً **صعوبات في ضبط الانفعالات**، إذ قد يُظهرون نوبات غضب أو بكاء مبالغ فيها، نتيجة قصور مهارات التواصل وضعف القدرة على التعبير عن المشاعر بطريقة مناسبة (زيتون، 2008، ص 212).

خلاصة:

تُعرف الإعاقة العقلية بأنها اضطراب دماغي يؤدي إلى ضعف الأداء المعرفي والوظائف العقلية والمهارات التكيفية قبل سن 18 عاماً، وتعود أسبابها إلى عوامل متعددة؛ منها ما هو سابق للولادة كالعوامل الوراثية، واضطرابات الكروموزومات (مثل متلازمة داون)، واضطرابات التمثيل الغذائي (كالفينيل كيتونوريا والجلالكتوسيميا)، واختلاف عامل الريزوس (RH)، ومنها أسباب مرتبطة بفترة الولادة كالولادة المبكرة ونقص الأكسجين، أو أسباب بعدية كالتهاب السحايا.

وتظهر عيادياً في أشكال كصغر أو كبر حجم الدماغ واستسقائه، وتُصنف الإعاقة العقلية وفقاً لدرجة الذكاء والسلوك التكيفي إلى أربع فئات؛ "البسيطة" ويُطلق عليهم القابلون للتعلم ويمتازون بنمو جسمي قريب من العادي، و"المتوسطة" وهم القابلون للتدريب على مهارات العناية بالذات، و"الشديدة" وهم الاعتماديون الذين يعانون من ضعف لغوي حاد، وأخيراً "العميقة" الذين يحتاجون إلى رعاية مستمرة تامة.

وسيكولوجياً، يتسم المعاقون عقلياً بخصائص معرفية كضعف الذاكرة قصيرة المدى وقصور الانتباه والتحصيل الدراسي، إلى جانب صعوبات حركية في التآزر البصري الحركي والتوافق العضلي العصبي، كما تظهر لديهم خصائص سلوكية بارزة تشمل الاندفاعية والتشتت، والتبعية المفرطة للآخرين، وصعوبات في التكيف الاجتماعي وتكوين العلاقات، فضلاً عن ظهور السلوكيات النمطية المتكررة ونوبات الغضب الناتجة عن قصور مهارات التواصل والتعبير عن المشاعر.

أسئلة التقييم الذاتي للمحاضرة:

اقرأ بتمعن العبارات التالية ثم أجب بصحيح (ص) أو خطأ (خ)

العبارات	ص/خ
1. تنحصر الإعاقة العقلية في القصور على مستوى الأداء العقلي.	
2. يظهر القصور في الإعاقة العقلية خلال مرحلة النمو.	
3. يشترط في تشخيص الإعاقة العقلية انخفاض معامل الذكاء فقط دون مراعاة المهارات التكيفية.	
4. يُعد معامل الذكاء أقل من 70 و 75 معياراً شائعاً في تشخيص الإعاقة العقلية.	
5. يمكن أن تكون الإعاقة العقلية ناتجة عن عوامل وراثية.	
6. لا تؤثر الظروف الصحية للأم أثناء الحمل في حدوث الإعاقة العقلية.	
7. تُصنّف الإعاقة العقلية حسب الشدة إلى خفيفة، متوسطة، شديدة، وعميقة.	
8. يستطيع ذوو الإعاقة العقلية البسيطة الاندماج في المدارس العادية مع توفير الدعم المناسب.	
9. الإعاقة العقلية مرض عقلي يمكن الشفاء منه.	
10. يهدف التكفل التربوي بذوي الإعاقة العقلية إلى تنمية قدراتهم واستقلاليتهم قدر الإمكان.	

المحاضرة الثالثة: الاضطرابات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والتكفل الأطفوني بها

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مختلف مظاهر اضطرابات اللغة والتواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.
- أن يتعرف الطالب على برامج التدخل الأطفوني في اضطرابات اللغة لدى ذوي الإعاقة العقلية

تمهيد:

تُعَدُّ اضطرابات اللغة إحدى أبرز المشكلات النمائية المميزة للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، إذ يؤثر القصور المعرفي في مختلف العمليات اللغوية من فهم وإنتاج وتنظيم الكلام، وترتبط هذه الاضطرابات بدرجات متفاوتة تبعاً لعمق الإعاقة، والقدرات الإدراكية، ومستوى النمو العام، ووجود اضطرابات مصاحبة مثل السمع أو الانتباه.

1- مظاهر اضطرابات اللغة والتواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

أولاً: تأخر نمو اللغة

يعاني الأطفال ذوو الإعاقة الذهنية من تأخر واضح في التطور اللغوي مقارنة بالعاديين؛ إذ يتأخر ظهور الكلمة الأولى، ثم الجملة، كما يتباطأ الانتقال من مرحلة البنى البسيطة إلى البنى اللغوية الأكثر تعقيداً. ويرجع ذلك إلى ضعف القدرات المعرفية والذاكرة العاملة التي تلعب دوراً مهماً في الاحتفاظ بالمشيرات اللغوية ومعالجتها (غزال، 2008، ص 31-32).

ثانياً: اضطرابات الفهم (اللغة الاستقبالية)

تُعَدُّ صعوبات الفهم من أكثر المشكلات انتشاراً، حيث يجد الطفل صعوبة في تمييز المعاني، واتباع التعليمات، وفهم الجمل المعقدة، وترجع هذه الصعوبات إلى ضعف الانتباه السمعي، ومحدودية القدرة على معالجة المعلومات، إضافة إلى بطء في التمييز السمعي للمثيرات اللغوية (الخطيب، 2016). ويواجه الطفل مشكلة في فهم العلاقات اللغوية مثل السببية والمقارنة، وفي فهم الدلالات المجردة.

ثالثاً: اضطرابات التعبير (اللغة التعبيرية)

يُظْهِرُ الأفراد ذوو الإعاقة الذهنية قصوراً ملحوظاً في التعبير اللفظي، ويظهر ذلك في:

- استخدام جمل قصيرة وبني تركيبية بسيطة.
 - ضعف القدرة على بناء جملة صحيحة نحويًا.
 - محدودية المفردات المعبرة عن المشاعر أو الخبرات.
 - صعوبة في صياغة أفكار متسلسلة أو رواية أحداث.
 - ويظهر هؤلاء الأطفال مفردات محدودة، وقصورًا في اكتساب المفاهيم الأساسية مثل الزمن، المكان، والكم.
- وتشير الدراسات إلى أنّ القصور اللغوي التعبيري يرتبط بشكل وثيق بالقصور في الذاكرة قصيرة المدى، وضعف القدرة على الاسترجاع والتنظيم اللغوي (الخطيب والحديدي، 2005)

رابعاً: اضطرابات النطق والطلاقة (السيولة اللفظية)

تعاني هذه الفئة من:

- أخطاء نطقية (تشويه الأصوات، حذف، إبدال)
- مشكلات في مخارج الحروف، تشويه مخارج الحروف: مثل استبدال الأصوات أو حذفها أو عدم وضوحها.
- بطء في معدل الكلام أو عدم انتظام الطلاقة.
- صعوبات في التحكم بالتنفس أثناء الكلام.
- اضطرابات الإيقاع والتنغيم: مثل رتابة الصوت أو عدم القدرة على التحكم في شدة أو سرعة الكلام.
- في حالات معينة، يكون ضعف التوتر العضلي الفموي (Hypotonia) سبباً رئيساً لاضطرابات النطق.

خامساً: اضطرابات المستوى البراغماتي (الاستخدام الاجتماعي للغة)

تعد اضطرابات التواصل الاجتماعي من الجوانب البارزة وتشمل:

- ضعف القدرة على بدء الحوار أو الاستمرار فيه أو إنهائه.
- ضعف فهم القواعد الاجتماعية للتواصل (مثل: الدور، المسافة الشخصية، لغة الجسد ...).
- صعوبة في تبادل الأدوار أثناء الحديث.
- استخدام غير مناسب لنبرة الصوت أو لغة الجسد.

- صعوبة في فهم الدلالات السياقية أو المقاصد من الكلام، أي صعوبة تفسير المقاصد الضمنية للحوار (مثل الفكاهة، السخرية، التلميح...).
 - استخدام لغة غير مناسبة للموقف (مبالغة، تكرار، أو صمت مطوّل).
- ويرتبط القصور البراغماتي بضعف القدرات الاجتماعية والتواصلية العامة، إضافةً إلى محدودية مهارات الانتباه المشترك والتفسير الاجتماعي.

تتأثر اضطرابات اللغة لدى ذوي الإعاقة الذهنية بعدة عوامل، منها:

درجة الإعاقة: كلما زادت شدة الإعاقة ازدادت حدة اضطرابات اللغة (غزال، 2008)

المستوى الاجتماعي الثقافي: يؤثر في فرص التعلم اللغوي.

الاضطرابات المرافقة: مثل صعوبات السمع أو الانتباه.

البيئة اللغوية: تلعب دوراً مهماً في اكتساب اللغة وتنميتها (الخطيب، 2016)

2- التكفل الأطفوني بذوي الإعاقة العقلية:

يُعد المختص الأطفوني عنصراً أساسياً في التدخل التربوي والعلاجي للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ويهدف التدخل إلى تحسين مهارات التواصل اللغوي، وتطوير القدرة على الفهم، والتعبير، واستخدام اللغة بشكل وظيفي في الحياة اليومية.

أولاً: تقييم القدرات اللغوية

يقوم المختص أولاً بتقييم شامل للقدرات اللغوية والمعرفية للطفل، ويشمل ذلك:

- اللغة الاستقبالية: فهم المفردات، التعليمات، الجمل البسيطة والمعقدة.
- اللغة التعبيرية: القدرة على استخدام المفردات، تكوين الجمل، التعبير عن الاحتياجات.
- النطق والطلاقة
- اللغة الاجتماعية: القدرة على الحوار، تبادل الأدوار، تفسير الإيماءات ولغة الجسد.

ويعتمد التقييم على مقاييس معيارية وملاحظة سلوكية، إضافة إلى المعلومات المقدمة من الأسرة، لضمان فهم شامل لقدرات الطفل وحدوده .

ثانياً: تصميم برامج التدخل اللغوي

بعد التقييم، يقوم الأخصائي بتصميم برنامج فردي أو جماعي يتناسب مع درجة الإعاقة الذهنية واحتياجات الطفل، ويشمل البرنامج عادةً:

***تطوير اللغة الاستقبالية:** تمارين لتقوية الفهم، مثل تصنيف المفردات، تعليم العلاقات الزمنية والمكانية، وفهم التعليمات.

***تعزيز اللغة التعبيرية:** تدريبات على تكوين الكلمات والجمل، استخدام المفردات في مواقف الحياة اليومية، وتمرين السرد والوصف.

***تصحيح النطق:** برامج لتنمية التحكم العضلي الفموي، تحسين مخارج الحروف، وتمرين التنفس

***تنمية اللغة الاجتماعية: (Pragmatic Skills)** تعزيز مهارات الحوار، تبادل الأدوار، استخدام الإشارات والتعابير الملائمة للسياق، وفهم المعاني الضمنية (الخطيب، 2016)

برامج التدخل الأطفوني لذوي الإعاقة الذهنية

تُعد برامج التدخل الأطفوني أدوات أساسية لتطوير اللغة، النطق، التواصل الاجتماعي، والمهارات التعبيرية والاستقبالية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وتهدف هذه البرامج إلى تحسين قدرة الطفل على التواصل الفعال، التعلم، والانخراط الاجتماعي، مع مراعاة مستوى ذكائه واحتياجاته الفردية.

البرامج التقليدية (Traditional Speech–Language Programs)

تركز هذه البرامج على:

التعليم المباشر للمهارات اللغوية: مثل تكوين المفردات، تكوين الجمل، والنطق الصحيح.

1. التكرار والتدريب المتسلسل: حيث يستخدم المختص تمارين متدرجة الصعوبة لتطوير مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

2. التدخل الفردي والجماعي: يتم تنفيذ الجلسات وفقاً لحاجة الطفل، سواء فردياً أو ضمن مجموعة

صغيرة لتعزيز التفاعل الاجتماعي (الخطيب، 2016)

تتميز البرامج التقليدية بالبساطة وسهولة التطبيق، لكنها تحتاج إلى دعم بصري أو ألعاب تفاعلية لتحفيز الطفل.

البرامج القائمة على اللعب والأنشطة التفاعلية (Play-Based Intervention Programs)

تعتمد هذه البرامج على الأنشطة الطبيعية واللعب التفاعلي لتعزيز التعلم اللغوي، حيث:

- يتم دمج اللغة في ألعاب جماعية وأنشطة محاكاة الحياة اليومية.
- يُحفّز الطفل على التحدث، الطلب، والتعبير عن المشاعر ضمن سياق ممتع.
- تُستخدم الألعاب لتحسين الانتباه، الذاكرة، ومهارات التواصل الاجتماعي (Kumin, 2002).

هذا النوع من التدخل مفيد بشكل خاص للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة لأنه يحفز التعلم الطبيعي ويزيد من دافعية الطفل للتواصل.

البرامج المعتمدة على التقنيات المساندة (Augmentative and Alternative Communication – AAC)

مثل:

- تقنية تبادل الصور (PECS: Picture Exchange Communication System)
- حيث تساعد هذه البرامج الأطفال على التعبير عن احتياجاتهم الأساسية، الطلب، والتواصل الاجتماعي، كما تقلل من الإحباط الناتج عن صعوبة الكلام. (Beukelman & Mirenda, 2013)
- الأجهزة اللوحية والتطبيقات التفاعلية التي تساعد على تكوين جمل بسيطة وفهم التعليمات.
- البرامج التعليمية الحاسوبية. (Computer-Assisted Language Learning)

ثالثاً: متابعة الأداء والتقويم المستمر

يقوم المختص بمتابعة تقدم الطفل بشكل دوري لضمان فعالية البرنامج. وتشمل المتابعة:

- تسجيل درجات الاستجابة للتمارين.
 - تقييم القدرة على استخدام اللغة في المواقف الحياتية اليومية.
 - تعديل البرنامج وفقاً للتحسن أو ظهور صعوبات جديدة.
- كما أنّ التدخل المبكر والمتواصل يؤدي إلى تحسن كبير في الأداء اللغوي والاجتماعي.

رابعاً: التعاون مع الأسرة والمعلمين

يلعب التعاون مع الأسرة والمعلمين (قسم مكيف أو خاص) دوراً جوهرياً، حيث يُزوّد الأهل والمعلمون بتعليمات وتمارين منزلية لتعزيز التعلم المستمر خارج الجلسات العلاجية. كما يشجع على تعزيز التواصل الطبيعي داخل الصف والمجتمع، بما يضمن انتقال المهارات اللغوية إلى الاستخدام العملي.

خلاصة:

يواجه الأطفال ذوو الإعاقة العقلية تأخراً لغوياً واضحاً وصعوبات في فهم الجمل المعقدة والعلاقات الدلالية نتيجة ضعف القدرات المعرفية والانتباه السمعي، كما يظهر لديهم قصور في اللغة التعبيرية يتجسد في استخدام جمل قصيرة، ومحدودية المفردات، واضطرابات نطقية ناتجة عن ضعف التوتر العضلي الفموي، ويمتد الخلل إلى المستوى البراغماتي بضعف مهارات الحوار وتبادل الأدوار وصعوبة تفسير المقاصد الضمنية كالفكاهة والسخرية .

وتتأثر هذه الاضطرابات بشدة الإعاقة والبيئة اللغوية المحيطة بالطفل، وهنا يبرز دور المختص الأطفوني في إجراء تقييم شامل يشمل الجوانب الاستقبالية والتعبيرية والاجتماعية للغة لبناء برامج تدخل فردية أو جماعية . وتنوع البرامج العلاجية بين التقليدية القائمة على التكرار والتدريب المتسلسل، والبرامج التفاعلية القائمة على اللعب لتحفيز التعلم الطبيعي، بالإضافة إلى البرامج المعتمدة على التقنيات المساندة والتواصل البديل مثل نظام تبادل الصور (PECS) لتمكين الطفل من التعبير وتقليل إحباطه .

ويختتم هذا التكفل بالمتابعة الدورية وتقويم الأداء لضمان فعالية العلاج، مع ضرورة تفعيل التعاون المشترك مع الأسرة والمعلمين لتعزيز المهارات المكتسبة وتعميمها في الحياة اليومية .

أسئلة التقييم الذاتي للمحاضرة:

1. ما أبرز مظاهر اضطرابات اللغة الاستقبالية عند ذوي الإعاقة الذهنية؟
2. اذكر أهم خصائص اضطرابات اللغة التعبيرية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية .
3. ماذا يُقصد باضطرابات المستوى البراغماتي (الاستخدام الاجتماعي للغة)؟
4. ما الفرق بين البرامج التقليدية وبرامج اللعب التفاعلي في التدخل الأطفوني؟
5. ما أهمية التعاون بين الأسرة والمعلمين والمختص الأطفوني في نجاح التدخل اللغوي؟

المحاضرة الرابعة: متلازمة داون

الأهداف الخاصة للمحاضرة:



- أن يتعرف الطالب على مفهوم متلازمة أو عرض داون
- أن يتعرف الطالب على العوامل المسببة لعرض داون
- أن يميز الطالب بين أنواع عرض داون
- أن يتعرف الطالب على خصائص الأفراد ذوي متلازمة داون

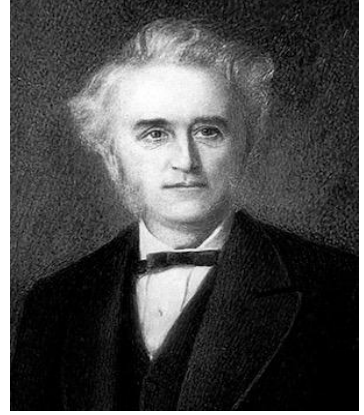
تمهيد:

تعدّ متلازمة داون من أكثر الاضطرابات الجينية شيوعاً ضمن فئات الإعاقة الذهنية، وقد حظيت باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم النفس والتربية الخاصة والتأهيل، نظراً لما تركه من تأثيرات على النمو الجسمي والعقلي واللغوي والاجتماعي للفرد. وتنشأ هذه المتلازمة نتيجة خلل صبغي يتمثل غالباً في وجود نسخة إضافية من الصبغي رقم 21، مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الخصائص الجسمية والمعرفية والسلوكية المميزة.

ولا تقتصر آثار متلازمة داون على الجانب العقلي فقط، بل تمتد لتشمل النمو اللغوي والحركي والاجتماعي، حيث يواجه الأطفال المصابون بها صعوبات متفاوتة في التعلم والتواصل والتكيف مع متطلبات الحياة اليومية. ومع ذلك، تؤكد الدراسات الحديثة أن التدخل المبكر، والرعاية الصحية، والتكفل التربوي والأطفوني المناسب، يمكن أن يسهم بشكل كبير في تنمية قدراتهم وتحسين جودة حياتهم وتعزيز اندماجهم داخل الأسرة والمجتمع.

1-لمحة تاريخية :

إن أصل تسمية "داون" قد جاءت عندما قام الطبيب الإنجليزي جون لانجدون داون John Langdon Down سنة 1866 بتقديم قائمة بالأعراض والصفات المصاحبة لهذا العرض وكان يعمل في مركز طبي وهو مركز إيواء خاص بالمعوقين عقليا، حيث قام بإجراء دراسة بحثية تحت عنوان : ملاحظات حول تصنيف سلالات البلاءة Observation on An Ethnic classification of Idiots



ومن خلال هذا البحث لاحظ الطبيب وجود عدد من الصفات المشتركة لدى هذه المجموعة دون غيرها من المعاقين لكنه لم يتعرف على مرضهم ، لذلك عمل على وصف صفاتهم في تقاريره خاصة منها الجسمية.

الصفات التي وضعها العالم داون تشبه إلى حد بعيد الصفات الشكلية للشعب المنغولي ، فقد أطلق على هذا العرض اسم المنغولية Mongolisme واستمرت التسمية رسميا حتى عام 1986 وهذا بعد ما ثارت حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية فتقرر تغيير هذا الاسم وكجزء للطبيب داون أطلق على هؤلاء إسم ذوي عرض داون Down syndrome

بعد وصف العالم داون لصفات هذه الفئة بقي الخلط قائما بين الأسباب والنتائج حتى سنة 1959 حيث أن متلازمة داون لا تعرف إلا عن طريق المظاهر الخارجية وكذا التأخر العقلي الذي استنتج أنه العرض المهم. وانطلاقا من 1959 وبعد أعمال غوتي Guauthier بيجون Leujeune وتوربين Turpin وهم فرنسيون مختصون في علم الجينات تبين أن الكروموزوم الزائد داخل الخلية يؤدي إلى عدم التوازن الجيني ، وبالتالي يؤدي إلى اضطرابات من جميع الأنواع ، والتأخر العقلي هو عرض من بين الأعراض الأخرى المصاحبة لهذا التشوه الجيني.

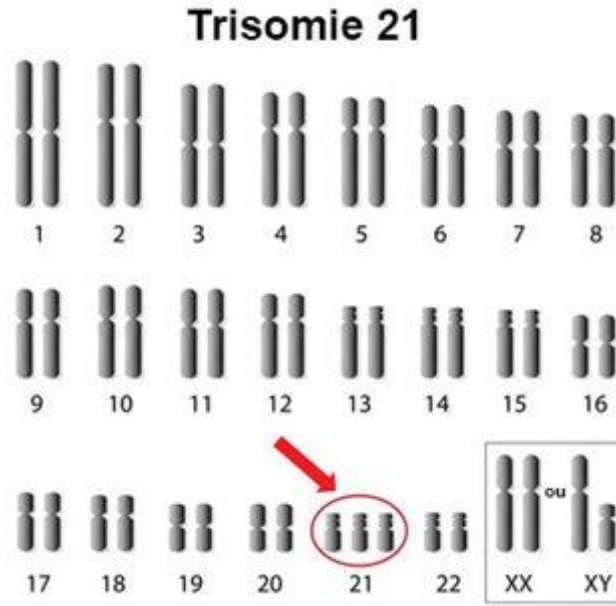
2-المفهوم :

يطلق على هذه الفئة متلازمة داون أو عرض داون أو التريزوميا

تشير كلمة متلازمة إلى مجموعة من العلامات والخصائص التي تظهر مجتمعة في آن واحد لدى الفرد.

وكلمة داون كما ذكرنا سابقا نسبة إلى الطبيب الانجليزي الذي كان أول من شخص هذه المتلازمة من خلال عمله في أحد المؤسسات الخاصة برعاية المعاقين بالو.م.أ.

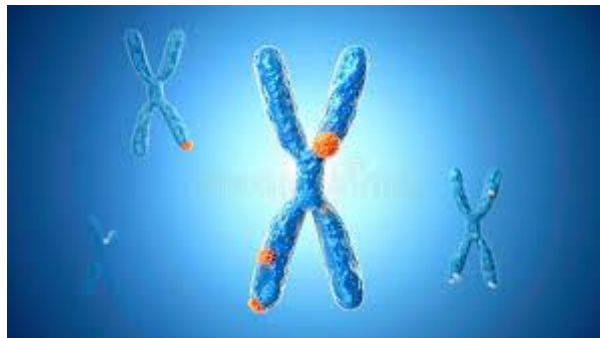
واعتمادا على التشخيص الجيني فإن المتلازمة تنتج من وجود كروموزوم زائد في الزوج 21 تؤدي إلى وجود 47 كروموزوم بدلا من 46 كروموزوم في الحالات العادية.



2- السبب المباشر لظهور متلازمة داون:

تعد الكروموزومات عناصر جد مهمة في تكوين العضوية، وعلى أساسها يتكون الانسان بشكل منفرد عن غيره،

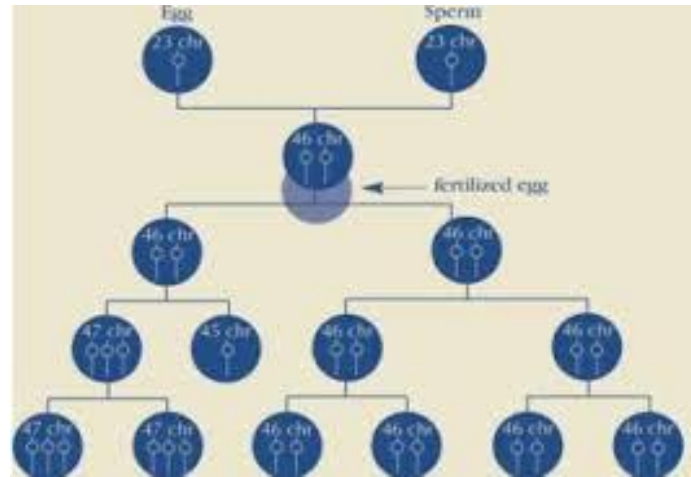
فالكروموزومات عبارة عن بنيات صغيرة موجودة في نواة كل خلية جسمية حيث تحمل رموزا ترمج نمو ونشاط ووظيفة كل فرد.

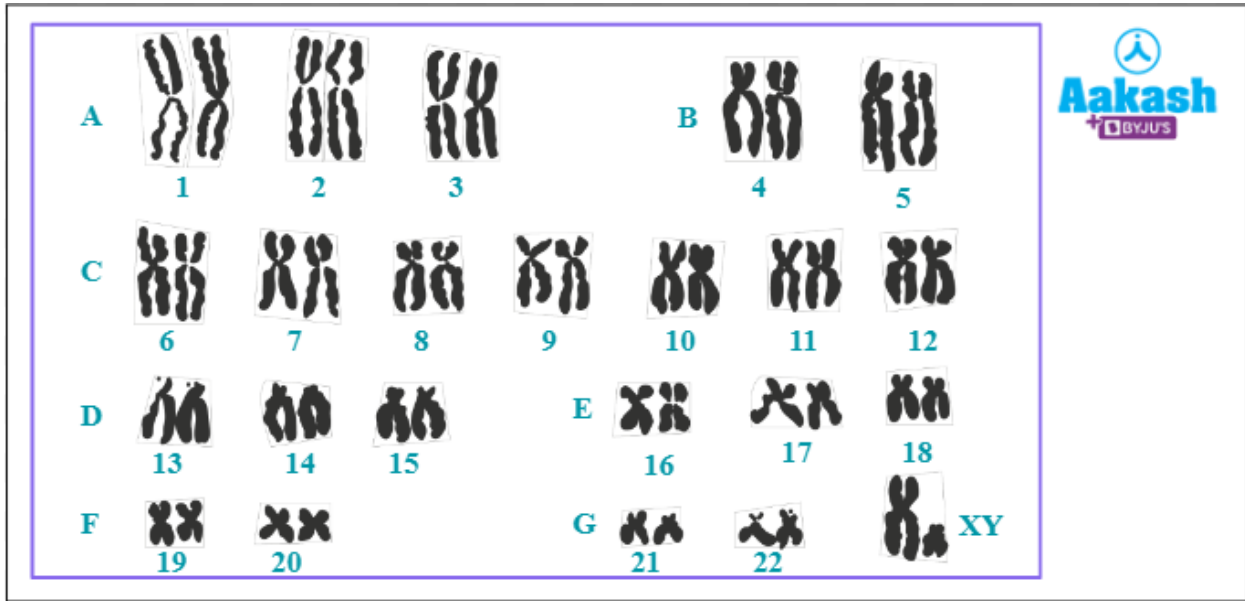


يوجد في جسم الانسان 46 كروموزوما أي 23 زوجا مرتبة من 1 إلى 23 علما أن الكروموزوم 23 مسؤول عن تحديد الجنس. بمعنى أن الطفل يتلقى 23 كروموزوما من الأم عن طريق البويضة و 23 كروموزوم من الأب عن طريق الحيوان المنوي فيتحدد 23 زوجا في البويضة الملقحة التي ستصبح جنينا.

عملية الانقسام العادي:

تتفرع أوتنقسم البويضة الملقحة إلى خليتين متطابقتين ومنه إلى أربعة ثم إلى ثمانية وهكذا طوال مدة الحمل علما أنه أثناء هذه العملية أيضا يتم انقسام الكروموزومات كما تتبادل الخلايا فيما بينها وتنظم لتشكيل الأنسجة المختلفة. فالبويضة الملقحة التي تمثل الخلية الاولى للجنين تحتوي على كروموزومين 21 وهذه الخلية بدورها تنقسم إلى خليتين جديدتين تتضمن كل خلية 46 كروموزوم أين يوجد كروموزومين 21 ، ويستمر ميكانيزم الانقسام طوال فترة الحمل وكل مرة تنقسم فيها الخلية إلى قسمين تنقسم الكروموزومات كذلك.





مما سبق يمكن أن نستنتج أن متلازمة داون ذات طابع جيني ويكون الخلل الجيني أثناء فترة الحمل ولا يمكن اكتسابه بعد الولادة

العوامل المساعدة في ظهور متلازمة داون :

- عوامل وراثية
- سن الأم عند الانجاب يعتبر من أكبر الاحتمالات لانجاب طفل مصاب بمتلازمة داون
- حسب العديد من الدراسات تبقى العوامل مثل تعرض الام للاشعاعات من الاشعة السينية تؤدي إلى تشوهات في الكروموزومات، الحصبة الألمانية والعوامل الكيميائية، نقص الفيتامينات مثل فيتامين A

4- أنواع متلازمة داون:

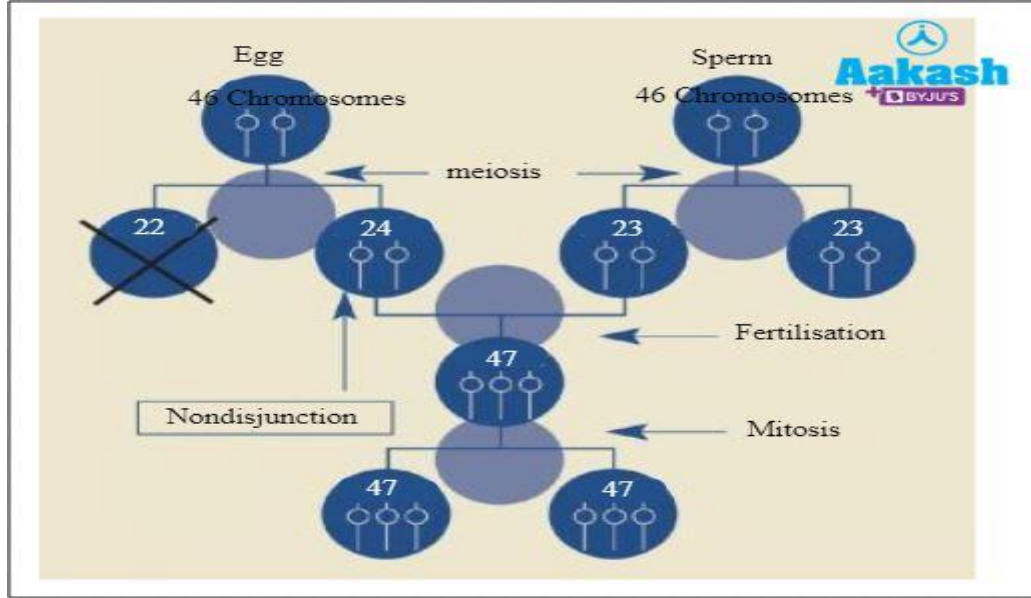
أ. متلازمة داون المعياري أو الحر :

وهو النوع الأكثر انتشارا حيث يظهر عند 90 بالمئة من الحالات وقد يكون السبب في ظهوره ناتج عن خلل يحدث خلال التوزيع الكروموزومي وذلك قبل عملية الإخصاب أو بعد عملية الإخصاب.

ففي حالة الخلل الذي يحدث خلال التوزيع الكروموزومي قبل عملية الإخصاب نجد: أنه إما البويضة أو الحيوان المنوي حامل لكروموزومين 21 بدل كروموزوم واحد، فخلال عملية الانقسام الاختزالي (Meiosis) لدى أحد الوالدين، قد يحدث عدم انفصال (Nondisjunction) للكروموزومات، مما يؤدي إلى:

- أن البويضة أو الحيوان المنوي تحمل نسختين من الكروموزوم 21 بدل نسخة واحدة.

وبعد عملية الاخصاب تكون البويضة الملقحة إذن حاملة لـ 3 كروموزومات 21 والتي ستظهر في كل الخلايا الأخرى

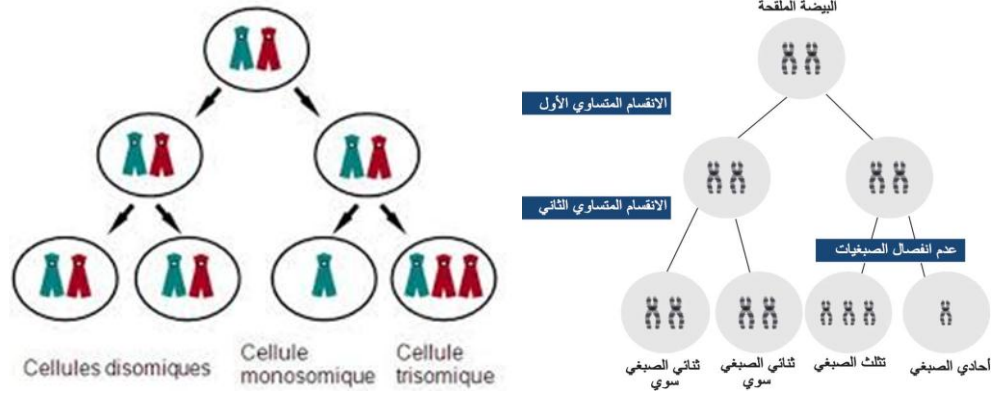


أما في حالة الخلل الذي يحدث خلال التوزيع الكروموزومي بعد عملية الاخصاب نجد أن: البويضة أو الحيوان المنوي يكونان سليمين وكلاهما حامل لكروموزوم واحد 21 لكن الخلل يحدث خلال الانقسام الخلوي الأول للبويضة الملقحة، حيث تتلقى خلية من الخلايا الجديدة 3 كروموزومات 21 بينما الأخرى لا تتلقى سوى كروموزوم واحد 21 وهذه الخلية تموت لاستحالة عملها، أما الخلية التي تحتوي على 3 كروموزومات 21 ستقسم وتشكل جنين كل خلايا جسمه حاملة لـ 3 كروموزومات.

ب. متلازمة داون الفسيفساء:

هذا النوع يظهر بنسبة 5 بالمئة من حالات متلازمة داون.

يظهر هذا النوع من المتلازمة نظرا لاحتوائه على خلايا عادية وخلايا حاملة لكروموزوم 21.



ف نجد خلال الانقسام الخلوي الثاني 4 خلايا:

2 تحمل كروموزومين 21،

خلية واحدة تحمل 3 كروموزومات 21

خلية حاملة لكروموزوم واحد (تضمحل وتموت)

ثم ينمو الجنين ويتطور بمزيج من الخلايا العادية تحتوي كل منها على 46 كروموزوم ومن خلايا غير عادية تحتوي كل منها على 47 كروموزوم أين تحتوي على 3 كروموزومات 21.

ج-متلازمة داون الملتحمة :

هونوع نادر الوجود والكشف عنه بالغ الأهمية لأنه في هذه الحالة يكون الكروموزوم الزائد ليس وحيدا منعزلا بينما يكون مرتبطا بكروموزوم آخر هذا يعني التحام كروموزومين مختلفين ليكونا كروموزوما جديدا مثل الزوج 14 والزوج 21 وبالتالي تحتوي خلايا الجنين على زوج من الكروموزوم 21 وكروموزوم جديد متكون من جزء من الكروموزوم 21 وجزء من الكروموزوم 14.

Translocation Down Syndrome

Normal

Abnormal



14

21



14

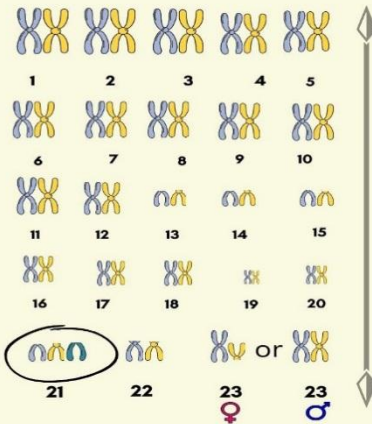
21

alamy

Copyright © 2015 Alamy Ltd. All rights reserved.

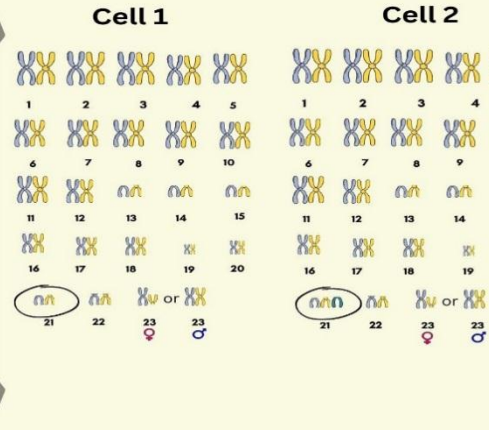
DIFFERENT TYPES OF DOWN SYNDROME

TRISOMY 21



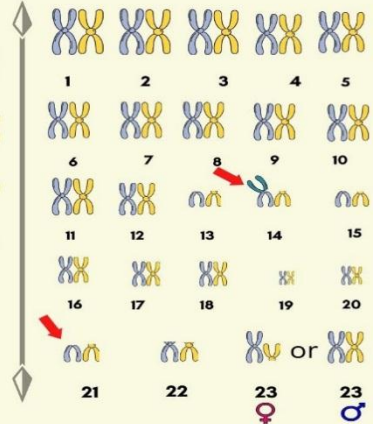
All cells have an extra copy of chromosome 21

MOSAIC



only some cells have an extra copy of chromosome 21

TRANSLOCATION



The extra copy is attached to another chromosome

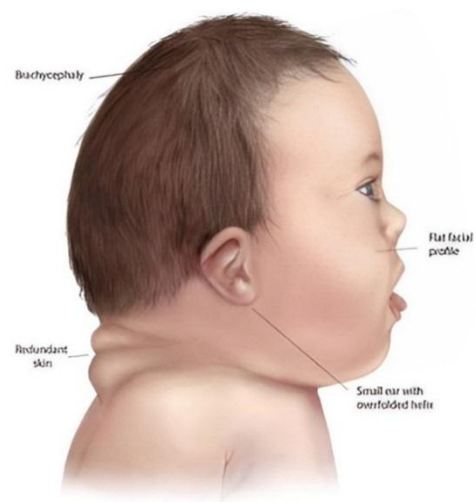
5- خصائص ذوي متلازمة داون:

أ. الخصائص الجسمية:

يعمل الكروموزوم 21 الزائد على وجود علامات بدنية مميزة بحيث يظهر الأطفال الحاملين لمتلازمة داون تشابهاً في مظهرهم لدرجة يصعب في بعض الأحيان ملاحظة الفرق بينهم وهذه الخصائص تصاحب المصاب بالمتلازمة طوال حياته فلا تختفي مع تقدمه في السن، فنجد لديهم:

- الجمجمة صغيرة الحجم ودائرية.

- الوجه مستديرا وعريضا ومفلطحا والعينان متباعدتان وفتحة الجفنين مائلة كما نجد الأنف يتميز بأنه قصير ومنخفض، وتوجد في بعض الأحيان تشوهات في الأذنين ويكون الفم غالبا مفتوح بشكل واسع بالإضافة إلى أسنان مغروسة بغير انتظام ويكون اللسان ذا حجم كبير نتيجة نقص الانسداد العضلي الذي يعطيه مظهرًا كبيرًا.
- البشرة جافة ويتفاقم المشكل لما يتقدم الطفل في العمر بحيث تكون حساسة للمثيرات الخارجية خاصة البرودة.
- أما فيما يخص الأطراف فنجد اليدين عريضتين وقصيرتين مع وجود أصابع قصيرة ووجود خط مستقيم واحد في راحة اليد مع وجود الرجلين صغيرتان ومتكثلتان قليلا ولهما شكل مسطح وذلك دائما ناتج عن الارتخاء العضلي .
- القامة تكون أقصر من المعدل ويكون الذراعان والساقان قصيران مقارنة مع الجذع، أما الوزن فيكون عند ولادة الطفل الحامل لمتلازمة داون منخفض قليلا ثم مع تطور الطفل يصبح عاديا نوعا ما، يكون مع تقدم السن خاصة عند سن المراهقة يتعرضون للبدانة أكثر من غيرهم.
- ومن الناحية الجنسية فنلاحظ أن الحالة تكون عادية عند الإناث مع عادة شهرية طبيعية مقارنة بالذكور أين يكون هذا النمو متأخرا كثيرا ويتميز بعدم بروز الخصيتين يعني عدم القدرة على الإنجاب.



ب. الخصائص العقلية والمعرفية:

إن الطفل المصاب بتلازم داون يتعلم بشكل مستمر ويطور معارفه بطريقة دائمة ومتواصلة، كما يقوم به أي شخص عادي، غير أن وجود صبغي زائد في الخلية يؤدي إلى اختلال التنسيق بين العمليات المعرفية فيكون تطور قدراته بطيء إلا أنه يمكنه التغلب على هذه الصعوبات، حيث نلاحظ أن أطفال هذه الفئة قادرين على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية على الرغم من أنهم يحققون التقدم بمعدل بطيء.

عند أغلبية المصابين يتراوح ب فنجد معدل درجة الذكاء يتراوح بين 40-60 وتتنوع البقية الأخرى على مختلف المستويات، فقد تكون أقل من المعدل كما قد تصل إلى حدود 80 عند بعض الحالات.

كما سبق وأن أشرنا، فإن هذا النمو المعرفي البطيء والذكاء المحدود الذي تعاني منه هذه الفئة يؤثر على مختلف وظائفهم المعرفية المتعلقة باللغة الشفوية والمكتوبة، الذاكرة، الإنتباه التصنيف... الخ، إلا أن المصاب بتلازمة داون لديه من الإمكانيات ما يسمح له بالتعلم والتقدم إلى الأمام وما يجب إلا إعطائه الوقت والوسائل اللازمة لذلك، بتكييف طرق التعلم وفقا لمستواه في اكتساب المعارف حيث نسهل طريقة العمل معه ونقوم بالتحفيز والإثارة المستمرة، كل هذا محاط بتشجيعه المتواصل.

من هنا يمكن القول بأن الطفل المصاب بتلازم داون ذو إعاقة خفيفة أو متوسطة " قابل للتعلم"، إذ يمكن تعليمه عدة أنشطة من أهمها نشاط الكتابة، وذلك بإتباع التدرج التربوي أي الانتقال من الحرف، الكلمة ثم الجملة .

ت. الخصائص الاجتماعية والعاطفية:

إن المصاب بتلازم داون شخص اجتماعي جدا، يتمتع بحب الناس له فنجدته يندمج بسهولة مع محيطه، كما يكون عاطفيا، حنونا جدا ويعبر عن مشاعره بطلاقة مع الآخرين، كذلك يعتبر إنسان مرح وحساس جدا.

لكن قد نلاحظ في بعض الأحيان أنه عدواني خاصة مع أقرانه عندما يكون صغير وأنه سريع الغضب والإنفعال.

ويجدر الذكر أن الطفل المصاب بتلازم داون يحتاج دائما إلى الحنان والعطف المتبادل، حتى يشعر بالإرتياح النفسي والأمان لا بالرفض والإهمال.

6- الاضطرابات المصاحبة :

على المستوى العضوي :

يمكن أن نلخصها في مجموعة من التشوهات المرافقة للشذوذ الكروموزومي

- اختلال واختلاف على مستوى الأحماض الأمينية للخلايا.
- اختلاف عامل اليقظة والنوم عند المصاب بمتلازمة داون عن الشخص العادي.
- اضطرابات في التغذية، إفراط في الأكل مما يسبب السمنة.
- اضطرابات في النمو
- خلل في الإفرازات الهرمونية، وينجم عنه البدانة وقصر القامة.
- مشاكل قلبية ناجمة عن تشوهات على مستوى القلب حيث أنهم يعيشون بهذا الشكل ويكون الموت مصير 60 % منهم قبل سن 20 سنة.
- آلية الدفاع ضد الفيروسات ضعيفة.
- مشاكل على مستوى الجهاز الهضمي نتيجة عدم نضجه.
- مشاكل حسية كالنقص في الرؤية والسمع.

على المستوى اللغوي :

- إن الإكتسابات اللغوية عند المصاب بتلازم داون تكون بطيئة وصعبة، ما يجعل لغته فقيرة، فهذه الأخيرة تطرح مشكلا خاصا وهاما لديه باعتبارها أهم وسيلة للاتصال ومن ثم للإدماج الاجتماعي والدراسي، حيث نجد صعوبات في مختلف مستوياتها بما فيها الشفوية والكتابية، حيث نتحدث عن النطق، الكلام، الصوت من جهة وعن القراءة والكتابة من جهة أخرى . فيمكن ملاحظة أن الحروف تكون ذات نطق غير واضح بصفة عامة وكلامهم غير مفهوم بسبب ارتخاء العضلات (Hypotonia) المؤثر على أعضاء النطق، صغر تجويف الفم وكبر حجم اللسان نسبياً، تشوهات خلقية في القناة السمعية أو تكرار التهابات الأذن الوسطى.

وذلك إلى غاية سن متأخرة كما أن البعض منهم قد يبدأ في جمل مفيدة عند بداية السنة السادسة. وذلك راجع إلى ضعف ميكانيزمات الإحتفاظ المختلفة وضعف الإنتباه والذاكرة.

7- اضطرابات اللغة، الكلام والصوت لدى أطفال متلازمة داون

تُعد اضطرابات اللغة من الخصائص البارزة لدى الأفراد ذوي متلازمة داون، ويرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل البيولوجية، الإدراكية، والحسية-الحركية.

اضطرابات اللغة (Language Disorders)

أولاً: اضطرابات اللغة الاستقبالية (الفهم)

عادة ما يكون الفهم اللغوي أفضل من التعبير لدى أطفال متلازمة داون، لكنهم يعانون من:

- بطء في معالجة المعلومات اللغوية.
- صعوبة فهم الجمل المركبة أو التي تحتوي على تراكيب نحوية معقدة.
- ضعف الذاكرة العاملة السمعية، مما يقلل القدرة على الإحتفاظ بالتعليمات الطويلة.

ثانياً: اضطرابات اللغة التعبيرية (الإنتاج اللغوي)

وهي من أكثر الجوانب تضرراً، وتشمل:

- تأخر ظهور الكلمات الأولى والجمل الأولى.
- محدودية المفردات مقارنة بالعمر الزمني.
- استخدام جمل قصيرة وبسيطة غالباً.
- أخطاء في قواعد اللغة (النحو والصرف)
- ضعف القدرة على سرد القصص أو التعبير التسلسلي للأحداث.

ثالثاً: اضطرابات البراغماتيك (الاستخدام الاجتماعي للغة)

رغم أن أطفال داون غالباً يمتلكون مهارات اجتماعية جيدة، إلا أنه قد تظهر لديهم:

- صعوبة في بدء الحوار أو الحفاظ عليه.
- استخدام أنماط تواصل غير لفظية أكثر من اللفظية.
- صعوبات في فهم التلميحات الاجتماعية والمعاني الضمنية.

رابعاً: اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

وهي الأكثر شيوعاً، ومن مظاهرها:

- تشوه الأصوات نتيجة ضعف التوتر العضلي في اللسان والشفيتين والفك.
- صعوبات في نطق أصوات مثل /س، ز، ر، ل، ش/.
- ابدال الأصوات (substitution) أو حذفها (omission)
- الخمخمة

خامساً: اضطرابات الصوت (Voice Disorders)

قد يعاني بعض أطفال داون من:

- صوت مبحوح أو منخفض.
- اضطرابات في طبقة الصوت نتيجة ارتخاء العضلات أو مشكلات في الأحبال الصوتية.
- نمط تنفس فموي يؤثر على جودة الصوت.

سادساً: اضطرابات الطلاقة (Fluency Disorders)

تظهر بنسبة أقل، وتشمل:

- التأتأة التطورية، وقد تزيد بسبب بطء المعالجة اللفظية.
- تكرار المقاطع أو إطالة الأصوات.

خلاصة:

تعود تسمية متلازمة داون إلى الطبيب الإنجليزي جون داون عام 1866 الذي وصف خصائصهم البدنية وسمها "المنغولية" حتى تغير الاسم رسمياً عام 1986، بينما اكتشف العلماء الفرنسيون عام 1959 أن سببها الجيني يعود لوجود كروموسوم زائد في الزوج 21 ليصبح المجموع 47 كروموزوماً .

وتتعدد أنواعها عيادياً بين النوع "المعياري الحر" الأكثر انتشاراً الناتج عن عدم الانفصال الكروموزومي، ونوع "الفيسفيساء" الخليط، ونوع "الملتحمة" النادر .

ويتسم المصابون بملامح جسمية مميزة كصغر الجمجمة، والوجه المقطوح، واللسان الكبير الناتج عن الارتخاء العضلي، بجانب قصر القامة، ومشاكل عضوية مرافقة كشدوذ القلب وضعف المناعة . ومعرفياً، يُصنف أطفال داون بأنهم "قابلون للتعليم" لامتلاكهم ذكاءً يتراوح غالباً بين 40-60، حيث يطورون معارفهم بمعدل بطيء، وسلوكياً يُعرفون بأنهم أشخاص اجتماعيون وعاطفيون جداً رغم نوبات الغضب السريعة.

أما لغوياً، فتشكل اضطرابات اللغة والكلام تحدياً بارزاً لديهم؛ حيث تعاني اللغة الاستقبالية من بطء المعالجة، بينما تتضرر اللغة التعبيرية بشدة مسببة تأخر الكلمات الأولى وأخطاءً قواعدية، كما يشيع بينهم اضطراب النطق (كحذف الأصوات وإبدالها والخمخمة) واضطرابات الصوت نتيجة عوامل بيولوجية كارتخاء العضلات (Hypotonia)، وصغر تجويف الفم، والتهابات الأذن، إلى جانب ضعف الذاكرة العاملة السمعية وقلة التحفيز البيئي.

أسئلة التقييم الذاتي للمحاضرة:

1. ما المقصود بمتلازمة داون، وما سببها الجيني الأساسي؟
2. ما الفرق بين متلازمة داون المعيارية، والفيسفيسائية، والملتحمة؟
3. ما أبرز الخصائص الجسمية والمعرفية للأطفال ذوي متلازمة داون؟
4. ما أهم اضطرابات اللغة والتواصل الشائعة لدى الأطفال ذوي متلازمة داون؟
5. ما المقصود بالتدخل المبكر، وما أهميته بالنسبة للأطفال ذوي متلازمة داون؟
6. ما أهم المشكلات الصحية التي قد ترافق متلازمة داون؟

المحاضرة الخامسة: الشلل الدماغي (الإعاقة الحركية الدماغية)

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

Cerebral Palsy
In Children

- أن يتعرف الطالب على مفهوم الشلل الدماغي (الإعاقة الحركية

(الدماغية)

- أن يميز الطالب بين مختلف أنواع هذا الاضطراب
- أن يدرك الطالب الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية

تمهيد:

يُعدّ الشلل الدماغي من الاضطرابات العصبية النمائية التي تؤثر في الحركة والتوازن والتناسق العضلي نتيجة تلف أو إصابة في الدماغ تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو في السنوات الأولى من الحياة. ويُعتبر من أكثر الإعاقات الحركية شيوعاً لدى الأطفال، حيث تختلف مظاهره ودرجاته من حالة إلى أخرى تبعاً لمكان الإصابة الدماغية وشدها. ولا تقتصر آثار الشلل الدماغي على الجانب الحركي فقط، بل قد تمتد لتشمل الجوانب الحسية واللغوية والمعرفية والانفعالية، مما يؤثر في قدرة الطفل على التعلم والتواصل والتكيف مع البيئة المحيطة.

وقد ساهم التطور الطبي والتربوي في تحسين أساليب التشخيص والتكفل بهذه الفئة، من خلال اعتماد برامج تدخل متعددة التخصصات تشمل العلاج الحركي، والأرطفوني، والنفسي، والتربوي، بهدف تنمية قدرات الطفل وتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والاندماج الاجتماعي.

1- مفهوم الشلل الدماغي:

يُعدّ الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) من الإعاقات النمائية الحركية التي تنشأ نتيجة تلف أو خلل غير تطوري في الدماغ غير المكتمل النمو، يحدث خلال المرحلة الجنينية أو أثناء الولادة أو في السنوات الأولى بعد الولادة، ويؤثر أساساً في التحكم الحركي والوضعية والتوازن، ويتمثل هذا الاضطراب في مجموعة من الصعوبات الدائمة نسبياً في الحركة والتآزر العضلي، دون أن تكون الإصابة الدماغية في حد ذاتها قابلة للتفاقم، رغم إمكانية تغير المظاهر السريرية مع نمو الطفل. (Rosenbaum et al., 2007)

كما أن الشلل الدماغي يمثل اضطرابًا حركيًا ناجمًا عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي، ينعكس في صورة خلل في التوتر العضلي أو التوازن أو الحركة الإرادية، وقد يصاحبه اضطرابات حسية أو معرفية أو لغوية أو سلوكية، تبعًا لموضع وشدة الإصابة الدماغية (الخطيب، 2006؛ السرطاوي وآخرون، 2013).

كما يشير عبد الرحمن (2010) إلى أن الشلل الدماغي يُعد مجموعة من الاضطرابات العصبية التي تصيب مناطق الحركة في الدماغ، وتؤثر في النمو الحركي والوظيفي للطفل، مع ثبات الإصابة من الناحية العضوية.

ومن منظور التربية الخاصة، يُعرّف الشلل الدماغي على أنه إعاقة نمائية حركية سببها خلل أو تلف في الدماغ غير مكتمل النمو (في مرحلة نمو)، تؤدي إلى قصور في التحكم الإرادي بالحركة، وغالبًا ما تترافق مع مشكلات في الكلام واللغة والإدراك، الأمر الذي يستدعي تدخلًا متعدد التخصصات يشمل العلاج الطبي، والتأهيل الحركي، والتكفل الأطفوني (الزريقات، 2015).

وتدعم منظمة الصحة العالمية هذا التوجه، إذ تصنّف الشلل الدماغي ضمن الإعاقات طويلة الأمد التي تؤثر في الأداء الوظيفي للفرد وتتطلب دعمًا وتأهيلًا مستمرين. (WHO, 2011)

2- تصنيفات الشلل الدماغي:

هناك تصنيفات كثيرة للإعاقة العصبية الحركية تبعًا لنوعية الاضطراب الحركي والأطراف المتأثرة به. ومن هذه التصنيفات ما يعتمد على درجة الإعاقة الحركية.

أ. تصنيف حسب نوع الإصابة:

التصنيف الشائع بالنسبة لنوع الإصابة ينقسم إلى أربعة أنواع أساسية:

• **النوع التشنجي (التصلّب): Spastique** يعتبر هذا النوع الأكثر شيوعًا، وقد وصفه الدكتور Littell في لندن سنة 1962م، التشنج العضلي يعني تيبس العضلة في وضع الانقباض نتيجة فرط التوتر العضلي (Hypertonie)، وهو ناتج عن تلف في المراكز المسؤولة عن الحركة في القشرة الدماغية، أي النظام الخاص بالحركة الإرادية. يحدث هذا النوع في حوالي 50-60% من الحالات تقريبًا. وبسبب تعدد نوعية الإصابة تختلف الأعراض من حالة لأخرى، وتكون الأعراض كالتالي:

- يتأخر الأطفال المصابون عادةً في الجلوس والمشي.

- تظهر العلامات الأولى كعدم السيطرة على عضلات الرقبة والجزع.
 - تكون اليدين مقبوضتين والمفاصل مطوية.
 - يمشي الطفل على أطراف أصابع قدميه.
 - تكون الأطراف السفلية ممدودة ومتراكبة فوق بعضها كالمقص مع ميلان القدم إلى الداخل.
 - تكون الأطراف منتشية عند المفاصل، فتصبح الحركة صعبة في ذلك الجزء مع وجود تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر وتشوهات الحوض.
 - قد تحدث إصابة لمراكز عليا للوظائف الحيوية مثل السمع والبصر والإدراك بدرجات متفاوتة.
- * النوع الالتوائي (التخبطي أو الكنعني أو الكنعاني) **L'Athetose** يعتبر هذا النوع شائعاً كذلك، وهو ناتج عن إصابة الجزء الأوسط من الدماغ، وبالتحديد النواة الرمادية المركزية المسؤولة عن المراقبة وربط الحركات الإرادية. انخفضت نسبة ظهوره في الدول المتقدمة نتيجة السيطرة على مسببات، ومن أهمها اليرقان وعدم توافق فصائل الدم، يتميز هذا النوع بـ:

- ظهور حركات لا إرادية تلقائية خاصة في الأطراف العلوية.
 - غياب وضعية الثبات.
 - صعوبة الاحتفاظ بوضعية معينة أثناء الجلوس أو الوقوف.
 - ظهور اهتزاز مستمر.
 - ارتحاء عضلات الرقبة.
 - عدم اتزان وضعية الرأس والرقبة والكتفين.
 - خروج اللسان وسيلان اللعاب، ومع ذلك يتمتع هؤلاء الأطفال بذكاء عادي في الغالب.
- * النوع الترنحي (الاختلال الحركي) **L'Ataxie** ناتج عن إصابة المخيخ الذي يمثل مركز تنسيق حركات العضلات والتوازن والذي يتعاون مع جهاز الرؤية. يفسر ذلك وجود حركات غير منتظمة للمشي وصعوبة في التوجيه الحركي المكاني، مع فقدان توازن الجسم. غالباً ما يخطئ المصاب في تقدير المسافات وإدراك العمق ووضعية الجسم

في الفضاء، ما يؤدي إلى السقوط المتكرر. يمشي المصاب ويداه ممتدتان نحو الأمام للحفاظ على توازنه، وتتسم حركاتهم بالتحفظ وعدم التحلي بالجرأة لأداء حركات يشعرون أنها غير آمنة.

***النوع المختلط:** اجتماع أكثر من نمط حركي، غالبًا تشنجي + كنعي، ويكون ناتجًا عن إصابات متعددة في مناطق دماغية مختلفة

ب. تصنيف حسب الأطراف المصابة:

تصنّف الإعاقة العصبية الحركية تبعًا للأطراف المصابة إلى الأنواع التالية:

• **شلل نصفي جانبي: Hémiplégie** — الشلل يقتصر على أحد جانبي الجسم (الأيمن أو الأيسر)، وقد يمس نصف الوجه، تكون الإصابة حادة غالبًا على مستوى الطرف العلوي، ونجد هذا النوع عند المصابين بالتشنج.

• **الشلل الرباعي: Tétraplégie** — الإصابة تمس الأطراف الأربعة، إلا أن شدة الإصابة في الأطراف العلوية تكون أكبر من السفلى، وترتكز الإصابة عندها على مستوى الجذع والعنق.

• **الشلل الشائي: Diplégie** — الإصابة تمس الأطراف الأربعة، ولكن تكون الأطراف السفلية أكثر تأثرًا من العلوية.

• **الشلل الأحادي: Monoplégie** — إصابة طرف واحد في الجسم سواء طرف علوي (اليدين) أو سفلي (الرجل)

ج. تصنيف حسب شدة الإصابة:

• **الإعاقة العصبية الحركية البسيطة:** يعاني الطفل من إعاقة بسيطة لا تستلزم علاجًا طبيًا معقدًا؛ فهو قادر على العناية بنفسه والمشي دون استخدام وسائل مساندة.

• **الإعاقة العصبية الحركية المتوسطة:** يكون النمو الحركي بطيئًا جدًّا، إلا أنّ الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط الحركات الدقيقة ويتعلمون المشي في النهاية أحيانًا باستخدام أدوات مساندة. عمومًا يحتاج هؤلاء الأطفال إلى خدمات علاجية لمشكلات الكلام والعناية بالذات.

• **الإعاقة العصبية الحركية الشديدة:** هذا النوع يحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية والحركة المستقلة والنطق، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى علاج مكثف.

3- مناطق الإصابة العصبية في الشلل الدماغي

تحدث الإصابة في الشلل الدماغي نتيجة تلف أو إصابة أو تشوه غير تطوري يصيب الدماغ غير المكتمل النمو، أي خلال الفترة الممتدة من الحياة الجنينية إلى السنتين الأوليين بعد الولادة، ويُعد توقيت الإصابة عاملاً حاسماً في تحديد نوع الشلل الدماغي وشدته، لأن الدماغ في هذه المرحلة يكون في طور النمو والتميز الوظيفي.

أولاً: القشرة الحركية (Motor Cortex)

تقع القشرة الحركية في الفص الجبهي من الدماغ، وهي المسؤولة عن:

- تخطيط الحركات الإرادية

- إرسال الأوامر العصبية إلى العضلات الهيكلية

عند تلف هذه المنطقة:

- يفقد الطفل القدرة على التحكم الدقيق في الحركات الإرادية
- تظهر حركات بطيئة، ضعيفة أو غير منسقة
- يحدث خلل في أداء المهارات الحركية الدقيقة (كالكتابة، الإمساك)
- شلل أو ضعف في الأطراف
- صعوبة في تنفيذ الحركات المقصودة

ثانياً: المسارات الهرمية (Corticospinal Tracts)

هي ألياف عصبية تمتد من القشرة الحركية إلى النخاع الشوكي، وتعمل على:

- نقل الأوامر الحركية الإرادية

- تنظيم توتر العضلات

عند إصابة هذه المسارات:

- يختل التوازن بين العضلات القابضة والباسطة

- يرتفع التوتر العضلي (Hypertonia)
- يحدث الشلل الدماغي التشنجي (Spastic CP)
- تيبس العضلات
- صعوبة في المشي والحركات الانتقالية
- وهو النمط الأكثر شيوعًا بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

ثالثًا: العقد القاعدية (Basal Ganglia)

تقع في عمق الدماغ، وتضطلع بـ:

- تنظيم الحركات التلقائية
- التحكم في انسيابية الحركة
- كبح الحركات غير المرغوب فيها

عند تلف العقد القاعدية:

- يفقد الدماغ القدرة على تنظيم الحركات
- تظهر حركات غير إرادية ومبالغ فيها
- يحدث الشلل الدماغي الكنعي (Dyskinetic CP)
- حركات التوائية أو لاإرادية (Athetosis)

- صعوبات شديدة في التحكم في عضلات النطق والوجه
- تأثير مباشر على الكلام والتغذية.

رابعًا: المخيخ (Cerebellum)

يقع في الجزء الخلفي السفلي من الدماغ، ويُعد مسؤولاً عن:

- التوازن

- التناسق الحركي

- توقيت الحركة ودقتها

عند إصابة المخيخ:

- يفقد الطفل القدرة على تنسيق الحركات

- تصبح الحركات غير دقيقة ومهتزة

- يحدث الشلل الدماغي الترنخي (Ataxic CP)

- مشية غير مستقرة

- رجفة أثناء الحركة

- صعوبات في النطق (Dysarthria)

خامساً: المادة البيضاء حول البطينات

(Periventricular White Matter)

تقع حول البطينات الدماغية، وتحتوي على: الألياف العصبية التي تنقل الإشارات الحركية من الدماغ إلى الأطراف وتؤدي الإصابة إلى: تلف الألياف العصبية الحركية المتجهة للأطراف السفلية

تحدث هذه الإصابة:

- الشلل الدماغي التشنجي الثنائي السفلي (Spastic Diplegia)

- صعوبة المشي

- تصلب الساقين أكثر من الذراعين

وتُعرف هذه الحالة طبياً باسم:

Periventricular Leukomalacia (PVL)

النمط السريري	الوظيفة المتأثرة	منطقة الإصابة
ضعف/شلل حركي	التحكم الإرادي	القشرة الحركية
شلل تشنجي	توتر العضلات	المسارات الهرمية
شلل كنعي	تنظيم الحركة	العقد القاعدية
شلل رنجي	التوازن والتناسق	المخيخ
شلل ثنائي سفلي	نقل الأوامر الحركية	المادة البيضاء حول البطينات

4-الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية العصبية

إضافةً إلى الاضطرابات الحركية، يعاني الطفل المعاق حركيًا عصبياً من اضطرابات مصاحبة ناتجة عن التلف الدماغي، وقد تتمثل فيما يلي:

الاضطرابات الحسية:

اضطرابات بصرية: متنوعة ومعروفة، وتقدر بحوالي 50% من الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية العصبية. من هذه الاضطرابات

الحول (Strabisme) خلل في عضلات العين يؤدي إلى عدم توازي العينين عند النظر في اتجاه معين

أخطاء الانكسار : مثل طول النظر (Hyperopie) حيث يواجه الطفل صعوبة في رؤية الأشياء عن قرب فيبعتها عند رؤيتها وقصر النظر (Myopie) وهي صعوبة في رؤية الأشياء عن بعد فيقربها من عينيه.

وكذلك نقص الرؤية الجانبية: (Hémianopsie) يحدث لدى بعض الأطفال المصابين نصفياً، ويعني عدم قدرة العين على توجيه النظر إلا من جهة واحدة، يمكن تصحيح أخطاء الانكسار بالنظارات.

الاضطرابات السمعية: يعاني منها نسبة مهمة من الأطفال، قد تصل بعض التقديرات إلى 5-12% حسب الدراسات، وتظهر خاصة لدى النوع الالتوائي (الأتيتوز) مقارنةً بالأنواع الأخرى.

اضطرابات اللمس: لا يستطيع الطفل التعرف إلى أشكال هندسية أو أشياء مألوفة باللمس فقط دون الاستعانة بالبصر.

الاضطرابات إدراكية : مثل اضطراب الإدراك السمعي وهو صعوبة في تمييز الأصوات الحادة من الغليظة، أو التمييز بين الأصوات المجهورة والمحبوسة، واضطراب الإدراك البصري: وهو لا يدل على ضعف حدة البصر، بل يعبر عن صعوبات في التمييز البصري والتأزر البصري، وصعوبة التمييز بين الشكل والخلفية، وفي تقدير المسافات وإدراك العمق، وتمييز اليمين من اليسار.

الاضطرابات السلوكية: لا توجد اضطرابات سلوكية خاصة فقط بأطفال الإعاقة الحركية العصبية، لكن سُجلت بعض السلوكيات مثل فرط النشاط، فقدان التوازن، ضعف التركيز والانتباه، الخوف، الانفعالية، والعدوانية في بعض الحالات.

اضطرابات اللغة والتواصل: يعانون من مشاكل لغوية وكلامية وذلك باختلاف الأشكال والاضطرابات الحركية، والتي قد تمس الحنجرة والفم ككل، من هذه الاضطرابات:

- تأخر لغوي حاد (ديسفازيا)
- عدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها.
- تأخر الكلام نتيجة ضعف النمو المعرفي أو مشاكل سمعية.
- اضطرابات في النطق ذات أصل عصبي مثل Anarthrie ، Dysarthrie.
- أي إصابة على مستوى الجهاز العصبي المركزي تنعكس مباشرة على الآليات العصبية المحيطة؛ أي أن أي خلل في أحد المكونات التشريحية والفيزيولوجية يؤدي إلى اضطراب في الكلام.
- الاضطرابات التنفسية:** يعاني مختلف الأطفال المصابين باضطرابات في وظيفة التنفس بسبب شلل جزئي أو كلي للعضلات الصدرية والبطنية، فنجد الشهيق غير عميقاً والزفير متقطعاً لأن الحجاب الحاجز لا يعمل بشكل سليم.
- الاضطرابات الفموية وتشوهات الأسنان :** معظم الأطفال المصابين يعانون من أشكال مختلفة من التشوهات والاضطرابات الفموية والأسنانية، منها:

- سيلان اللعاب بسبب ارتخاء اللسان وضعف حركة الشفتين وعدم القدرة على غلقهما.

- المسالك الخاطئة: (Les fausses routes) تقاطع المسالك الهوائية مع الهضمية يعرقل البلع والتنفس والكلام، ويحدث خاصة عند محاولات البلع غير المتناسقة.

اضطرابات عملية البلع:

البلع عملية انعكاسية يمر خلالها الغذاء من الفم نحو المريء ثم المعدة، هو عمل حركي ناتج عن انقباضات عضلية تحدث آلاف المرات يوميًا عند الأكل والشرب.

وتنتج اضطرابات عملية البلع: (Dysphagie) عن خلل في الميكانيزمات الفيزيولوجية للبلع أو في أحد مراحله، إضافةً إلى عوامل تتعلق بالوضعية العامة للرقبة والجذع، أو خلل في التحكم العضلي. من مظاهر اضطراب البلع:

- سيلان اللعاب المستمر.
- عدم القدرة على غلق الشفاه.
- تبلل منطقة الصدر بشكل دائم.
- اضطرابات هضمية.
- عدم انتظام التنفس.
- اضطراب في وضعية الجسم مثل انحناء الجذع نحو الأمام.

إذن تتسم غالبًا بغياب المنعكس البلعي الطبيعي، وقد يتجه الطعام إلى القصبة الهوائية بدل المريء، مما يسبب مشاكل تنفسية؛ كما يؤدي نقص قوة العضلات الفموية إلى سيلان اللعاب وصعوبة دفع الأكل نحو المريء، هذه المشاكل البلعية قد تؤدي إلى اضطرابات نطقية لأن أعضاء النطق والبلع مشتركة.

تبدأ عملية البلع منذ الحياة الجنينية عبر بلع السائل الأمنيوسي، ثم يتحول بعد الولادة إلى منعكس مصّ-بلع ابتدائي يتطور لدى الأطفال الطبيعيين إلى بلع راشد مكوّن من حركات فموية دقيقة. أمّا لدى الأطفال المعاقين حركيًا عصبيًا فقد يبقى التطور منقطعًا ويستمر الاعتماد على مخططات حركية انعكاسية غير ناضجة.

5- التكفل الأرففوني بحالات الإعاقة الحركية الدماغية:

يرتكز على تمارين وحركات فموية ووجهية تساعد على تحسين البلع والتغذية والنطق، ويؤكد المختصون على استخدام التدريب الحركي الفموي كمقدمة لتعليم الأصوات، أمثلة على هذه التمارين :

- إرخاء الأعضاء المشاركة في التنفس
- تدوير الجذع من جهة إلى أخرى، فتح الفم والنطق بصوت ممتد [a]
- تمارين الشفتين والوجه: طلب التيسم والضحك، القيام بحركات مضغ، حركات مختلفة للسان والشفيتين، التحكم بالشفيتين مثل إمساك قطعة ورق بالشفيتين، فتح وغلق الفم.
- بعدها يقوم المختص بتعليم الحروف والأصوات بطرق تناسب حالة الطفل، ويستخدم المرأة لتقوية وعي المفحوص بالحركات المطلوبة.

خلاصة:

يُعرف الشلل الدماغى (Cerebral Palsy) بأنه إعاقة نمائية حركية تنشأ نتيجة تلف أو خلل غير تطوري وثابت عضوياً في الدماغ غير مكتمل النمو، ويحدث ذلك خلال المرحلة الجنينية أو أثناء الولادة أو في العامين الأولين بعدها. ويؤثر هذا الخلل العصبي المركزي بشكل دائم في التحكم الحركي الإرادي والتآزر العضلي والتوازن، وتختلف مظاهره السريرية باختلاف موضع الإصابة الدماغية وشدتها .

وتصاحب الشلل الدماغى اضطرابات متعددة ناتجة عن التلف الدماغى تشمل: اضطرابات حسية (كالحول وأخطاء الانكسار بنسبة 50%)، ونقص الرؤية الجانبية، واضطرابات السمع واللمس)، واضطرابات إدراكية سمعية وبصرية، واضطرابات سلوكية كفرط النشاط وتشتت الانتباه . كما يعاني المصابون من اضطرابات حادة في اللغة والتواصل تشمل التأخر اللغوي واضطرابات النطق العصبية (Dysarthria) نتيجة شلل جزئي أو كلي للعضلات الصدرية والبطنية، مما يسبب قصوراً في وظيفة التنفس وجعل الزفير منقطعاً. وتظهر أيضاً تشوهات الأسنان واضطراب عملية البلع (Dysphagie) المتمثل في سيلان اللعاب المستمر والمسالك الخاطئة للطعام نحو القصبة الهوائية، نظراً لقصور القوة العضلية الفموية وبقاء التطور الحركي البلعي منقطعاً عند مخططات انعكاسية غير ناضجة .

ويتطلب هذا الاضطراب تدخلاً متعدد التخصصات وتأهيلاً مستمراً، ويرتكز التكفل الأطفوني بالدرجة الأولى على تطبيق تمارين وحركات فموية ووجهية مكثفة لتحسين البلع والتغذية والنطق، وتستخدم التدريبات الحركية الفموية كمقدمة لتعليم الأصوات، وتتضمن حركات لإرخاء أعضاء التنفس، وتدوير الجذع، بالإضافة إلى تمارين الشفتين والوجه واللسان (كالمضغ، والتبسم، وإمساك الورق بالشفيتين)، ليعقبها الانتقال لتعليم الحروف والأصوات بالاستعانة بالمرآة لتعزيز الوعي الحركي البصري لدى الطفل .

أسئلة التقييم الذاتي للمحاضرة:

1. ما المقصود بالشلل الدماغي، ومتى تحدث الإصابة الدماغية المسببة له؟
2. ما الفرق بين الأنواع الأساسية للشلل الدماغي حسب نوع الإصابة؟
3. ما أهم الاضطرابات الحسية واللغوية المصاحبة للشلل الدماغي؟
4. ما المقصود بعسر التلفظ (Dysarthria) وعسر البلع (Dysphagia) ؟
5. ما أهداف التكفل الأطفوني لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي؟
6. ما أهمية التمارين الحركية الفموية والوجهية في تحسين النطق والبلع لدى الطفل المصاب بالشلل الدماغي؟

المحاضرة السادسة: اضطراب طيف التوحد

Autism Spectrum Disorder – ASD

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم اضطراب طيف التوحد
- أن يتعرف الطالب على معايير تشخيص طيف التوحد حسب DSM5
- أن يميز الطالب بين التصنيفات السابقة لاضطراب طيف التوحد والتصنيفات الحالية حسب DSM5
- أن يتعرف الطالب على اضطرابات اللغة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد

تمهيد:

يُعدّ اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر في مراحل النمو المبكرة، ويستمر أثرها عبر مختلف مراحل الحياة، يتميز هذا الاضطراب بوجود قصور نوعي في التواصل والتفاعل الاجتماعي، إلى جانب أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة، تختلف في شدتها ومظاهرها من فرد إلى آخر، وهو ما يفسر تسميته بـ«الطيف».

وقد شهد مفهوم اضطراب طيف التوحد تطوراً ملحوظاً في التصنيفات التشخيصية الحديثة، حيث انتقل من تصنيفات منفصلة إلى مقارنة شمولية، فقد ألغى كلٌّ من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 والتصنيف الدولي للأمراض ICD-11 التقسيمات التقليدية السابقة (مثل التوحد الطفولي ومتلازمة أسبرغر)، ودجّجها ضمن تشخيص واحد، مع التأكيد على ضرورة تحديد مستوى الشدة والحاجة إلى الدعم، إضافة إلى الخصائص المصاحبة كالإعاقة الذهنية أو الاضطرابات اللغوية.

وتشير الأدبيات العلمية إلى أن أعراض اضطراب طيف التوحد تظهر غالباً خلال السنوات الأولى من العمر، إلا أن بعض الحالات قد لا تُشخّص إلا لاحقاً، عندما تتجاوز المتطلبات الاجتماعية واللغوية قدرات الطفل. كما قد يترافق الاضطراب مع تفاوت كبير في القدرات المعرفية واللغوية؛ فبينما يعاني بعض الأفراد من تأخر لغوي وإعاقة

ذهنية، يظهر آخرون قدرات معرفية عادية أو مرتفعة مع صعوبات واضحة في التفاعل الاجتماعي والتواصل البراغماتي.

ولا يقتصر أثر اضطراب طيف التوحد على الجانب الاجتماعي فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب السلوكية والانفعالية والحسية، حيث يظهر لدى كثير من الأفراد فرط أو نقص في الاستجابة للمثيرات الحسية، إضافة إلى التمسك بالروتين ومقاومة التغيير، وهي خصائص تؤثر بشكل مباشر في التكيف المدرسي والاجتماعي.

وتكمن أهمية الاهتمام باضطراب طيف التوحد في آثاره التربوية والنفسية والاجتماعية بعيدة المدى، مما يستدعي تشخيصًا مبكرًا ودقيقًا، وتدخلًا متعدد التخصصات يشمل الجوانب التربوية والنفسية والأطفونية، بهدف تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتعزيز استقلالية الفرد وجودة حياته.

1. تعريف اضطراب طيف التوحد

هو أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر على الطفل من خلال السنوات الثلاثة الأولى سببها اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ ومختلف جوانب النمو فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي والاضطرابات الخاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية. إما بفرط النشاط أو الخمول أو تكرار دائم لحركات أو مقاطع الكلمات آليا (سهيل، 2015، ص 32).

يمكن تعريف الطفل التوحدي بأنه ذلك الطفل الذي يعاني من اضطرابات في النمو قبل السنة الثالثة من العمر، وبالتالي يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله والاستغراق في التفكير مع ضعف الانتباه، وضعف التواصل، كما يتميز بنشاط حركي زائد أو العكس ونمو لغوي بطيء، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية ويقاوم التغيير في بيئته (المقابلة، 2016، ص 15).

اضطراب نمائي عصبي يظهر في فترة الطفولة المبكرة، ويتميز الطفل التوحدي بعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي، اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي، سلوكيات نمطية واهتمامات شاذة (فراطسة وعبد العزيز، 2022، ص 593).

وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الخامس (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، يُعرّف اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder - ASD) - كما يلي:

اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي عصبي يتميز بوجود عجز دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، إلى جانب أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة، وتظهر هذه الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة، وتؤدي إلى قصور وظيفي ملحوظ سريريًا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو غيرها من مجالات الحياة اليومية.

ووفق التصنيف الدولي للأمراض – الإصدار الحادي عشر (ICD-11) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، يُعرّف اضطراب طيف التوحد كما يلي:

اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder – ASD) هو اضطراب نمائي عصبي يتميز بوجود قصور مستمر في القدرة على بدء التفاعل الاجتماعي المتبادل والحفاظ عليه، وفي التواصل الاجتماعي، إلى جانب أنماط محدودة ومتكررة من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة، تكون غير نمائية أو غير مناسبة للعمر والسياق الاجتماعي.

تظهر هذه الخصائص خلال فترة النمو المبكر، وقد لا تتضح بالكامل إلا عندما تتجاوز المتطلبات الاجتماعية قدرات الفرد، وتؤدي إلى قصور ملحوظ في الأداء الشخصي أو الأسري أو الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

خصائص أساسية في: ICD-11

- يشمل الاضطراب طيفًا واسعًا من الشدة ومستويات الأداء.
- قد يترافق مع اضطراب في النمو اللغوي أو إعاقة ذهنية أو قد يظهر دونها.
- يتم التشخيص مع تحديد:

- وجود أو غياب اضطراب في النمو الذهني.
- وجود أو غياب ضعف في اللغة الوظيفية.

الرمز التشخيصي في: ICD-11

6A02 – Autism Spectrum Disorder

2-معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب DSM-5

يشترط لتشخيص اضطراب طيف التوحد توفر جميع المعايير كما يلي:

المعيار (A) عجز دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي

يجب أن يظهر جميع ما يلي، عبر سياقات متعددة (حاليًا أو سابقًا)

1. قصور في التبادلية الاجتماعية والانفعالية، مثل:

○ ضعف تبادل الاهتمامات أو الانفعالات.

○ فشل في بدء التفاعل الاجتماعي أو الاستجابة له.

○ انخفاض المشاركة الاجتماعية المتبادلة.

2. قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، مثل:

○ ضعف التواصل البصري.

○ محدودية تعابير الوجه والإيماءات.

○ ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي.

3. قصور في تطوير العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها وفهمها، مثل:

○ صعوبة تكييف السلوك مع السياقات الاجتماعية المختلفة.

○ صعوبة مشاركة اللعب التخيلي أو تكوين الصداقات.

○ ضعف الاهتمام بالأقران.

المعيار (B) أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة

يجب توفر اثنين (2) على الأقل من المظاهر التالية (حاليًا أو سابقًا)

1. حركات نمطية متكررة، أو استخدام نمطي للأشياء، أو كلام متكرر

مثل: الرفرفة، ترتيب الأشياء، التردد اللفظي

2. الإصرار على التماثل والروتين، ومقاومة التغيير

مثل: الضيق الشديد عند التغيرات البسيطة.

3. اهتمامات شديدة ومحدودة غير عادية من حيث الشدة أو التركيز.

4. فرط أو نقص الاستجابة للمثيرات الحسية، أو اهتمام غير عادي بالجوانب الحسية للبيئة

مثل: اللامبالاة للألم، الانزعاج من الأصوات، الانجذاب للأضواء أو العكس الحساسية من الضوء

المعيار (C) بداية الأعراض في مرحلة النمو المبكر

- يجب أن تكون الأعراض موجودة خلال مرحلة الطفولة المبكرة.
- قد لا تظهر بشكل كامل إلا لاحقاً عندما تتجاوز المتطلبات الاجتماعية قدرات الفرد.

المعيار (D) القصور الوظيفي السريري

- يجب أن تُسبب الأعراض قصوراً واضحاً سريرياً في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي، المهني، أو غيرها من مجالات الحياة المهمة.

المعيار (E) الاستبعاد التشخيصي

- لا يُفسَّر الاضطراب بشكل أفضل بواسطة إعاقة ذهنية (اضطراب في النمو الذهني) أو تأخر نمائي عام وحده.
- في حال وجود إعاقة ذهنية مصاحبة، يجب أن يكون القصور في التواصل الاجتماعي أكبر من المتوقع مقارنة بمستوى النمو العام.

يُضاف إلى التشخيص تحديد ما يلي:

- مع أو بدون إعاقة ذهنية.

- مع أو بدون اضطراب لغوي.
- مرتبط بحالة طبية أو جينية معروفة.
- مرتبط بعامل بيئي.
- مصحوب باضطرابات نمائية أو نفسية أو سلوكية أخرى.
- مع تحديد مستوى الشدة:

- المستوى 1: يحتاج إلى دعم.
- المستوى 2: يحتاج إلى دعم كبير.
- المستوى 3: يحتاج إلى دعم كبير جدًا.

3-أنواع اضطراب طيف التوحد:

فيما يلي شرح واضح ودقيق للأنواع السابقة لاضطرابات التوحد التي كانت معتمدة قبل DSM-5 ، مع توضيح كيف ولماذا تم دمجها ضمن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد: (ASD)

اضطراب التوحد (Autistic Disorder)

- الظهور: قبل سن 3 سنوات.
- الخصائص الأساسية:
 - عجز واضح في التفاعل الاجتماعي.
 - تأخر أو اضطراب شديد في اللغة الوظيفية.
 - سلوكيات نمطية ومتكررة.
- القدرات المعرفية: غالبًا مصحوب بإعاقة ذهنية (ليس دائمًا)
- الشدة: متوسطة إلى شديدة، وهو يُقابل اليوم غالبًا مستوى 2 أو 3 حسب الشدة.

متلازمة أسبرغر (Asperger's Disorder)

- الظهور: مبكر، لكن غالبًا دون تأخر لغوي واضح.
- الخصائص:
 - صعوبات نوعية في التفاعل الاجتماعي.
 - اهتمامات محدودة وشديدة.
 - لغة شكلية جيدة مع ضعف براغماتي (استخدام اللغة اجتماعيًا)
 - الذكاء: عادي يعني متوسط أو فوق المتوسط.
 - اللغة: لا يوجد تأخر لغوي بنيوي.
- وتُدرج اليوم ضمن مستوى 1 (يحتاج إلى دعم)

الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS)

- الوصف: أعراض توحدية واضحة لكنها لا تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب التوحد أو أسبرغر.
- الخصائص:
 - صعوبات اجتماعية وتواصلية.
 - سلوكيات نمطية أقل وضوحًا أو أقل عددًا.
- الشدة: خفيفة إلى متوسطة، وهو يُصنّف اليوم ضمن ASD مع تحديد مستوى الشدة والمحددات التشخيصية.

اضطراب التفكك الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)

- الظهور: نمو طبيعي أولي لمدة سنتين على الأقل.
- الخصائص:

- فقدان مفاجئ ومهم لمهارات مكتسبة (اللغة، التفاعل، التحكم الإخراجي)
- ظهور أعراض توحدية شديدة.

• الشدة: شديدة جدًا، و يُدرج اليوم ضمن المستوى 3 في الغالب.

متلازمة رت (Rett Syndrome)

- الظهور: غالبًا عند الإناث.
- الخصائص:
 - فقدان تدريجي للمهارات الحركية واللغوية.
 - حركات يد نمطية مميزة.
- السبب: طفرة جينية (MECP2) ويُقصد بـ الطفرة الجينية (MECP2) حدوث تغيير غير طبيعي في جين يُسمى MECP2 ، وهو جين بالغ الأهمية في نمو الدماغ ووظائفه العصبية.
- MECP2 هو اختصار لـ:

Methyl-CpG Binding Protein 2

- يقع هذا الجين على الكروموسوم X.
- يرمز لبروتين مسؤول عن: تشغيل وإيقاف بعض الجينات، نمو الخلايا العصبية، تشكّل الوصلات العصبية (Synapses) والحفاظ على الوظائف المعرفية واللغوية والحركية، بحيث أن أي خلل في هذا الجين يؤثر مباشرة في تطور الدماغ.

"طفرة جينية في MECP2 تعني أن التسلسل الجيني الطبيعي لـ MECP2 قد تغير (حذف، استبدال، أو خلل) وينتج عن ذلك بروتين MECP2 غير وظيفي أو ناقص، يؤدي هذا الخلل إلى اضطراب في تنظيم الجينات المسؤولة عن النمو العصبي.

و متلازمة رت (Rett Syndrome) تُعد أشهر اضطراب مرتبط بطفرة MECP2 وهي تصيب الإناث لأن الجين على الكروموسوم X

- تظهر بعد فترة نمو طبيعي نسبيًا.

- الأعراض الأساسية:

- فقدان المهارات المكتسبة (خاصة اللغة والحركة)

- حركات نمطية لليدين (الفرك، العصر)

- اضطرابات تواصل شديدة.

- تأخر عقلي واضح.

- مشاكل حركية وتنفسية.

في DSM-4 كانت متلازمة رت تُصنّف ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)

لكن في DSM-5 تم استبعاد متلازمة رت من اضطراب طيف التوحد، لأنها اضطراب جيني محدد السبب وليس طيفًا سلوكيًا غير محدد السبب، ومع ذلك: قد تظهر أعراض شبيهة بالتوحد مثل ضعف التواصل، السلوك النمطي... لكنها تكون ناتجة عن طفرة جينية واضحة (MECP2)

الطفرة الجينية في جين MECP2 هي تغير مرضي يصيب جينًا مسؤولًا عن تنظيم نمو الدماغ ووظائفه العصبية، ويؤدي غالبًا إلى متلازمة رت، وهي اضطراب نمائي عصبي ذو سبب جيني محدد، قد يتشابه سريريًا مع التوحد لكنه مُستبعد من تشخيص اضطراب طيف التوحد في DSM-5

لماذا تم دمج هذه الأنواع في DSM-5 ؟

ألغى DSM-5 التصنيفات الفرعية السابقة لاضطرابات التوحد، ودمجها ضمن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد، مع اعتماد مستويات الشدة والمحددات التشخيصية بدل الأنواع المنفصلة.

الدمج كان بسبب التداخل الكبير في الأعراض بين الأنواع، وضعف الثبات التشخيصي بين المختصين وصعوبة التمييز السريري بين الفئات حيث أن الأنواع السابقة لاضطرابات التوحد كانت متداخلة وغير واضحة الحدود، مما

أدى إلى اختلاف التشخيصات لنفس الحالة، وهو ما دفع DSM-5 إلى اعتماد مفهوم اضطراب طيف التوحد بدل التصنيفات المنفصلة، فاعتماد مقارنة **الطيف** تعكس التدرج في الشدة والقدرات.

كيف يُشخّص الفرد اليوم؟

بدل السؤال: أي نوع من التوحد؟ أصبح السؤال:

- ما مستوى الشدة؟ * ما الحاجة إلى الدعم؟
- هل توجد إعاقة ذهنية أو اضطراب لغوي مصاحب؟

خلاصة:

يُعدّ اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل، وتؤثر في التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك. ويتميز الأطفال المصابون به بضعف التفاعل الاجتماعي، واضطرابات التواصل اللفظي وغير اللفظي، إضافة إلى السلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة والمتكررة.

وقد عرّف كل من DSM-5 و ICD-11 التوحد باعتباره طيفاً واسعاً تختلف فيه درجات الشدة ومستويات الأداء من فرد لآخر، وقد يترافق مع إعاقة ذهنية أو اضطراب لغوي أو يظهر بدونهما.

وتشمل معايير التشخيص وجود عجز دائم في التواصل الاجتماعي، وأنماط سلوكية متكررة، وظهور الأعراض في الطفولة المبكرة مع تأثيرها الواضح في الأداء اليومي، كما يعتمد التشخيص الحديث على تحديد مستوى الدعم الذي يحتاجه الفرد بدل تصنيفه ضمن أنواع منفصلة.

وقد كانت التصنيفات السابقة تشمل اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرغر، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، واضطراب التفكك الطفولي، ومتلازمة رت. إلا أن DSM-5 دمج معظم هذه الاضطرابات تحت مسمى اضطراب طيف التوحد بسبب التداخل الكبير في الأعراض وصعوبة التمييز بينها. ويُعدّ التقييم الدقيق والتدخل المبكر والدعم التربوي والتأهيلي من أهم العوامل التي تساعد على تحسين مهارات التواصل والتكيف لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

أسئلة التقييم الذاتي للمحاضرة:

1. كيف يُعرّف اضطراب طيف التوحد وفق DSM-5 و ICD-11؟
2. ما أبرز مظاهر القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل التوحيدي؟
3. ما أهم المعايير الأساسية لتشخيص اضطراب طيف التوحد؟
4. لماذا تم دمج الاضطرابات السابقة مثل أسبرغر ... ضمن ASD في DSM-5 ؟
5. ما أهمية التدخل المبكر في تحسين مهارات الطفل ذي اضطراب طيف التوحد؟

المحاضرة السابعة: اضطرابات اللغة فف اضطراب طفف التوحد والتكفل الأرففونف

الأهءاف الخاصة للمحاضرة:

- أن ففعر الطالب على مءءلف اضطرابات اللغة فف اضطراب طفف التوحد
- أن ففعر الطالب على بعض البرامج العلافة لاضطرابات اللغة عند هذه الفءة

تمهفء:

فعد اضطراب طفف التوحد من الاضطرابات النمائفة العصففة الفف فؤثر بشكل مباشر فف قدرات التواصل واللغة والتفاعل الاجتماعي لءف الطفل، وتظهر آءاره بوضوح فف السنوات الأولى من النمو. وفعبر اضطرابات اللغة من أبرز السمات المصاحبة لهذا الاضطراب، ففث فتنوع من ففاب تام للكلام إلى وجود لغة شكلفة لا ففستخدم بشكل وظفف فف الففة الاجتماعية. كما ففجلى الصعوبات فف عدة مستويات ففمل اللغة التعبرفة والاستقبالة والتداولفة، إضافة إلى اضطرابات النبرة والإفقاء الصوفف وضعف التواصل ففر اللفظف. ومع فطور أسالفف الفشففص والتءءل، أصبح التكفل الأرففونف جزءًا أساسفًا من الرعاة المءكاملة لهذه الفءة، ففث فهدف إلى فءسفن مهارات التواصل اللغوف والاجتماعف باسءءءام برامج متنوعة فقلفءفة وءءفءة، فعءمء على الفءرفب السلوكف والتعلم الطبعف والتقنفات المسانءة.

1- اضطرابات اللغة فف اضطراب طفف التوحد

فعد اضطرابات اللغة من السمات الجوهرفة المصاحبة لاضطراب طفف التوحد، إلا أنها ففءلف فف النوع والشءة من طفل لآخر، وقد فتراوح بفن ففاب اللغة فمافًا إلى لغة شكلفة ففءة مع فلل فف الاسءءءام الوظففف والاجتماعف.

أولًا: اضطرابات اللغة التعبرفة

وتفمئل فف الصعوبات الفف فواجهها الطفل فف إنءاج اللغة، وففمل:

- تأءر ظهور الكلام أو ففابه كلفًا لءف بعض الأطفال.
- مءءوءفة المفراءات مقارنة بالعمر الزمف.

- استخدام كلمات أو عبارات خارج سياقها الصحيح.
- التردد اللفظي: (Echolalia)
 - ترديد فوري لما يسمعه الطفل.
 - ترديد مؤجل لعبارات سمعها سابقًا.
- عكس الضمائر مثل: استخدام “أنت” بدل “أنا”
- صعوبة تكوين جمل مترابطة نحويًا ودلاليًا.

ثانيًا: اضطرابات اللغة الاستقبالية

وتشير إلى صعوبات فهم اللغة، ومن مظاهرها:

- ضعف فهم التعليمات اللفظية، خاصة المركبة منها.
- صعوبة فهم الأسئلة المفتوحة.
- ضعف إدراك المعاني المجردة.
- الفهم الحرفي للكلام وعدم إدراك المعنى الضمني.

ثالثًا: اضطرابات التداولية (اللغة الاجتماعية)

وهي الأكثر تميزًا لدى أطفال التوحد، حتى عند من يمتلكون حصيلة لغوية جيدة:

- صعوبة بدء الحوار أو المحافظة عليه.
- ضعف تبادل الأدوار في الحديث.
- عدم مراعاة سياق الكلام أو اهتمام المستمع.
- صعوبة استخدام اللغة للتعبير عن المشاعر والاحتياجات.
- ضعف فهم النكات، المجاز، الاستعارات، والسخرية.

رابعًا: اضطرابات النبرة والإيقاع الصوتي (Prosody)

وتشمل:

- نبرة صوت غير مناسبة (رتيبة أو مبالغ فيها)
- خلل في الإيقاع والتنغيم.
- ارتفاع أو انخفاض غير مناسب في شدة الصوت.

خامسًا: الاضطرابات غير اللفظية المصاحبة للغة

رغم أنها ليست لغوية بحتة، إلا أنها تؤثر مباشرة في التواصل:

- ضعف التواصل البصري.
- محدودية الإيماءات والتعابير الوجهية.
- ضعف التكامل بين الكلام والإشارات غير اللفظية.

سادسًا: التفاوت الكبير في القدرات اللغوية

- بعض الأطفال غير ناطقين.
- آخرون يمتلكون لغة سليمة شكليًا لكن غير وظيفية اجتماعيًا.
- قد تظهر قدرات لغوية متقدمة في مجالات محددة مع ضعف في الاستخدام العام.

2- التكفل الأطفوني بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

تُعد برامج التكفل الأطفوني جزءًا أساسيًا من التدخل متعدد التخصصات للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD)، وتهدف إلى تحسين مهارات اللغة والتواصل الاجتماعي، مع مراعاة الخصائص النمائية والسلوكية لكل طفل. ويمكن تصنيف هذه البرامج إلى برامج تقليدية وبرامج معاصرة، مع التركيز على دمجها مع التدخل التربوي والنفسي.

البرامج التقليدية

تركز البرامج التقليدية على العلاج اللغوي المباشر والتدريب السلوكي، وتشمل:

أ. العلاج السلوكي (Behavioral Therapy)

- يعتمد على مبادئ التعزيز الإيجابي لتعليم اللغة والتواصل خطوة بخطوة.
- من أبرز أشكال العلاج السلوكي التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، الذي يهدف إلى تعليم مهارات اللغة والكلام باستخدام تعزيز متكرر.

ب. برامج تعليم الكلام والنطق التقليدية

- تتضمن تمارين النطق والكلام، المفردات، تركيب الجمل باستخدام التكرار والتدريب الحركي الصوتي، فعالة للأطفال الذين لديهم تأخر لغوي واضح، لكنها أقل تأثيراً على التواصل الاجتماعي الوظيفي.

ج. التدخل المبكر القائم على المعلمين أو الأهل مثل (TEACCH)

- يعتمد على تنظيم البيئة والتعلم المهيكّل لتعزيز اللغة والمهارات الحركية والاجتماعية.
- يحسن التواصل الوظيفي، لكنه أقل مرونة في المواقف الطبيعية مقارنة بالبرامج المعاصرة.

البرامج المعاصرة

تركز البرامج الحديثة على التواصل الاجتماعي واللغة الوظيفية واستخدام التكنولوجيا، وتشمل:

البرنامج الأول: برنامج JASPER للتوحد

الاسم الكامل Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation

الانتباه المشترك، اللعب الرمزي، المشاركة والانخراط وتنظيم الانفعالات

المجال: تدخل أطفوني ونمائي تواصل للآطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)

الفئة العمرية: غالبًا من 2 إلى 6 سنوات، لكنه قابل للتطبيق أيضًا مع الأطفال الأكبر سنًا ذوي صعوبات تواصل مماثلة.

برنامج JASPER يركز على تعزيز المهارات الاجتماعية واللغوية واللعب الرمزي من خلال أربعة محاور رئيسية:

1. الانتباه المشترك: (Joint Attention)

- تعليم الطفل مشاركة التركيز مع شخص آخر على هدف أو نشاط. ح
- مثال: الطفل ينظر إلى لعبة والخصائي يشير إليها، فيتبع الطفل النظر ويتفاعل.
- الهدف: تحسين التواصل الاجتماعي المبكر وإشارات الانتباه غير اللفظي.

2. اللعب الرمزي: (Symbolic Play)

- تعليم الطفل اللعب الخيالي والرمزي، مثل استخدام الأشياء لتمثيل أشياء أخرى.
- الهدف: تطوير الخيال، اللغة، والمهارات الاجتماعية.

3. المشاركة والانخراط: (Engagement)

- تشجيع الطفل على التفاعل النشط مع المعالج أو الوالدين أو الأقران.
- الهدف: زيادة التركيز والانخراط في النشاط التعليمي أو الترفيهي المشترك.

4. تنظيم الانفعالات: (Regulation)

- مساعدة الطفل على تنظيم الانفعالات والسلوكيات أثناء اللعب والتعلم.
- الهدف: الحد من السلوكيات المكررة أو العدوانية الناتجة عن الإحباط، وتحسين القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة.

أسلوب التدخل

- التعلم الطبيعي والتفاعلي : يتم دمج التدخل داخل اللعب اليومي والأنشطة المفضلة للطفل.
- تعليم مهارات التواصل أثناء اللعب : كل نشاط يهدف إلى تحفيز استخدام اللغة والتواصل الوظيفي.
- تعزيز السلوك الإيجابي : استخدام التعزيز الفوري والإيجابي عند محاولات الطفل للتواصل أو الانخراط في اللعب.
- المشاركة الأبوية : يشرك البرنامج الوالدين أو مقدمي الرعاية لتعزيز استمرارية التعلم في المنزل.

خطوات التطبيق الأساسية

1. تقييم مهارات الطفل الحالية في الانتباه المشترك، اللعب الرمزي، اللغة، والانخراط الاجتماعي.
2. اختيار الأنشطة المفضلة للطفل لتشجيع المشاركة والتفاعل.
3. دمج تعليم المهارات الأربعة (J, S, E, R) في كل نشاط:
 - ملاحظة الطفل، مشاركة الانتباه، استخدام اللعب الرمزي، تعزيز التواصل، تنظيم الانفعالات.
4. التعزيز الإيجابي المستمر لكل محاولة ناجحة، سواء كانت لفظية أو غير لفظية.
5. التقييم الدوري لضبط المستوى والتقدم وتحسين فعالية البرنامج.

الفوائد والفعالية

- ثبت علمياً أن برنامج JASPER:
 - يزيد اللغة التعبيرية والاستقبالية.
 - يحسن الانتباه المشترك والتواصل الاجتماعي المبكر.
 - يقلل من السلوكيات النمطية والعدوانية.
 - يعزز قدرة الطفل على المشاركة والتفاعل مع الآخرين.

المحاور الأربعة لبرنامج JASPER هي:

1. الانتباه المشترك: (Joint Attention)

- قدرة الطفل على مشاركة التركيز والانتباه مع شخص آخر على شيء أو نشاط معين، مثل النظر إلى لعبة مع المعالج أو متابعة النظر والإيماءات.
- الهدف: تعزيز التواصل الاجتماعي المبكر وفهم إشارات الآخرين.

2. اللعب الرمزي: (Symbolic Play)

- تعلم اللعب التخيلي والرمزي، مثل استخدام الأشياء لتمثيل أشياء أخرى أو تقليد الأدوار.
- الهدف: تطوير الخيال واللغة والمهارات الاجتماعية.

3. المشاركة والانخراط: (Engagement)

- تشجيع الطفل على الانخراط والتفاعل النشط مع المعالج أو الوالدين أو الأقران أثناء الأنشطة اليومية.
- الهدف: زيادة التركيز والمشاركة في الأنشطة التعليمية أو الترفيهية.

4. تنظيم الانفعالات: (Regulation)

- مساعدة الطفل على تنظيم السلوكيات والانفعالات أثناء اللعب والتعلم.
- الهدف: تقليل السلوكيات التكرارية أو العدوانية وتحسين القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة.

البرنامج الثاني: برنامج Pivotal Response Treatment (PRT)

التدخل القائم على النقاط المحورية

المجال: تدخل سلوكي طبيعي (Naturalistic Behavioral Intervention) للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

الفئة العمرية: غالبًا من 2 إلى 12 سنة، قابل للتطبيق أيضاً مع المراهقين ذوي صعوبات تواصل مماثلة

الفكرة الأساسية للبرنامج

• **PRT** يعتمد على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي (**ABA**) ، لكنه يختلف عن **ABA** التقليدي بكونه:

- **طبيعي ومرن**: يتم داخل الأنشطة اليومية والبيئات الطبيعية للطفل.
- **يركز على النقاط المحورية: (Pivotal Areas)** وهي مهارات تؤثر على سلوكيات متعددة بشكل عام.
- **الهدف هو تعزيز التعلم العام والتواصل الاجتماعي** من خلال التدخل على نقاط محورية أساسية بدلاً من تعليم مهارات مفردة فقط.

النقاط المحورية (**Pivotal Areas**)

البرنامج يركز على أربعة محاور رئيسية (نقاط محورية) تؤثر في سلوكيات متعددة:

1. **الاستجابة للمحفزات: (Motivation)**

- تحفيز الطفل على التعلم والمشاركة في الأنشطة.
- استخدام اختيارات الطفل واهتماماته لتعزيز الرغبة في التواصل والتفاعل.

2. **الاستجابة للمثيرات: (Responsiveness to Multiple Cues)**

- تعليم الطفل الانتباه إلى أكثر من إشارة أو محفز في الوقت نفسه.
- مثال: تمييز الألوان والأشكال أثناء اللعب مع التفاعل اللفظي.

3. **القدرة على التحكم الذاتي: (Self-Management)**

- تعليم الطفل تنظيم سلوكه وانفعالاته أثناء الأنشطة.
- الهدف: تقليل السلوكيات النمطية أو العدوانية وزيادة القدرة على التكيف.

4. الانتباه المشترك: (Initiation of Social Interaction)

- تشجيع الطفل على بدء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بشكل مستقل.
- تعزيز استخدام اللغة للتعبير عن الاحتياجات والمشاعر.

أسلوب التدخل

- التدخل يتم في البيئات الطبيعية للطفل مثل الصف، اللعب، أو المنزل.
- تخصيص الأنشطة حسب اهتمامات الطفل لتعزيز الدافعية للتعلم.
- تعزيز السلوك الإيجابي فورًا باستخدام المكافآت أو التعزيز الطبيعي.
- يشمل التواصل، اللغة، اللعب، والسلوكيات الاجتماعية في نشاط واحد.
- يمكن دمج الأهل والمعلمين لتكرار التدخل خارج الجلسات العلاجية.

الفوائد المثبتة علميًا

- زيادة مستوى اللغة الاجتماعية والتواصل الوظيفي.
- تحسين التحفيز الذاتي والانخراط في التعلم.
- تأثير إيجابي على تعميم المهارات المكتسبة في بيئات مختلفة.
- فعال مع الأطفال ذوي مستويات مختلفة من القدرات المعرفية واللغوية.

البرنامج الثالث برامج التواصل المعزز والبديل

(AAC – Augmentative and Alternative Communication)

برامج AAC هي استراتيجيات وأدوات تساعد الأطفال الذين يعانون من صعوبات في الكلام أو اللغة على التعبير عن أفكارهم واحتياجاتهم ومشاعرهم. وتستخدم لتعزيز التواصل الاجتماعي والوظيفي، سواء كان الطفل قادرًا على الكلام جزئيًا أو لا يتكلم على الإطلاق.

الفئة المستهدفة: الأطفال والمراهقون ذوو اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من تأخر لغوي شديد، ضعف اللغة التعبيرية، أو صعوبة في التواصل الوظيفي.

أهداف برامج AAC

- تمكين الطفل من التواصل الوظيفي والتعبير عن الاحتياجات الأساسية.
- تقليل السلوكيات النمطية أو العدوانية الناتجة عن الإحباط بسبب عدم القدرة على التعبير.
- تعزيز التفاعل الاجتماعي مع الأسرة، الأقران، والمعلمين.
- دعم تعلم اللغة وتطوير المهارات اللفظية عند الإمكان.

أدوات AAC

أ. وسائل غير تقنية (Low-Tech AAC)

- تشمل البطاقات، الصور، الرموز، اللوحات التواصلية.
- مثال PECS (Picture Exchange Communication System):

- الطفل يختار صورة لتبادلها مع المعالج أو الوالد للحصول على الشيء المطلوب.
- فعال جدًا للأطفال غير الناطقين، ويزيد من التواصل الوظيفي.

ب. وسائل تقنية (High-Tech AAC)

- أجهزة إلكترونية وتطبيقات لوحية توفر رموزًا أو أصواتًا للتعبير.

3- استراتيجيات عامة للتكفل الأطفوني

- التدخل المبكر والمكثف: جلسات متعددة أسبوعيًا للأطفال قبل سن 3-4 سنوات.
- استخدام اللعب والأنشطة الطبيعية لتعليم اللغة والاجتماعيات.
- الدعم الأسري والمشاركة في الجلسات لتعزيز التعلم خارج المركز.

- التقييم الدوري والتعديل المستمر للبرنامج حسب تقدم الطفل.
- اختيار البرنامج يعتمد على مستوى اللغة، القدرات المعرفية، والحاجة إلى الدعم لكل طفل.
- غالبًا ما يتم دمج عدة برامج لتحقيق أفضل النتائج.
- الهدف النهائي هو تعزيز اللغة الوظيفية، التواصل الاجتماعي، والاستقلالية اليومية للطفل

خلاصة:

تضح من خلال هذه المحاضرة أن اضطرابات اللغة تُعد من أبرز السمات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد، وتظهر بدرجات متفاوتة تشمل اللغة التعبيرية والاستقبلية والتداولية، إضافة إلى اضطرابات النبرة والإيقاع الصوتي وضعف التواصل غير اللفظي. كما يتميز الأطفال ذوو التوحد بتفاوت كبير في القدرات اللغوية، حيث قد يفتقد بعضهم اللغة تمامًا بينما يمتلك آخرون لغة شكلية غير وظيفية اجتماعيًا.

وقد بينت المحاضرة أن التكفل الأطفوني يمثل محورًا أساسيًا في التدخل العلاجي، من خلال برامج تقليدية تعتمد على التدريب السلوكي وتعليم النطق، وأخرى حديثة تركز على التعلم الطبيعي والتواصل الوظيفي مثل JASPER وPRT، إضافة إلى برامج التواصل المعزز والبديل (AAC) التي تدعم قدرة الطفل على التعبير والتفاعل.

كما أكدت على أهمية التدخل المبكر، وتكييف البرامج حسب قدرات الطفل واحتياجاته، مع إشراك الأسرة والمعلمين لضمان تعميم المهارات في الحياة اليومية، بهدف تحسين التواصل الاجتماعي واللغوي وتعزيز الاستقلالية والاندماج الاجتماعي.

أسئلة التقييم الذاتي:

1. ما أبرز مظاهر اضطرابات اللغة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
2. ما المقصود باضطرابات النبرة والإيقاع الصوتي (Prosody) ؟
3. كيف تختلف البرامج التقليدية عن البرامج المعاصرة في التدخل الأطفوني؟
4. ما فكرة برنامج JASPER وكيف يساهم في تنمية التواصل الاجتماعي؟
5. ما المقصود ببرنامج PRT وما هي النقاط المحورية التي يعتمد عليها؟
6. ما أهمية استخدام برامج التواصل المعزز والبديل (AAC) في تحسين تواصل الأطفال غير الناطقين؟

المحاضرة الثامنة: اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركي (ADHD)

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركي (ADHD)
- أن يتعرف الطالب على المعايير التشخيصية لاضطراب ADHD حسب DSM5
- أن يتعرف الطالب على أنواع الاضطراب حسب العرض السائد
- أن يتعرف الطالب على اضطرابات اللغة لدى هذه الفئة
- أن يتعرف الطالب على بعض الاستراتيجيات وبرامج التكفل الأطفوني بهذه الفئة

تمهيد

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) هو اضطراب نمائي عصبي شائع يبدأ في الطفولة ويتميز بصعوبات مستمرة في الانتباه، التحكم السلوكي، وفرط النشاط. يعاني العديد من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب من مشكلات لغوية وتواصلية تشمل صعوبات في التعبير والاستقبال والتنظيم اللغوي، مما يؤثر على تعلمهم وتفاعلهم الاجتماعي. لذلك يُعد التكفل الأطفوني عنصراً أساسياً للتدخل، حيث يهدف إلى تحسين اللغة التعبيرية والاستقبالية، تعزيز مهارات التواصل الاجتماعي، وتطوير استراتيجيات تنظيم اللغة والمهارات التنفيذية لدى الطفل، من خلال برامج وأنشطة محددة تراعي احتياجاته الفردية.

1- مفهوم الاضطراب:

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركي Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ADHD هو اضطراب نمائي عصبي يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ويتميز بنمط مستمر من عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية الذي يؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي، الاجتماعي للطفل والمهني فيما بعد.

2-المعايير التشخيصية لاضطراب ADHD حسب DSM5

أولاً: أعراض الانتباه - (Inattention) يجب توفر 6 أعراض على الأقل للأطفال حتى سن 16 عاماً أو 5 أعراض للبالغين من 17 سنة فما فوق هذا يعني أن معايير DSM-5 لاضطراب ADHD تختلف قليلاً بين الأطفال والبالغين بسبب طبيعة الأعراض والتكيفات الحياتية:

- للأطفال حتى سن 16 سنة يجب وجود 6 أعراض على الأقل في مجال الانتباه أو فرط النشاط/الاندفاعية لكي يتم التشخيص.
 - للبالغين (≤ 17 سنة) يكفي وجود 5 أعراض فقط بدلاً من 6، لأن بعض الأعراض قد تكون أقل وضوحاً أو أقل شدة في الحياة اليومية للبالغين، لكنها ما زالت تسبب تأثيراً وظيفياً ملحوظاً.
- بعبارة أخرى، DSM-5 خفّض الحد الأدنى للأعراض المطلوبة عند البالغين لتعكس تغير ظهور الأعراض مع التقدم في العمر، حيث يقل فرط النشاط اللفظي والحركي، ويظهر التأثير بشكل أكثر على التركيز والتنظيم والسلوكيات اليومية.

واستمرارها لمدة 6 أشهر على الأقل بطريقة غير متناسبة مع مستوى التطور:

1. قصور في الانتباه للتفاصيل أو ارتكاب أخطاء نتيجة الإهمال في المدرسة أو العمل أو الأنشطة الأخرى.
2. صعوبة الحفاظ على الانتباه في المهام أو اللعب.
3. يبدو أحياناً وكأنه لا يستمع عندما يُخاطب مباشرة.
4. عدم الالتزام بالتعليمات أو عدم القدرة على إنهاء الواجبات المدرسية أو المهام في مكان العمل.
5. صعوبة تنظيم المهام والأنشطة.
6. تجنب أو كراهية للمهام التي تتطلب جهداً عقلياً مستمراً.
7. فقدان متكرر للأشياء الضرورية للمهام اليومية (مثل الألعاب، أقلام الرصاص، الأوراق، الأدوات)
8. التشتت بسهولة بالمشيرات الخارجية.
9. النسيان في الأنشطة اليومية.

ثانيا: أعراض فرط النشاط / الاندفاعية – (Hyperactivity / Impulsivity) يجب توفر 6 أعراض على الأقل للأطفال حتى سن 16 عامًا أو 5 أعراض للبالغين من 17 سنة فما فوق واستمرارها لمدة 6 أشهر على الأقل بطريقة غير متناسبة مع مستوى التطور:

فرط النشاط:

1. التملل أو الحركة المستمرة بالأيدي أو الأرجل، أو التحرك على الكرسي بشكل مفرط.
2. النهوض في مواقف لا يُسمح فيها بالوقوف (مثل الصف الدراسي)
3. الركض أو التسلق في مواقف غير مناسبة (للمراهقين أو البالغين، قد يقتصر على الشعور بعدم الراحة)
4. صعوبة اللعب أو القيام بالأنشطة الترفيهية بمهوء.
5. النشاط المفرط أو الحديث المفرط.

الاندفاعية:

6. الإجابة قبل اكتمال السؤال.
7. صعوبة انتظار دوره.
8. مقاطعة الآخرين أو التدخل في أنشطتهم (مثال: التدخل في المحادثات أو الألعاب)

ثالثا: معايير إضافية

1. المدة: يجب أن تكون الأعراض موجودة لمدة 6 أشهر على الأقل.
2. الظهور المبكر: يجب أن تظهر قبل سن 12 سنة.
3. الانتشار عبر البيئات: الأعراض موجودة في بيئتين أو أكثر (المنزل، المدرسة، العمل)
4. الأثر الوظيفي: الأعراض تسبب اضطرابًا واضحًا في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي، أو المهني.
5. استبعاد الحالات الأخرى: الأعراض لا تفسر بشكل أفضل باضطراب آخر.

3- أنواع اضطراب ADHD حسب DSM-5

حسب DSM-5، يُقسم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) إلى ثلاثة أنواع بناءً على نمط الأعراض السائد لدى الفرد:

أولاً: النوع السائد في نقص الانتباه (Predominantly Inattentive Presentation)

- الخصائص الأساسية: الغالبية العظمى من الأعراض تتعلق بصعوبات الانتباه والتركيز، بينما تكون أعراض فرط النشاط والاندفاعية أقل وضوحاً أو غائبة.
- الأعراض النموذجية:

- صعوبة التركيز على التفاصيل أو ارتكاب أخطاء نتيجة الإهمال.
- صعوبة متابعة التعليمات أو إتمام المهام.
- النسيان وفقدان الأشياء بشكل متكرر.
- تشتت السريع بالمشيرات الخارجية.

ثانياً: النوع السائد في فرط النشاط / الاندفاعية (Predominantly Hyperactive-Impulsive Presentation)

- الخصائص الأساسية: الغالبية العظمى من الأعراض تتعلق بفرط النشاط الحركي والاندفاعية، بينما أعراض قصور الانتباه أقل وضوحاً.
- الأعراض النموذجية:

- التملل أو الحركة المستمرة.
- صعوبة اللعب أو القيام بالأنشطة بهدوء.
- الحديث المفرط.
- الإجابة قبل اكتمال السؤال أو التدخل في أنشطة الآخرين.

ثالثا النوع المزيج أو المختلط (Combined Presentation)

- الخصائص الأساسية: يظهر توازن بين أعراض الانتباه وأعراض فرط النشاط/الاندفاعية، أي

مجموعة من صعوبات التركيز مع فرط الحركة والاندفاعية في الوقت نفسه.

4-اضطرابات اللغة لدى أطفال ADHD

على الرغم من أن ADHD يُصنف اضطراباً نمائياً عصبيًا في الانتباه والتحكم السلوكي، إلا أن العديد من الأطفال المصابين به يعانون أيضًا من صعوبات لغوية وتواصلية، مثل:

صعوبات في اللغة التعبيرية (Expressive Language)

- صعوبة صياغة الجمل بشكل متسق.
- استخدام مفردات محدودة أو غير دقيقة.
- صعوبة في ترتيب الأفكار شفهيًا أثناء الكلام.
- التحدث بسرعة مفرطة أو مقاطعة الآخرين، مما يعيق الفهم.

صعوبات في اللغة الاستقبالية (Receptive Language)

- صعوبة فهم التعليمات المعقدة أو المتتابة.
- تجاهل أو نسيان ما قيل، خاصة إذا كان يتطلب تركيزًا طويلًا.
- صعوبة في تفسير الأسئلة أو التعليمات الشفهية المعقدة.

اضطرابات التواصل الاجتماعي

- صعوبة الاستماع والمشاركة في المحادثات.
- ضعف في اتباع القواعد الاجتماعية للحديث، مثل الانتظار للدور أو الانتباه للغير.

- صعوبة في استخدام الإيماءات ولغة الجسد بطريقة مناسبة.

اضطرابات اللغة التنفيذية

- ضعف في تنظيم اللغة عند التعبير عن الأفكار.
- صعوبة في تخطيط الكلام أو إعادة صياغة الجمل عند الضرورة.
- تأثر هذه المهارات بمستوى الانتباه والتحكم الذاتي.

5- برامج التكفل الأطفوني للأطفال المصابين بـ ADHD

نظرًا لصعوبات الانتباه، التنظيم، واللغة لدى هذه الفئة، يهدف التكفل الأطفوني إلى تحسين اللغة التعبيرية والاستقبالية، التواصل الاجتماعي.

أولاً: برامج اللغة التعبيرية (Expressive Language Programs)

الهدف: تحسين قدرة الطفل على التعبير عن الأفكار والمشاعر بشكل واضح.

أنشطة مقترحة:

- سرد القصص القصيرة أو الصور المتتابعة، مع تشجيع الطفل على ترتيب الجمل.
- ألعاب بناء الجمل والكلمات. (Sentence Building Games)
- تمارين استخدام المفردات الجديدة في جمل صحيحة.
- أنشطة التعبير عن المشاعر والأفكار باستخدام الكلمات أو الصور.

ثانياً: برامج اللغة الاستقبالية (Receptive Language Programs)

الهدف: تعزيز فهم الطفل للتعليمات والمعلومات اللفظية.

أنشطة مقترحة:

- تنفيذ تعليمات متعددة الخطوات. (Step-by-Step Instructions)

- أنشطة مطابقة الصور مع الكلمات لتقوية الفهم.
- لعب أدوار بسيطة لتطبيق التعليمات بشكل عملي.
- تدريبات الاستماع المركز مع مكافآت لتحفيز الانتباه.

ثالثا: برامج التواصل الاجتماعي (Social Communication Programs)

الهدف: تحسين التفاعل الاجتماعي واستخدام اللغة في السياق الاجتماعي.

أنشطة مقترحة:

- تمارين دور الأدوار (Role-Playing) لتعلم قواعد الحوار.
- أنشطة جماعية مثل لعب الأدوار مع الأقران لتعزيز التفاعل.
- استخدام إشارات بصرية ولغة جسد لتقوية التواصل غير اللفظي.
- تمارين الانتباه للآخرين والاستجابة المناسبة لمواقف اجتماعية مختلفة.

رابعا: برامج تنظيم اللغة التنفيذية (Pragmatic / Executive Language Skills)

الهدف: تعزيز التخطيط اللغوي، ترتيب الأفكار، والتفكير المنطقي.

أنشطة مقترحة:

- سرد خطوات نشاط أو قصة بترتيب منطقي.
- ألعاب إعادة ترتيب الجمل أو الصور لتكوين قصة متماسكة.
- تدريبات على إعادة صياغة الجمل والتعبير عن الفكرة بطريقة منظمة.
- تمارين تنظيم الأفكار قبل التعبير الشفهي أو الكتابي.

استراتيجيات عامة لدعم التكفل الأطفوني

- الدمج مع برامج سلوكية: استخدام التعزيز الإيجابي عند تنفيذ التعليمات أو التعبير عن الأفكار.
- تخصيص الأنشطة حسب اهتمام الطفل لزيادة الدافعية والانخراط.
- تقسيم المهام إلى خطوات صغيرة لتسهيل التركيز والانتباه.
- استخدام الوسائل البصرية والسمعية لتعزيز التعلم (بطاقات، صور، أصوات)
- إشراك الأسرة والمعلمين لدعم تعلم اللغة في المنزل والمدرسة.

خلاصة:

تُعدّ اضطرابات نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركي (ADHD) من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، وتتميز بنمط مستمر من قصور الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية، مما ينعكس سلبيًا على الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفل. ويعتمد تشخيص هذا الاضطراب حسب DSM-5 على مجموعة من المعايير الأساسية، أهمها ظهور عدد كافٍ من الأعراض في مجالي الانتباه أو فرط النشاط/الاندفاعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر، مع ضرورة ظهور بعض العلامات قبل سن 12 سنة وتواجدها في أكثر من بيئة، إضافة إلى تأثيرها الواضح على الأداء الوظيفي واستبعاد الأسباب الأخرى.

ويصنّف ADHD إلى ثلاثة أنماط رئيسية: النمط الغالب فيه نقص الانتباه، والنمط الغالب فيه فرط النشاط والاندفاعية، والنمط المختلط الذي يجمع بينهما. وعلى الرغم من أن الاضطراب يرتبط أساسًا بالانتباه والسلوك، إلا أن العديد من الأطفال يعانون من صعوبات لغوية مرافقة تشمل اللغة التعبيرية والاستقبلية والتواصل الاجتماعي، إضافة إلى اضطرابات اللغة التنفيذية التي تؤثر على تنظيم الأفكار والتعبير عنها.

وفيما يخص التكفل الأطفوني، فإنه يهدف إلى تحسين القدرات اللغوية والتواصلية من خلال برامج متنوعة تشمل تدريب اللغة التعبيرية والاستقبلية، وتنمية مهارات التواصل الاجتماعي، وتعزيز التنظيم اللغوي التنفيذي، باستخدام أنشطة منظمة تعتمد على اللعب، والتعزيز، والتدرج في المهام. كما تقوم الاستراتيجيات العلاجية على تبسيط التعليمات، وتوظيف الوسائل البصرية، وتقسيم المهام، وإشراك الأسرة والمدرسة لضمان تعميم المهارات وتحقيق أفضل تكيف وظيفي للطفل في حياته اليومية.

أسئلة التقييم الذاتي:

1. ما تعريف اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الحركي (ADHD) ؟
2. ما المعايير الأساسية لتشخيص ADHD حسب DSM-5 ؟
3. ما الأنواع الثلاثة لاضطراب ADHD حسب DSM-5 ؟
4. ما أبرز الصعوبات اللغوية لدى الأطفال المصابين بـ ADHD ؟

المحاضرة التاسعة: الصمم (الإعاقة السمعية)

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم الإعاقة السمعية (الصمم)
- أن يتعرف الطالب على أسباب الإعاقة السمعية
- أن يتعرف الطالب على تصنيفات الإعاقة السمعية

تمهيد:

يمثل الصمم أو الإعاقة السمعية أحد الاضطرابات الحسية المهمة التي تؤثر بشكل مباشر في قدرة الفرد على استقبال الأصوات ومعالجتها، مما ينعكس على تطوره اللغوي والتواصل الاجتماعي. ويُعد هذا الاضطراب من الإعاقات التي قد تظهر منذ الولادة أو تُكتسب لاحقاً نتيجة عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، مما يجعل فهمه ضرورة أساسية في مجال التربية الخاصة والأطفونيا.

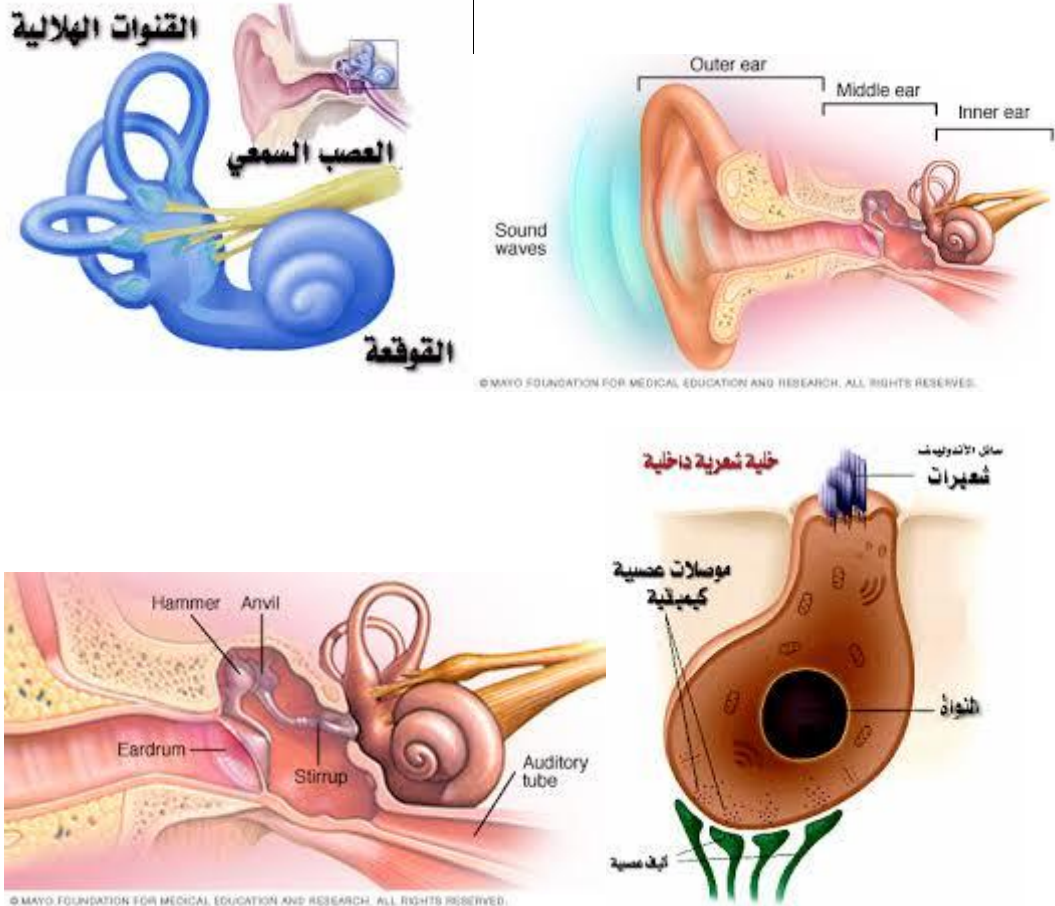
وقد تطور مفهوم الإعاقة السمعية ليشمل ليس فقط فقدان السمع الجزئي أو الكلي، بل أيضاً تأثيراته الوظيفية على التواصل والاندماج الاجتماعي. كما تختلف مظاهر الصمم باختلاف موقع الإصابة في الجهاز السمعي، حيث يمكن أن يكون توصيلياً أو إدراكياً أو مختلطاً أو مركزياً، إضافة إلى اختلافه من حيث الشدة التي تتدرج من الخفيف إلى العميق.

وتبرز أهمية دراسة أسباب الصمم في الكشف المبكر والتكفل الفعال، إذ قد تعود إلى عوامل وراثية أو مضاعفات خلال الحمل أو الولادة أو بعدها، إضافة إلى إصابات الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية أو العصب السمعي. وبناءً على ذلك، فإن فهم هذا الاضطراب بشكل شامل يساعد على وضع استراتيجيات تشخيصية وتربوية وعلاجية مناسبة، تهدف إلى تحسين قدرات التواصل والاندماج لدى الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية.

1- مفهوم الصمم: هو فقدان (ضياع) جزئي أو كلي لحاسة السمع لدى الفرد .

هو إصابة عضوية على مستوى الجهاز السمعي نتيجة إصابات أو أمراض فتعيق عملية السمع.

يعرف القاموس الأطفوني (2004) الصمم بأنه صعوبة على مستوى السمع مهما يكن أصلها أو أهميتها يمكن أن تكون مؤقتة أو نهائية وفي بعض الأحيان تطورية وتختلف عدة نتائج على مستوى اللغة، الاتصال، التفاعل والاندماج الاجتماعي.



2- تصنيفات الصمم:

2-1- تصنيف الصمم حسب موقع الإصابة: يقوم هذا التصنيف على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعي لأن له علاقة مباشرة بفيزيولوجية السمع وتقسّم الاعاقة السمعية وفقاً لذلك إلى :

الصمم التوصيلي أو الارسالي (**la surdit  de transmission**) ينتج عن خلل في الأذن الخارجية والأذن الوسطى على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية، رغم سلامتها وعليه يجد المصاب صعوبة في سماع الأصوات المنخفضة بينما يواجه صعوبة أقل في سماع الأصوات المرتفعة، لذلك لا يتجاوز الفقدان السمعي الناتج 60 ديسبل وفي هذه الحالة لا تكون المشكلة في تفسير الأصوات وتحليلها وإنما في إيصالها إلى الأذن الداخلية ومناطق السمع العليا التي يمكنها تحليل وتفسير الأصوات.

الصمم الإدراكي (la surdit  de perception) ينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي مع سلامة الأذن الوسطى والخارجية، فعلى الرغم من أن موجات الصوت تصل إلى الأذن الداخلية فإن تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة لا يتم على نحو ملائم (قوقعة غير سليمة خاصة عضو كورتني المسؤول عن تحويل الاهتزازات الميكانيكية إلى إشارات كهربائية) أو أن الخلل يقع في العصب السمعي فلا يتم نقلها إلى الدماغ بشكل سليم، ولا يؤثر فقدان السمعي هنا على سماع الأصوات وإنما على فهمها فالأصوات المسموعة تتعرض إلى تشويه يحول دون فهمها، بمعنى لا تكون المشكلة هنا في توصيل الصوت وإنما في إدراكه. ويمكن أن نضيف أن حالات فقدان السمعي التي تتجاوز 70 ديسبل هي في العادة حالات صمم إدراكي كما أن درجة إستفادة المصاب من السماعات الطبية أو تكبير الصوت قليلة جدا أو معدومة.

الصمم المختلط (la surdit  mixte): يجمع هذا النوع ما بين الصمم التوصيلي والصمم الإدراكي

الصمم المركزي (la surdit  centrale): ويحدث في حالة وجود خلل على مستوى مناطق السمع في الدماغ في الفص الصدغي (الإصابة بأو رام أو جلطات دماغية...)

2-2- تصنيف الصمم حسب الدرجة :

الصمم الخفيف: عتبه السمعية تقع بين 20 و 40 ديسبل الكلام العادي مسموع لكن بعض العناصر الصوتية تخفى عن الأصم فلا يفرق مثلا بين (b , p) و (f, v) فالطفل يعاني من صعوبة في الكلام مصحوبة بخلل لفظي بسيط وهذا النوع من العجز السمعي قد يبقى لمدة طويلة غير ظاهر وغالبا ما يكشف عنه في وقت متأخر ففي الوسط المدرسي مثلا قد تلفت الأخطاء الاملائية المتكررة الانتباه إلى وجود صمم لدى الطفل حيث يكون لديه خلط ما بين الأصوات، وبهذا يحكم على الطفل بأنه غير ذكي وغير متبته ولا يجب العمل، وفي الصمم الخفيف يمكن للأطفال الاستمرار في الأقسام العادية.

الصمم المتوسط: فقدان السمعي يكون بين 40 و 70 ديسبل حيث أن الكلام يصبح مسموعا إذا كان الصوت مرتفعا حيث يتمكن الطفل من سماع الأصوات لكنه يجد صعوبة في التمييز بينها، إذ أنه لا يستطيع التعرف إلا على عناصر الكلام الأكثر بروزا وتكون حروف الربط غير مدركة فرغم منافع التجهيز السمعي أو المعينات السمعية إلا أنه لا يعفي الطفل من متابعة خاصة، حيث أن الأصوات المضطربة يمكن تصحيحها

ويمكن أن نأمل في نتائج جيدة إذا كان التعليم يجري في وسط متخصص أي في أقسام تقدم تربية سمعية بصرية للطفل الأصم وإذا كانت مبكرة كانت النتائج أحسن.

الصمم الشديد: الفقدان السمعي يكون بين 70 و 90 ديسبل وفيه يدرك الطفل الأصوات ذات الشدة القوية ونادرا ما يتمكن هذا المصاب من اكتساب بعض العناصر اللغوية بفضل القراءة على الشفاه.

الصمم العميق: يمكن حصره في 3 درجات:

الدرجة الأولى: متوسط الفقدان السمعي يتراوح بين 90 و 100 ديسبل

الدرجة الثانية: من 100 إلى 110 ديسبل

الدرجة الثالثة: يفوق 110 ديسبل

والصمم العميق في الغالب يمس القوقعة، العصب السمعي، مساحة السمع في الدماغ ونجد:

الصمم القوقعي s. cochléaire : يكون ناتج عن إصابة عضوكورتني في القوقعة ويسمى أيضا الصمم الحسي العصبي

الصمم خارج القوقعة s. Endo_cochléaire الذي يشمل الصمم العصبي في شكل إصابة على مستوى العصب السمعي

الصمم المركزي: في شكل إصابة على مستوى الأنوية ومناطق السمع في الدماغ.

2-3- تصنيف الصمم حسب عمر الإصابة:

الصمم ما قبل اللغوي: ويشير إلى حالات الصمم التي تحدث منذ الولادة وفي مرحلة سابقة لدى الطفل على تطور اللغة والكلام، والعتبة الفارقة لهذا النوع من الصمم هي ثلاث سنوات، وفي هذه الحالة تتأثر قدرة الطفل على النطق والكلام لأنه لم يسمع اللغة المنطوقة بالشكل الذي يساعده على اكتسابها وتعلمها

الصمم ما بعد اللغوي: قد يحدث هذا الصمم فجأة أو بشكل تدريجي على مدى فترة زمنية (في بعض الحالات المرضية حيث يكون تطوريا) وغالبا ما يعرف هذا النوع بالصمم المكتسب وقد يتم حدوثه في مرحلة الطفولة (بعد اكتساب اللغة) أو في أي مرحلة عمرية لاحقة (حوادث مهنية...)

1- أسباب الصمم:

عوامل وراثية: يمكن أن ينتقل الصمم عن طريق الجينات حيث يكون أحد أفراد الأسرة أصمًا.

أسباب متعلقة بفترة الحمل: تكوين الجهاز السمعي يبدأ في حوالي الأسبوع الثاني أو الثالث ويكتمل في الشهر السادس من الحمل حيث يصبح شديد الحساسية للمؤثرات خلال الستة أشهر الأولى وهناك العديد من الأسباب التي يمكن أن تؤثر أهمها:

- إصابة الأم بالحصبة الألمانية la rubéole في الثلاث أشهر الأولى من الحمل وهي

المرحلة التكوينية للجنين.

- في المرحلة الجنينية: من الشهر الرابع إلى نهاية الحمل يكون عضو السمع مكتملا لكن الاذن الداخلية لا تزال ضعيفة نجد:

• إصابة الأم بالزهري الخلقي syphilis congénitale ، التكسوبلازمس la

toxoplasmose ومرض فقدان المناعة

• تناول بعض العقاقير الطبية والأدوية الخاصة بالروماتيزم مثلا

• النزيف الحاد الذي يكون في الأشهر الأولى إلى غاية الشهر السادس

أسباب متعلقة بفترة الولادة:

• الولادة المبكرة la prématurité

• الصدمات الناتجة عن استعمال الملقط الجنيني les forceps أو سقوط الطفل les

traumatismes obstétricales

• نقص الأوكسجين ما يسبب اختناق الطفل l'anoxie

أسباب متعلقة بفترة ما بعد الولادة:

التهاب السحايا أو الالتهاب السحائي الدماغى la méningite / la méningo- encéphalite

la rougeole

النكاف orillons

الحمى التيفويفية la fièvre typhoïde

الزكام الحاد والالتهابات الأنفية الحلقية الحادة اليرقان النووي l'éctère nucléaire
الصددمات الدماغية القوية

وحسب موقع الإصابة من جهاز السمع نذكر الأسباب التالية:

إصابات في الأذن الخارجية:

- انسداد على مستوى مجرى السمع الخارجي بسبب : صمام صملاخ الأذن le bouchon de cérumen ، صمام جلدي le bouchon épidermique ، وجود جسم غريب خاصة عند الأطفال un corps étranger ، تعفن على مستوى قناة السمع الخارجية بسبب وجود دمامل furoncles .
- تشوهات خلقية: ضمور يصيب جهاز إرسال الأصوات الأذن الخارجية والوسطى l'aplasie ففي حالات نادرة يولد الطفل بانسداد خلقي على مستوى قناة الأذن الخارجية يكون مصحوبا بتشوهات في صوان الأذن (حجمه صغير أو غائبا تماما في بعض الحالات هنا يكون علاج بالجراحة)
- مختلف الالتهابات الحادة على مستوى الأذن الخارجية les otites والأورام les tumeurs.

إصابات في الأذن الوسطى:

- مختلف الالتهابات على مستوى صندوق الطبلة la caisse du tympan بدون حدوث ثقب في الغشاء لها علاقة مباشرة بالالتهابات الأنفية الحلقية
- ثقب في غشاء الطبلة (une perforation) يمكن أن يتسبب في التهابات حادة ومزمنة بسبب التعرض للأصوات القوية جدا (في أماكن العمل مثلا ، الألعاب النارية، الأصوات الصاخبة والانفجارات)
- إصابات تمس سلسلة العظيومات: كتصلب العظيومات مثل l'otospongiose وهو توقف حركة الركاب blocage de l'étrier على مستوى النافذة البيضاوية وهو مرض

يبدأ في سن المراهقة ويتطور مع التقدم في السن يصيب خاصة النساء ويعتبر من الأمراض

العظمية الوراثية les maladies osseuses héréditaires

إصابات على مستوى الأذن الداخلية:

- مرض مينيار la maladie de ménière: وهو ناتج عن ارتفاع الضغط المفاجئ في

سائل القوقعة l'hypertension brutale des liquides labyrinthiques

يصاحب بدوران وطنين.

- صمم الشيخوخة la presbycusis: وهو لا يعتبر مرضا لانه ناتج عن الهرم العادي

لعضو السمع

- أسباب فجائية: وعائية vasculaires بفعل التشنج spasme، تخثر الدم

thrombose على مستوى الشريان السمعي الداخلي أو أحد فروع.

- أسباب فيروسية virales كالتلتهابات الأنفية الحلقية les rhinopharyngites

- الصدمات الصوتية القوية les traumatismes sonores وكذلك الصدمات الدماغية

التي غالبا ما تحدث في ظروف مهنية مسببة ما يعرف بالصمم المهني S.

professionnelle.

بالإضافة إلى إصابات على مستوى العصب السمعي مثل حالات neurinome de l'acoustique

وإصابات على مستوى مناطق السمع في الدماغ .

خلاصة:

يتضح من خلال هذه المحاضرة أن الإعاقة السمعية (الصمم) تُعدّ اضطرابًا حسيًا يتمثل في فقدان جزئي أو كلي للسمع، وينتج عن خلل عضوي في الجهاز السمعي يؤثر على استقبال الأصوات ومعالجتها، مما ينعكس سلبيًا على تطور اللغة والتواصل والاندماج الاجتماعي. وقد تختلف درجة الصمم من خفيف إلى عميق، كما تختلف أنواعه حسب موقع الإصابة إلى صمم توصيلي، إدراكي، مختلط، أو مركزي، إضافة إلى تصنيفه حسب العمر إلى ما قبل لغوي وما بعد لغوي.

كما أن أسباب الصمم متعددة، فقد تكون وراثية أو مرتبطة بفترة الحمل مثل الأمراض الفيروسية أو تناول أدوية معينة، أو مرتبطة بالولادة كالنقص في الأوكسجين أو الصدمات، أو مكتسبة بعد الولادة نتيجة التهابات أو إصابات أو أمراض مختلفة. كما يمكن أن تنشأ عن إصابات في أجزاء مختلفة من الجهاز السمعي مثل الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية أو العصب السمعي أو مراكز السمع في الدماغ.

وبناءً على ذلك، فإن فهم طبيعة الصمم وأسبابه وتصنيفاته يُعدّ أساسًا ضروريًا للتشخيص المبكر والتكفل الأطفوني والتربوي المناسب، بهدف دعم قدرات التواصل وتحسين جودة حياة الأفراد ذوي الإعاقة السمعية.

أسئلة التقييم الذاتي:

1. ما المقصود بالإعاقة السمعية (الصمم)؟
2. ما الفرق بين الصمم التوصيلي والصمم الإدراكي؟
3. كيف يُصنّف الصمم حسب الشدة (من الخفيف إلى العميق)؟
4. ما الفرق بين الصمم ما قبل اللغوي وما بعد اللغوي؟
5. ما أبرز العوامل المرتبطة بفترة الحمل التي قد تسبب الصمم؟
6. ما أهم أسباب الصمم المرتبطة بفترة الولادة؟
7. اذكر بعض أسباب الصمم بعد الولادة .
8. لماذا يُعد الكشف المبكر للإعاقة السمعية مهمًا في التكفل الأطفوني؟

المحاضرة العاشرة: صعوبات التعلم

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم صعوبات التعلم
- أن يتعرف الطالب على صعوبات التعلم النمائية
- أن يميز الطالب بين صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمية

تمهيد:

تصف أدبيات التربية الخاصة صعوبات التعلم بأنها إعاقة خفية محيرة، لأن الأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات يمتلكون قدرات تخفي جوانب الضعف في أدائهم، فهم قد يسردون قصصا رائعة رغم أنهم لا يستطيعون الكتابة، وقد ينجحون في تأدية مهارات معقدة جدا رغم إخفاقهم في إتباع التعليمات البسيطة، وهم يبدون عاديين تماما وأذكياء، وليس في مظهرهم شيء يوحي بأنهم يختلفون عن الأطفال الآخرين. (أبو الديار، 2015)

1- مفهوم صعوبات التعلم:

من المعروف أن صامويل كيرك هو أول من أطلق مصطلح "صعوبات التعلم" وأن أول تعريف قدمه كان عام "1962" والذي ينص على ما يلي: ترجع صعوبة التعلم إلى عجز أو تأخر في واحدة أو أكثر من عمليات النطق، اللغة، القراءة، التهجئة، الكتابة أو الحساب نتيجة خلل محتمل في وظيفة الدماغ أو اضطراب انفعالي أو سلوكي ولكنها ليست نتيجة لتخلف عقلي أو إعاقة حسية، أو عوامل ثقافية أو تعليمية. ألقى كيرك كلمة في المؤتمر الذي عقد بشأن الأطفال المعوقين إدراكيا، تحدث فيه عما يقصده بمفهوم صعوبات التعلم قائلا:

" لقد قمت باستخدام مصطلح صعوبات التعلم لوصف مجموعة من الأطفال تعاني من اضطرابات في تطور اللغة والكلام والقراءة وما يرتبط بها من مهارات التواصل الضرورية حسية ككف البصر والصمم، إلا أنه لدينا أساليب خاصة للمكفوفين وذوي الصمم وكذلك أيضا فإنني لا أضع مع هذه الفئة الأطفال المتخلفين عقليا"

نلاحظ أن كيرك في هذا التعريف لم يدخل الأطفال المتخلفين عقليا أو المعاقين حسيا في دائرة ذوي الصعوبات التعليمية، كما أنه أنه استثنى صعوبات الرياضيات من هذا الحقل واقتصر صعوبات التعلم على اضطرابات اللغة والكلام والقراءة والمهارات الاجتماعية. (لعوامرية، 2026، ص29)

تعريف جمعية الأطفال والراشدين ذوي الصعوبات التعليمية لعام 1985:

انفردت جمعية الأطفال والراشدين ذوي الصعوبات التعليمية بتعريف خاص بها بعد تحفظاتها على تعريف المجلس الوطني المشترك، وظهر هذا التعريف في عام "1985" والذي ينص على مايلي:

"صعوبات التعلم حالة مستمرة، يفترض أنها تعود لعوامل عصبية تتدخل في نمو وتكامل القدرات اللفظية وغير اللفظية، وتوجد الصعوبة التعليمية كحالة إعاقة واضحة مع وجود قدرات عقلية تتراوح بين عادية (متوسطة) إلى فوق عادية، وأنظمة حسية حركية متكاملة مع فرص تعليم ملائمة وكافية، وتباين هذه الحالة في درجة ظهورها وفي درجة شدتها. ويمكن لهذه الحالة أن تؤثر مدى الحياة على تقدير الفرد لذاته، والتربية، والمهنة، والتكيف الاجتماعي أو أنشطة الحياة اليومية"

لم يشر هذا التعريف أيضا إلى العمليات النفسية الأساسية، إلا أنه ركز بصورة كبيرة على افتراض الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي، وأضاف عبارة التأثير المستمرة لصعوبة التعلم على الأداء المهني والاجتماعي للفرد. ويظهر بأن هذا التعريف تأثر بدرجة كبيرة باهتمامات أولياء أمور الأطفال ذوي صعوبات التعلم حول حياة ومستقبل أبنائهم. (البطائنة وآخرون، 2005، ص34)

ويعرف السرطاوي (2001) صعوبات التعلم بأنها:

حالة مزمنة ذات منشأ عصبي تؤثر في نمو المهارات اللفظية أو غير اللفظية أو تكاملها أو استخدامها، وتظهر صعوبات التعلم الخاصة كصعوبة واضحة لدى الأفراد الذين يتمتعون بدرجات عالية أو متوسطة من الذكاء وأجهزة حسية وحركية طبيعية، وتتوافر لديهم فرص التعلم المناسبة، وتختلف آثار هذه الصعوبات على تقدير الفرد لذاته وعلى نشاطات التربية والمهنية والاجتماعية ونشاطات الحياة الطبيعية باختلاف درجة شدة تلك الصعوبات.

وترى لعوامرية (2026) أن أطفال صعوبات التعلم هم مجموعة غير متجانسة من الأفراد داخل الفصل الدراسي العادي وذوي ذكاء متوسط، ويظهرون تباعدا واضحا بين أدائهم المتوقع وأدائهم الفعلي في مجال أو أكثر من المجالات الأكاديمية، ولا يعاني هؤلاء الأفراد من مشكلات حسية أو اضطرابات انفعالية أو إعاقات ذهنية أو اعتلال صحي.

2-أنواع صعوبات التعلم:

نتيجة للدراسات المتواصلة في المجالات التربوية والنفسية والعصبية، فقد تم تصنيف صعوبات التعلم إلى صنفين أساسيين هما:

2-1-صعوبات التعلم النمائية:

إن صعوبات التعلم النمائية تتعلق بوظائف الدماغ، والعمليات العقلية التي يحتاجها التلميذ في تحصيله الأكاديمي، مثل: الإدراك الحسي، الانتباه، والتفكير، والذاكرة، واللغة، وتقسّم إلى صعوبات أولية مثل: صعوبات الانتباه Attention، والإدراك Perception، والذاكرة Memory، وصعوبات تعلم ثانوية مثل: التفكير، والكلام، والفهم، أو اللغة الشفوية.

وتعد صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities واحدة من العوامل التي تفسر انخفاض التحصيل الدراسي فهي تتضمن اضطرابات نقص الانتباه والإدراك، والذاكرة، والتفكير، واللغة التي تؤدي إلى صعوبات تعوق التقدم الأكاديمي.

إذن هي القصور في عمليات الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، وهي عمليات عقلية غاية لل غاية سيكون لها تأثيرها السلبي في إكتساب اللغة، والمعرفة، والقراءة، والكتابة، والحساب.

(زياد وآخرون، 2013).

2-2- صعوبات التعلم الأكاديمية:

يشير مصطلح صعوبات التعلم الأكاديمية إلى الاضطراب الواضح في التعلم: القراءة أو الكتابة، أو التهجي، أو الحساب.

ويمكن ملاحظة هذه الصعوبات بوضوح في عمر المدرسة، فحين يظهر التلميذ قدرة كامنة على التعلم، ويفشل في ذلك بعد تقديم التعليم المدرسي الملائم له، عندئذ يؤخذ في الاعتبار أن لديه صعوبة خاصة في تعلم: القراءة، أو الكتابة، أو الهجاء، أو التعبير الكتابي.

ومن ثم فالمقصود بها ذلك العجز الواضح في الموضوعات الدراسية الأساسية، وتتضمن صعوبات القراءة، أو الكتابة، أو الحساب، أو التهجي، وتسمى أيضا بالصعوبات الخاصة أو النوعية في التعلم. (لعوامرية، 2026)

ويرى "كيرك" أن هناك علاقة قوية تربط هذين النوعين، ذلك أن الصعوبات الأكاديمية ما هي إلا نتيجة ومحصلة للصعوبات النمائية.

فالمتعلم الذي يعاني من صعوبات تعلم نمائية ينعكس ذلك في تحصيله الدراسي فتظهر لديه صعوبات تعلم أكاديمية في موضوع أو أكثر من الموضوعات الدراسية، فمثلا عجز المتعلم في القراءة كصعوبة أكاديمية، قد يعود إلى عدم قدرته على تركيب وجمع الأصوات في كلمة واحدة، أو إلى صعوبة في ذاكرته البصرية وإدراكه للمثيرات، ومن هذا المنطلق يكون التأخر في تشخيص وعلاج صعوبات التعلم النمائية له انعكاسه السلبي على صعوبات التعلم الأكاديمية، وقد توصل العديد من الباحثين، والدارسين إلى وجود علاقة سببية دالة بين مستوى كفاءة العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، واللغة وبين مستوى التحصيل الدراسي لدى المتعلم على اختلاف مستوياته ومكوناته ومراحلها، فالعلاقة بين نوعي صعوبات التعلم هي علاقة سبب ونتيجة، حيث يمكن التنبؤ بصعوبات التعلم الأكاديمية من خلال صعوبات التعلم النمائية. (أوليدران، 2025)

وقدمت منظمة الصحة العالمية عام 1993 تعريفا للديسلكسيا: "على أنها درجة منخفضة في دقة القراءة و/أو فهم المكتوب بمقدار انحرافين معياريين عن المستوى المتوقع حسب عمر الطفل الزمني مع قياس كل من مهارات القراءة من خلال اختبارات مطبقة فرديا ومقننة على بيئة الطفل الثقافية والنظام التعليمي المتبع في البلد.

أما تعريف عسر القراءة الوارد في الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات العصبية والعقلية (DSMS) فهو عجز عن تعلم مهارة القراءة من طرف أطفال لا يعانون من إعاقات سمعية أو بصرية أو ذهنية أو اضطرابات نفسية شديدة ويتعلمون بصفة عادية، ويعيشون في ظل ظروف أسرية، إجتماعية وثقافية ملائمة.

تعريف صليحة غلاب (2013) عسر القراءة هو اضطراب دائم في التعرف على الكلمة المكتوبة أثناء القراءة معزولة كانت أو في وحدة خطائية أوسع مثل الجملة أو النص، مظاهر هذا الإضطراب تتمثل في أخطاء نوعية لها علاقة مباشرة باللغة التي تتم فيها القراءة، وتتمثل أيضا في البطء في القراءة أي الزمن اللازم للتعرف على الكلمة والنطق بها في حالة القراءة الجهرية، أي أن معايير تشخيص الإضطراب هو الدقة والسرعة في القراءة، يتم تحديد اضطراب هذين العاملين بالرجوع إلى الشبكات المعيارية لأطفال من نفس السن، ويقدر التأخر على هذين المستويين ما بين 18 و 24 شهرا، أسبابه عصبية معرفية خاصة بمعالجة اللغة المكتوبة، بحيث يمكن الإستدلال عنها بفحوصات خاصة أمكنتها نتائج الأبحاث الحديثة في التناولات العصبية المعرفية، ويقوم التشخيص على التشخيص الفارقي بحيث يتم التأكد من سلامة الوظائف والعمليات المتدخلة في القراءة.

ونستنتج من التعاريف السابقة أن عسر القراءة هو: اضطراب يظهر في عدم قدرة التلميذ على قراءة أو فهم ما يقرأ قراءة صامتة أو جهرية وعدم القدرة على فك وتفسير الرموز الكتابية والتعرف عليها بالرغم من توفره على ذكاء متوسط أو فوق المتوسط، وامتلاكه لحواس سليمة، وخلوه من الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية والسيكولوجية مع وجود الفرص التعليمية الملائمة، حيث تؤدي به هذه الصعوبة إلى نمو أكاديمي مضطرب.

2- تشخيص عسر القراءة:

محك التباين أو التباعد:

يظهر ذو عسر القراءة تباينا واضحا في القدرة على القراءة بين الأداء الفعلي والمتوقع. (مقارنة مع طفل في مثل سنه)

محك الاستبعاد:

وهو المحك الذي يستبعد الإعاقات الأخرى كإعاقة العقلية، والسمعية، والبصرية، والانفعالية... الخ

محك التربية الخاصة:

ويشير هذا المحك إلى أن الأطفال ذوي عسر القراءة لا يستطيعون التعلم وفق الطريقة التقليدية، ويحتاجون إلى طرق خاصة تتناسب مع صعوباتهم.

3- أنواع عسر القراءة:

يصنف الباحثون عادة عسر القراءة إلى نوعين رئيسيين: عسر القراءة المكتسب وهو اضطراب نشاط القراءة نتيجة إصابة دماغية وعسر القراءة النمائي (التطوري) ويعني اضطراب لغوي يظهر من خلال القصور في نضج نظم تحليل اللغة الكتابية

3-1- عسر القراءة المكتسب (Dyslexie acquise) وهو عبارة عن اضطراب في القراءة ناتج عن إصابة في الدماغ، أي أن المصاب كان يستطيع القراءة ويتقنها قبل تعرضه لحادث أو إصابة دماغية.

3-2- عسر القراءة النمائي (التطوري) Dyslexie Developpementale : هناك نوعان رئيسيان من عسر القراءة النمائي هما عسر القراءة الفونولوجي وعسر القراءة السطحي النوع الأول هو عجز في اكتساب قواعد تحويل الحروف إلى أصوات، والنوع الثاني هو عجز في التعرف على الكلمات بشكل كلي، بالإضافة إلى نوع ثالث يجمع بينهما هو عسر القراءة العميق.

عسر القراءة الفونولوجي : Dyslexie phonologique يظهر في صعوبة كبيرة لدى الأطفال في تنفيذ آليات تحويل أشكال الحروف إلى أصوات أو آليات التجميع، حيث يتميز هذا الاضطراب بنقص تمثيل العناصر الصوتية وتخزينها واسترجاعها، الأطفال المعسرون قارئاً ذوو عسر القراءة الفونولوجي يفشلون في تحليل الكلمات إلى مكوناتها الصوتية ويفشلون في قراءة الكلمات غير المألوفة، ولكنهم يمكنهم قراءة الكلمات المعروفة عن طريق استراتيجية التعرف على الكلمة بشكل كلي.

يظهر في شكل صعوبات في تحويل الحروف إلى أصوات ثم تجميعها، مما يؤدي إلى صعوبات في قراءة الكلمات الجديدة واللاكلمات وهي الكلمات بدون معنى، وأشباه الكلمات ، أما الكلمات المألوفة فتتم قراءتها حتى وإن

كانت طويلة، وهذا ما يدل على اضطراب سيرورة الربط الغرافيقي الفونيمي وضعف المعجم البصري للتعرف الفوري على الحرف وما يقابله من صوت.

وحسب غلاب (2013) في هذا النوع من عسر القراءة نلاحظ صعوبة في استعمال المسلك الفونولوجي فالمصاب يقرأ بصعوبة الكلمات دون معنى أي هناك خلل في إستراتيجية التجميع كما يظهر لديهم أخطاء مورفولوجية، وعند قراءة النصوص يلاحظ استبداله للكلمات بكلمات أخرى، كما يرتكب أخطاء مورفولوجية بحيث يقرأ جذر الكلمة قراءة سليمة بينما يرتكب أخطاء على مستوى الزيادات لواحق أو سوابق إما بحذفها أو إبدالها.

عسر القراءة السطحي La dyslexie de surface تعاني هذه الفئة من قصور في رؤية وتذكر

أشكال الحروف والكلمات حيث يعجز الشخص عن تطوير رؤية المفردة أو الكلمة كاملة في شكلها الكلي.

وهي ترتبط بالخلط البصري وبصعوبات معالجة الصورة البصرية للحروف والكلمات المكتوبة والخلل يكون خاصة في المنطقة الجبهية الجدارية التي تعرف بأهميتها في عمليات تركيز الانتباه البصري، نتائج الاختبارات المعرفية على هؤلاء الأطفال خلصت إلى وجود أعراض شبيهة بتلك الخاصة بالبالغين المصابين بتلف في النصف الكروي الأيمن؛ مثل صعوبات في الانتباه وفي إدراك العلاقات المكانية بين الأشياء، والتمييز البصري في الرسوم المتداخلة (زراولة، 2014)

يتميز هذا الاضطراب بعدم مقدرة الطفل على استعمال الطريق المعجمي (المسلك المعجمي)، يتميز بعدم دقة ميكانيزمات التعرف على مستوى الحرف، فنجدهم يخترعون نهاية الكلمات، كما أن بعض حروف العطف تحذف أو تعوض بأخرى وهذا ما يؤثر على الفهم، كما لديهم مشكل في التعرف على الكلمات غير المنتظمة، وتتميز قراءة هؤلاء الأطفال بالبطء نتيجة لاعتمادهم على إستراتيجية فك التشفير النظامي أي يقرأون حرفا بحرف أو مقطعا بمقطع لأن الكلمة بشكلها غير المنتظم ليست مخزنة في المعجم الذهني لديهم وبالتالي لا يتمكنون من استحضارها، وعندما يحاولون استعمال الإستراتيجية غير الصحيحة (التجميع) يقعون في الأخطاء، وفي هذا النوع نجد إصابة مسار الإحالة أو ما تسمى أيضا بالعنونة أو السيرورة المعجمية، إضافة إلى اضطراب النظام البصري الفضائي. (جاري، 2020)

عسر القراءة العميق: أعراضه تجمع بين النوعين السابقين

4- التكفل الأطفوني بعسر القراءة

تتضمن الكفالة الأطفونية الخطوات التالية:

-الميزانية الأطفونية التي تشمل كل المعلومات الضرورية عن الحالة، تاريخ الحالة، ظروف الحمل والولادة، النمو الحسي الحركي للطفل...

-تطبيق الاختبارات التشخيصية لعسر القراءة والتي تحدد نوع عسر القراءة بالضبط (فونولوجي أو سطحي أو عميق لتحديد الخطة العلاجية المناسبة) ولتحديد أنواع الأخطاء التي يرتكبها الطفل في القراءة (قلب، إبدال، حذف، إضافة...)

-تطبيق اختبارات معرفية مثل اختبار للذاكرة العاملة، الانتباه، الإدراك بمختلف أنواعه سمعي بصري...

اختبار المكتسبات ما قبل اللغوية- المكتسبات القبلية- مثل التخطيط الجسدي، الجانبية، البنية المكانية والزمانية
-اختبار البنية الفضائية ومختلف أبعادها.

-طلب الفحوصات المكتملة بغرض التشخيص الدقيق للحالة وتطبيقا لمحك الاستبعاد الذي سبق ذكره في المحاضرات الأولى مثل فحوصات سمع، بصر...

-تقييم الذكاء لاستبعاد حالات الإعاقة الذهنية وحتى بطء التعلم، وتطبيق اختبارات للكشف عن الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل

-تطبيق استمارة الوضع الاقتصادي والاجتماعي للوقوف على الوضعية المادية والاجتماعية لأسرة المفحوص.

-بعد التشخيص الدقيق وكآخر مرحلة يسطر المختص الأطفوني البرنامج العلاجي المناسب والذي يمكن أن يركز فيه بداية على تحسين المكتسبات ما قبل اللغوية لدى الطفل، تنمية بعض جوانب العمليات المعرفية التي يرى أنها مضطربة لدى الطفل مثل الذاكرة، الانتباه... العمل على تحسين إدراك الطفل للبنية الفضائية، ثم تحسين مستوى القراءة لدى الطفل بعد حصر أنواع الأخطاء التي يرتكبها والصعوبات التي يواجهها في عملية القراءة.

تجدون في الملفات المرفقة مجموعة من البرامج يمكن للمختص الأطفوني الاعتماد عليها في التكفل بحالات عسر القراءة.

المحاضرة الثانية عشر: صعوبات التعلم الأكاديمية

(عسر الكتابة)

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم عسر الكتابة
- أن يتعرف الطالب على بعض مؤشرات أو مظاهر عسر الكتابة
- أن يتعرف الطالب على خطوات التكفل الأطفوني بعسر الكتابة

1- مفهوم عسر الكتابة:

تعددت تعاريف عسر الكتابة، وفيما يأتي عرض لبعض منها:

هي تلك الصعوبات التي يواجه فيها المتعلمون أو الأطفال مشكلات متداخلة، مثل عدم القدرة على الاحتفاظ بالأفكار وتربطها أو مشكلات في الصياغة اللغوية النحوية والصرفية، أو رداءة في الخط وتناسقاته أو إدراكا خاطئا للمسافات بين الحروف والكلمات مما يجعل إمكانية قراءة ما هو مكتوب أمرا صعبا والذي يترك أثرا بالغا على تحصيلهم الأكاديمي.

وقد يرجع عسر الكتابة إلى صعوبة التحكم في العضلات الصغيرة أو الدقيقة والتي تقف أمام قدرة الطفل على ضبط التآزر الحسي الحركي للأصابع التي تعتمد عليها عملية كتابة الحروف والكلمات، وربما ترجع إلى عدم قدرة الطفل على نقل المدخلات البصرية إلى مخرجات من الحركات الدقيقة للكتابة.

قد أشار جراهام وهاريس Graham & Harris 1989 أن عسر الكتابة عبارة عن اضطراب في النشاط الخطي أو اضطراب في نمو الكتابة وتظهر عادة في سن الثامنة من عمر الطفل إذ تلاحظ تشوهات في الحركة الكتابية، وفي سير الخط، وصعوبة في الربط، وعدم الانتظام في ترك الفراغات بين الحروف والكلمات.

أما جونسون Johnson 1967 فيشير إلى أن " عسر الكتابة يظهر لدى الأطفال في شكل عدم القدرة أو صعوبة في تمييز الحروف والكلمات بصريا، ومن ثم صعوبة في إعادة إنتاجها أو نسخها بدقة.

مما سبق ذكره من تعريف فإن عسر الكتابة هي مستوى من الكتابة بالغ السوء يظهر في التمثيل الرديء للخط واتجاهه، وترجع هذه الصعوبة لعدة عوامل منها ما هو مرتبط باضطراب الذاكرة البصرية، واضطراب الإدراك البصري...

2- المؤشرات الدالة على عسر الكتابة:

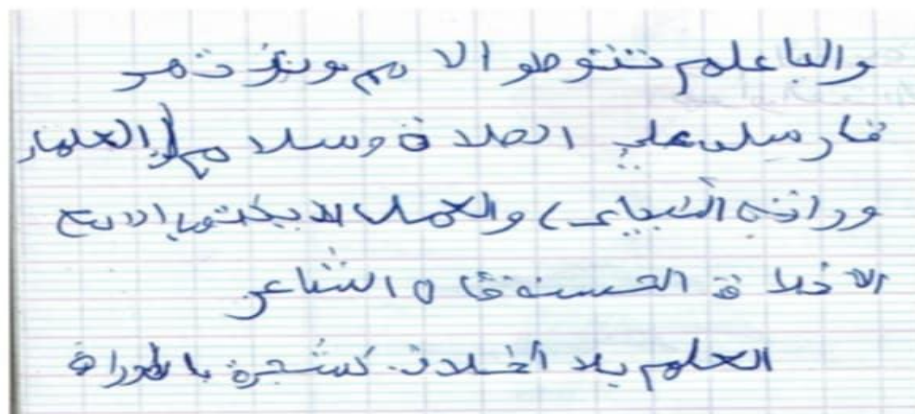
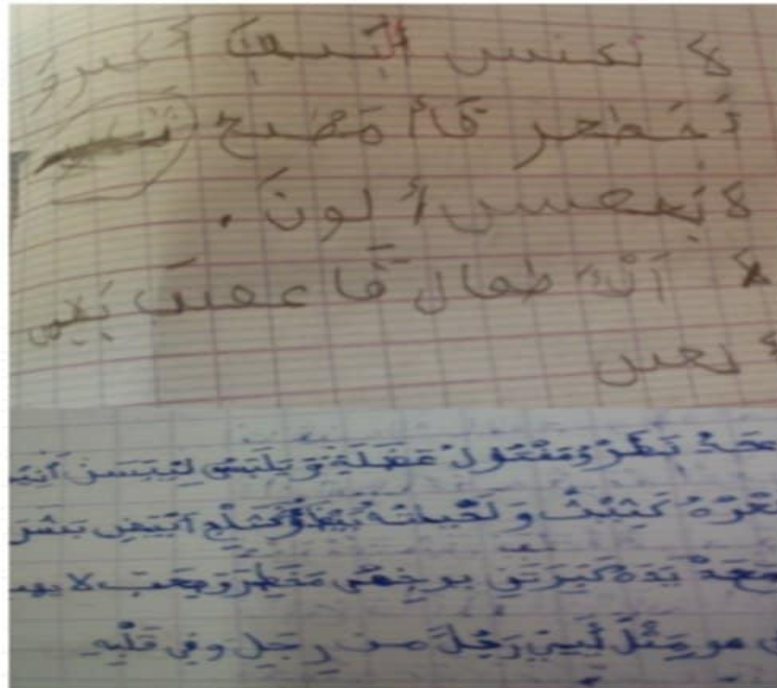
تشير الدراسات والبحوث التي تناولت صعوبات الكتابة لدى المتعلمين إلى المظاهر والمؤشرات الآتية:

- أوراقيهم ودفاتريهم مملوءة بالعديد من الأخطاء في التهجي والإملاء و التراكيب، وتشابك الحروف.
- يغلب على كتابتهم أن تكون غير منظمة، ولا تسير وفقاً لأي قاعدة وتفتقد إلى التنظيم والضبط.
- مراجعاتهم وتصحيحاتهم لأخطائهم التي يحددها المعلمون غير مبالية، وهم أقل فهما لهذه الأخطاء والاستفادة اللاحقة منها
- التلميذ ذو الصعوبة في تعلم الكتابة، يعاني من قصور في الجوانب التالية: الكتابة اليدوية (الخط)، والهجاء (الإملاء)، وعلامات الوقف، واستخدام قواعد تركيب الجمل، والتعبير عن الأفكار، والإنتاج اللغوي الكتابي.
- إمساك القلم بطريقة غير سليمة، وأصابعهم تقترب بشدة من القلم.
- الكتابة غير مقروءة بشكل عام، على الرغم من إعطائهم الزمن المناسب للمهمة
- عدم الثبات أو الاتساق، فالكتابة خليط من أنواع وأحجام مختلفة من الخطوط مع تشويه أشكال الحروف وعدم تناسب أحجامها، حجم الخط صغير جداً، أو العكس.
- عدم انتظام المسافات بين الحروف والكلمات، أو عدم وجود مسافة بينها إطلاقاً، يعني فراغات كثيرة أو العكس إلصاق الكلمات ببعضها.
- ميل الكتابة على السطور
- إضافة بعض الحروف، ما يغير شكل، أو معنى الكلمة، أو حذف بعض الحروف.
- كما تظهر صعوبات الكتابة في أشكال متعددة أيضاً، منها: يعكس الطفل الحروف والأعداد حيث تكون كما تبدو له في المرأة، فالحرف "خ" مثلاً والرقم 3 قد يكتبهما بشكل معكوس، وأحياناً قد يقوم بكتابة المقاطع والكلمات والجمل بأكملها بصورة معكوسة من اليسار إلى اليمين، فتكون كما تبدو في المرأة.

- يخلط في الاتجاهات فهو قد يبدأ كتابة الكلمات والمقاطع من اليسار بدلا من كتابتها كالمعتاد من اليمين، والفرق هنا عما سبق أن الكلمات تبدو صحيحة بعد كتابتها ولا تبدو معكوسة كالسابق.
- ترتيب أحرف الكلمات والمقاطع بصورة غير صحيحة عند الكتابة، فكلية ربيع قد يكتبها ربيع، وأحيانا قد يعكس ترتيب الأحرف، فكلية "دار" قد يكتبها راد
- يخلط في الكتابة بين الأحرف المتشابهة فقد يرى كلمة " باب" ولكنه يكتبها " تاب ". يحذف بعض الحروف من الكلمات أو كلمة من الجملة
- يضيف حرف إلى الكلمة غير ضروري، أو إضافة كلمة إلى الجملة تكون غير ضرورية.
- قد يجد الطفل صعوبة الالتزام بالكتابة على نفس الخط من الورقة
- وأخيراً فإن خط الطفل عادة ما يكون رديئا تصعب قراءته .
- ويؤكد جراهام وآخرون Graham & All 1995 أن التلاميذ ذوي صعوبات تعلم الكتابة يعانون من عسر في نقل وترجمة أفكارهم على الورق، فهم يجيدون التعبير عن أنفسهم شفهيًا، ولكنهم لا يستطيعون تحويل هذه الأفكار إلى نص مكتوب كما أن الأطفال ذوي الصعوبة في الكتابة تكون جملهم المكتوبة قصيرة، وفي تتابع غير منطقي، وربما يكونون قادرين على الهجاء شفهيًا، ولكنها كتابيًا غير صحيحة.
- الضغط على القلم أثناء الكتابة
- وضع الورقة ووضعية الجلوس غير سليمة .
- الكراس غير منظم أو متسخ نتيجة كثرة استخدام המחاة ونتيجة أيضا للأخطاء الكثيرة والمتكررة وكذلك التشطيب الكثير أو الخربشة، عجز في النسخ سواء من الكتاب أو من السبورة.

والبا علم تتوهوا لا هم وئوتهم
تارسله على الصلاة وسلاهم العلم
ورافقه البياض والحمل لا يكتما ادب
الا ذلة الحسنه في الشاع
العلم يد الخلاق كشجرة بالمعراج

ويعتبر هذا المصطلح من المفاهيم الأساسية في
العلوم كما قال رسول الله صلى الله عليه وآله وسلم
يعتبر علم الإنسان
من أهم العلوم
التي يجب أن يعرفها كل إنسان
ويعتبر من العلوم التي لا يمكن
إغفالها في الحياة العملية
والعلم الذي يدرس الإنسان
من حيث هو كإنسان
ويعتبر من العلوم التي لا يمكن
إغفالها في الحياة العملية
والعلم الذي يدرس الإنسان
من حيث هو كإنسان



3- التكفل بعسر الكتابة:

الكتابة مهارة هامة جداً بالنسبة للمتعلمين وأي صعوبة سوف لا تؤثر على الحياة الدراسية للطفل فقط؛ بل على حياته النفسية والتي قد تنعكس أيضاً على حياته الاجتماعية خاصة داخل الصف وبين زملائه، فقد يظهر الطفل

بعض السلوكيات الغير مرغوبة يرفضها المحيط حوله حيث لا يجد لها مبرر، وزيادة كمية النقد والتوبيخ الموجهة إليه من طرف المحيط تشعره بإحساس مؤلم مما يستدعي تأزم الحالة لديه، بالرغم من وجود إمكانية المساعدة من خلال الاستراتيجيات العلاجية المختلفة وبرامج التدخل.

تتضمن الكفالة الأطفونية الخطوات التالية:

-الميزانية الأطفونية التي تشمل كل المعلومات الضرورية عن الحالة، تاريخ الحالة، ظروف الحمل والولادة، النمو الحسي الحركي للطفل...

-تطبيق الاختبارات التشخيصية لعسر الكتابة والتي تحدد نوع عسر الكتابة بالضبط (لتحديد الخطة العلاجية المناسبة) ولتحديد أنواع الأخطاء التي يرتكبها الطفل في الكتابة.

-تطبيق اختبارات معرفية مثل اختبار الذاكرة العاملة، البصرية، السمعية، الانتباه، الإدراك بمختلف أنواعه سمعي بصري...

اختبار المكتسبات ما قبل اللغوية- المكتسبات القبلية- مثل التخطيط الجسدي، الجانبية، البنية المكانية والزمانية -اختبار البنية الفضائية ومختلف أبعادها.

-طلب الفحوصات المكملة بغرض التشخيص الدقيق للحالة وتطبيقا لمحك الاستبعاد الذي سبق ذكره في المحاضرات مثل فحوصات سمع، بصر...هنا في عسر الكتابة نضيف فحوصات من طرف طبيب الأعصاب من أجل استبعاد وجود مشكل عصبي يعيق الضبط الحركي لليد والأصابع.

-تقييم الذكاء لاستبعاد حالات الإعاقة الذهنية وحتى بطء التعلم، وتطبيق اختبارات للكشف عن الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل

-تطبيق استمارة الوضع الاقتصادي والاجتماعي للوقوف على الوضعية المادية والاجتماعية لأسرة المفحوص.

-بعد التشخيص الدقيق وكآخر مرحلة يسطر المختص الأطفوني البرنامج العلاجي المناسب والذي يمكن أن يركز فيه بداية على تحسين المكتسبات ما قبل اللغوية لدى الطفل، تنمية بعض جوانب العمليات المعرفية التي يرى أنها مضطربة لدى الطفل مثل الذاكرة، الانتباه...العمل على تحسين إدراك الطفل للبيئة الفضائية، ثم تحسين مستوى

الكتابة لدى الطفل بعد حصر أنواع الأخطاء التي يرتكبها والصعوبات التي يواجهها في عملية الكتابة في محاورها الثلاثة (الخط - الكتابة اليدوية، الإملاء - التهجئة، التعبير الكتابي).

المحاضرة الثالثة عشر: صعوبات التعلم الأكاديمية

(عسر الحساب)

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم عسر الحساب
- أن يتعرف الطالب على مظاهر وأعراض عسر الحساب
- أن يتعرف الطالب على كيفية تشخيص عسر الحساب
- أن يتعرف الطالب على سبل التكفل بعسر الحساب

تمهيد:

الرياضيات علم عقلي مجرد، فهو يدرس الأرقام على أنها رموز مجردة والأشكال الهندسية على أنها مساحات ونسب، وهو يقوم على التفكير والاستدلال، وهو علم تراكمي تسلسلي وترابطي يتطلب فهم كل مرحلة منه استيعاب المراحل السابقة التي بنيت عليها .

وتقوم الرياضيات في طبيعتها على مجموعة واسعة من الحقائق المتكاملة مثل حقيقة الأعداد والجمع والطرح والضرب والقسمة التي تبنى عليها كل العمليات الرياضية والحسابية .

وهي تتطلب إعمال القدرات التالية: القدرة على التفكير المنطقي في مجال العلاقات الكمية والمكانية والأرقام والحروف والتفكير في الرموز الرياضية، كما تتطلب كذلك القدرة على التعميم السريع والواسع للأهداف الرياضية والعلاقات والعمليات، مع القدرة على المرونة في العمليات العقلية بالنسبة للأنشطة الرياضية.

ويحتاج الطفل حتى قبل دخوله إلى المدرسة إلى معرفة وفهم الكميات والأرقام والعد حيث نجد لديه فضولا لمعرفة عدد لعبه أو عدد إخوته أو عدد أصدقائه، كما تلعب النقود دورا مهما عند ما يذهب للشراء فيحتاج لمعرفة ثمن الأشياء وباقي المال عنده ما يتيح له الحصول على خبرة التعامل مع الأعداد وتوظيفها في حياته اليومية.

وهنا يبرز دور الوالدين في تدعيم الخبرات الأولى التي يحصل عليها الطفل في مراحل طفولته الأولى من خلال مواقف حسابية والتي تساعده على فهم المبادئ الأساسية لتعلم الحساب وقواعده وعملياته.

وغالبا ما تبدأ صعوبات تعلم الحساب والرياضيات منذ دخول الطفل إلى المدرسة أي منذ المرحلة الابتدائية وقد تستمر حتى المرحلة المتوسطة والثانوية فتأخذ الطابع التراكمي وتستمر في التزايد إذا لم يتم تشخيصها والتكفل بها، وربما تمتد إلى المرحلة الجامعية مما قد يؤثر مختلف جوانب حياة الفرد العلمية والعملية. فالحساب أساسي شأنه شأن القراءة والكتابة، حيث يتم بناء البرامج التربوية في المرحلة الابتدائية بهدف تعليم الطفل هذه المواد الأساسية وتمكينه من توظيفها، فالمهارات الحسابية الوظيفية كاستخدام العد والوقت والمال والقياس، ضرورة في الحياة، كما تسهم في تطوير القدرة على التفكير وعلى حل المشكلات وعلى اكتساب الاستقلالية الذاتية

1- مفهوم عسر الحساب:

تمت صياغة المصطلح العلمي الفرنسي (Dyscalculie) في نهاية القرن العشرين من البادئة اليونانية (dys) والتي تعبر عن الصعوبة، العسر، النقص وهو عنصر يستخدم على نطاق واسع في المصطلحات الطبية

يبدو أنه لا يوجد إجماع بين الباحثين لوضع تعريف موحد لعسر الحساب، إذ مازال يكتنفه الغموض، فقد تعددت المفاهيم لهذا الاضطراب من باحث إلى آخر على مستوى المحتوى والخلفية النظرية والسببية، كاضطرابات المهارات العددية والحسابية، وهناك من يعتبره اضطراب في فهم وإدراك العدد، صعوبة تذكر الحقائق، صعوبة التعرف على الأرقام....

كما أن الاختلاف في التعاريف شمل المسببات، فهناك من اعتقد أن سبب هذا الاضطراب وراثي، وهناك من اعتبره مكتسب كإصابة أحد جزئي المخ أو ناتج عن اختلال وظيفي في أداء نصفي الكرة المخيين، وهناك من اعتبر السبب معرفي سواء أكان عائدا إلى مشاكل تصيب الذاكرة العاملة، وهناك من يعتقد بأن السبب راجع إلى إعاقة إدراكية تعيق التعامل الأمثل مع الأرقام والأعداد

وأيا كانت هذه الاختلافات في الشكل والمضمون فهي تشير إلى وجود خلل في اكتساب المهارات الرياضية والحسابية، ويؤثر على الإنجاز الأكاديمي للأطفال.

كما يقصد بعسر الحساب، اضطراب القدرة على تعلم المفاهيم الرياضية، وإجراء العمليات الحسابية المرتبطة بها، وتعرف أيضا على أنها عجز عن إجراء العمليات الحسابية الأساسية وهي: الجمع الطرح الضرب والقسمة، وما يترتب عليها من مشكلات في دراسة الكسور والجبر والهندسة فيما بعد.

فهي صعوبة بالغة في أداء العمليات الحسابية والاستنتاجات الرياضية، أو في كليهما والإخفاق في أداء المهام الرياضية، وهي صعوبة تذكر الحقائق الحسابية من الذاكرة طويلة المدى وصعوبة حل المسائل الحسابية البسيطة والمعقدة.

يعني صعوبة تعلم المهارات الحسابية والذي يظهر في صورة عدم القدرة على التعامل مع الأرقام واستيعاب قيمتها ومشاكل حل العمليات والمسائل الحسابية.

ويعرف العسر الحسابي أيضا على أنه صعوبة أو عجز في اجراء العمليات الحسابية الأساسية الجمع الطرح الضرب والقسمة، وما يترتب عليها من مشكلات في دراسة الكسور والجبر والهندسة، وهو صعوبات في هيكلة المنطق واستخدام أدوات الرياضيات ويعكس كل عطل في مجالات المنطق وبناء الأرقام والعمليات.

ويرتبط العسر الحسابي باضطراب إدراكي ناتج عن خلل وظيفي على مستوى الجهاز العصبي (عسر الحساب النمائي - صعوبة تعلم الحساب) أو تلف دماغي يعني إصابة دماغية (عسر الحساب المكتسب). يأخذ الاضطراب الإدراكي أشكالا مختلفة منها عدم القدرة على معالجة المعلومات البصرية والسمعية وصعوبات إدراك في العلاقات الفراغية ومعرفة الوقت والاتجاهات.

وقد ترتبط هذه الصعوبات بدورها بضعف في الذاكرة ومختلف العمليات المعرفية الأخرى، فمن المعلوم أن الطفل يعتمد اعتمادا كليا على حواسه في عملية التعليم كما يحتاج الى وظائف عقلية عليا لتحليل ومعالجة المعلومات، مثل إدراك المفاهيم ودلالاتها ما يسهل للطفل السرعة في تعلم الرياضيات، وأن أي تأخر في ذلك ينعكس سلبا على تعلمها، وهذا ما يمكن ربطه بتكوين مفهوم العلامة اللسانية التي جاء بها دوسوسير أبو اللسانيات الحديثة، والذي يرى بأن العلامة اللسانية أو الدليل اللساني ينقسم إلى دال ومدلول، فالدال هو الصورة الصوتية أو السمعية والمدلول وهو المعنى الذي تحمله أو ما يسمى بالصورة الذهنية فالطفل أثناء تعلمه الحساب فانه يبنى الدال من خلال سماعه وبصره، ويبني المدلول من فهمه وإدراكه وينتج لديه في الأخير رقم أو عملية حسابية على شكل دال + مدلول.

فأي خلل يحدث أثناء هذا الاكتساب سواء على مستوى الدال أو المدلول قد يجعل عملية تعلم الحساب مضطربة خاصة إن لم يتم اكتشاف المشكل وعلاجه

عسر الحساب يعني عدم القدرة على استيعاب المفاهيم الرياضية وإجراء العمليات الحسابية، ويكون لدى الطفل هنا قصور في عمليات التجهيز المعرفي والتي قد ترجع إلى صعوبات الانتباه والاحتفاظ أثناء القيام بالعمليات الرياضية،

أو تجاهل بعض الخطوات الرياضية أو صعوبة في التمييز بين الأرقام أو صعوبة فهم الرموز الحسابية واستخدامها، أو صعوبة في الكتابة الأفقية أو الصعوبة في إدراك العلاقات والاتجاهات عند حل المسائل الرياضية.

2-مظاهر عسر الحساب:

ترتبط هذه المظاهر بخصائص هؤلاء التلاميذ الذين يتميزون باضطراب الإدراك السمعي والبصري، وضعف الذاكرة والانتباه ومشكلات في التفكير المجرد والتي تظهر في:

- صعوبة في الربط بين الرقم ورمزه
- صعوبة في تمييز الأرقام ذات الاتجاهين المتعاكسين مثل 6/9
- عكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة يكتب أو يقرأ 51 بدلا من 15
- صعوبة في التمييز واتقان بعض المفاهيم الخاصة بالعمليات الحسابية الأساسية
- ضف إلى مظاهر أخرى متعلقة ب :
- خلل في الإدراك السمعي والإدراك البصري وتشويش في استقبال وتنظيم وفهم معنى المثير السمعي أو البصري مع أن الجهازين سليمان.
- ضعف الذاكرة السمعية والبصرية وصعوبة تذكر القواعد الحسابية.
- صعوبة إدراك التنظيم (البنية) المكانية صعوبة فهم مصطلحات تشير إلى المكان (فوق، تحت، أمام، وراء ..) وصعوبة في التعرف على الاتجاهات.
- صعوبة إدراك البنية الزمانية: صعوبة فهم مصطلحات لها علاقة بالزمن مثل قبل، بعد الأول والثاني .
- صعوبة تحويل المسألة الحسابية ذات الطابع القصصي إلى عمليات حسابية.
- صعوبات الحساب الذهني وحل المشكلات الرياضية اللفظية.
- العسر الحسابي يظهر عادة عند الطفل في عدة أشكال من أبرزها : صعوبات في عملية العد التنازلي والتصاعدي .
- صعوبة تذكر الحقائق والقوانين الحسابية والرياضية.
- صعوبة فهم الرموز الحسابية والخلط بينها مثل علامة أكبر من واصغر من، تساوي...

- ضعف عملية التعرف على القيمة المكانية للعدد إن كان أحادا أو عشرات أو مئات وغيرها، والملاحظ من خلال هذه الأشكال أن مشكل تمييز الاتجاهات والذي يرتبط ارتباطا وثيقا بضعف بناء البنية المكانية والجانبية هو أحد أهم المشاكل التي تكمن وراء عسر الحساب.
- صعوبة في عملية العد واستخدام الأرقام بشكل متسلسل، وصعوبة إدراك قيمة العدد واستخدامه.
- صعوبات الترميز الرياضي والتي تنتج عن ضعف التمثيل العقلي المعرفي للمفاهيم والحقائق والمعالجات الرياضية.
- صعوبة في فهم المفاهيم الرياضية من خلال الشرح اللغوي اللفظي الذي يكون ضعيفا مما يؤدي إلى فقر الرصيد اللغوي الرياضي.

ويعتبر الزمن والمكان والكمية والمقدار والترتيب والحجم والمسافة والطول والمفاهيم المجردة من الأساسيات المهمة المرتبطة بتعلم الحساب، حيث أن التلاميذ ذوي عسر الحساب يعانون من صعوبات في فهم العلاقات الحجمية وفي تعلم مفاهيم الأعداد بدقة وهذه العناصر تعد مسؤولة عن صعوبات تعلم الحساب، وهذا تأكيد على ارتباط عسر الحساب بمشاكل تخص البنية والعلاقات المكانية، فالطفل قبل دخوله المدرسة يكون قد عانى من نقص في نمو بنيته الفضائية والتي لها صلة وثيقة باضطرابات اللغة الشفوية والمكتوبة علما بأن عسر الحساب يصنف في الأطفونيا ضمن الاضطرابات اللغوية المكتوبة. ويؤكد أجورياجيرا في هذا النطاق بأن هناك علاقة وطيدة بين اضطرابات اللغة الشفوية والمكتوبة واضطراب الآليات أو العمليات قبل اللغوية والمتمثلة في المكان والزمان الصورة الجسدية والجانبية.

3-تشخيص عسر الحساب:

التشخيص هو أول مراحل التدخل، ويمكن اعتباره هدفا لمرحلة التناول العيادي التي تضم الخطوات الخاصة بجمع البيانات حول الحالة (الميزانية) والفحص الأطفوني والفحوصات المكملية.

ففي حالة عسر الحساب، وبعد أن يتم جمع المعلومات والبيانات الشخصية والعائلية والمرضية والمدرسية حول الطفل ومراحل نموه، يبدأ الفحص الأطفوني للغة الشفوية والمكتوبة إنتاجا واستقبالا إضافة إلى فحص واختبار الآليات قبل اللغوية (الصورة الجسدية، البنية المكانية والزمانية، الجانبية)

ثم توجه الحالة إلى الأخصائيين، فمن الضروري عرضها على أكثر من اخصائي واحد في مجال الطب أو علم النفس، وذلك لتحديد درجات وأنواع العجز إن وجد، وما يمكن أن يصاحبه من اضطرابات عضوية كانت أم وظيفية،

فالتأكد من سلامة الأجهزة العضوية خاصة الحواس والجهاز العصبي أمر مهم لتحديد وتشخيص المشكل وهذا ما يكرس فعلا أهمية العمل المشترك والمتكامل بين التخصصات العلمية

وكآخر خطوة من خطوات التناول العيادي يجتمع لدى المختص الأطفوني مجموعة من المعطيات وعدد من نتائج الاختبارات والفحوصات التي تساعد على تشخيص الاضطراب والذي سيتم على أساسه بناء خطة علاجية تحدد نوع ومدة البرنامج العلاجي الذي سيقدم للطفل .

والمختص الأطفوني في تحديده لأسباب عسر الحساب والتي على أساسها سيبنى خطة العلاج يعتمد على منظور نفس لغوي ومعرفي، وفي هذا المجال يتم التركيز أكثر على تلاميذ المرحلة الابتدائية لأنها مرحلة أساسية، إذ يهتم المختص بكشف وعلاج الضعف أو التصور في عمليات اكتساب اللغة المكتوبة والتي لها علاقة بأنواع الإدراك والذاكرة، حيث يتم في مرحلة التشخيص التركيز على الآليات قبل اللغوية لما لها من دور أساسي في بناء واكتساب اللغة بنوعيتها الشفوية والمكتوبة.

فيتم البحث عن أي تأخر أو عجز في بناء هذه الآليات والتي من شأنها أن تكمن خلف الأداء المدرسي الضعيف وصعوبات تعلم الحساب، فالطفل الذي يصعب عليه أن يفرق بين علامتي أكبر وأصغر مؤشر على أنه يعاني من مشاكل في اكتساب الجانبية اليمين واليسار، والطفل الذي لا يفرق بين رقم "9" ورقم "6" مؤشر آخر على أنه لا يميز بين مفهومي أعلى و"أسفل" أي يعاني من مشكل في اكتساب البنية الفضائية، ولكن وجب تدعيم هذه الملاحظات بتطبيق اختبارات أطفونية للتأكد منها.

ويشترط لتحديد صعوبات الحساب وتشخيصها على أنها عسر حسابي أن يتوفر الآتي:

- الاستمرارية والانتظام والتكرار في أعراض ومظاهر عسر الحساب التي تلاحظ عند الطفل وتؤثر بشكل متواصل على أدائه المدرسي.
- غياب أي قصور أو عجز عضوي على مستوى الحواس خاصة السمع والبصر .
- مستوى عقلي عادي ونسبة ذكاء تعادل أو أكبر من المتوسط .
- الاستفادة من التمدرس على الأقل لمدة سنتين دراسيتين كاملتين

وكقاعدة عامة يمكن أن يظهر العسر الحسابي عند التحاق الطفل بالمدرسة وفي هذه الحالة لا يعد اضطرابا بل يعود إلى حاجة الطفل إلى الوقت حتى يتدرب ويتكيف مع الرموز الجديدة، فقد يتعثر في البداية لفهم ماهية الأرقام

والعمليات الحسائية وكيفية التعامل معها، لكن يمكنه إذا توفرت الظروف البيداغوجية الملائمة سيتخلص من هذا المشكل وبشكل ذاتي.

إذن في عملية التشخيص لعسر الحساب تجدر الإشارة إلى ضرورة تطبيق محكات التشخيص التي سبق التطرق إليها في عسر القراءة وعسر الكتابة.

4-التناول العلاجي لعسر الحساب

تحدد فاعلية أي برنامج علاجي بمقدار التعاون بين الأخصائي الأطفوني والوالدين والذي ينبغي أن يكون قائما على الثقة المتبادلة والاحترام والمسؤولية المشتركة، ومن المهم إشراك المعلم في هذه العملية كونه مسؤولا هو الآخر عن نجاح تلاميذه ومساعدتهم، حيث يعتمد المختص الأطفوني العمل التنسيقي والمتكامل بين الشركاء الثلاثة من خلال برمجة حصص للإرشاد الوالدي والتنقل إلى المدرسة للاطلاع على نتائج البرنامج العلاجي الأطفوني وتحسيس المعلم بدوره الخوري للتخلص من صعوبات تعلم الحساب .

ففي ضوء نتائج الفحوصات ووصولاً إلى التشخيص الدقيق يتم بناء بروتوكول علاجي فردي لكل حالة، ويجب التأكيد على ضرورة العمل المشترك للفريق التربوي والمتكون من عدد من المختصين التربويين والنفسانيين والأطفونيين والمعلمين وحتى الأولياء للإحاطة بجوانب عسر الحساب وانعكاساته .

وتعتمد إعادة التربية أي العلاج على مبادئ هامة وهي

يتم العلاج بشكل فردي وبناء على خطة علاجية فردية حسب كل حالة، لكن هذا لايعني أنه في مواضع معينة يمكن العمل جماعيا معهم.

يجب أن يكون العلاج متعدد الحواس أي يستثير كل الحواس بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من الترابطات بين الرموز المكتوبة ومعانيها وكيفية التعرف عليها. (استخدام استراتيجية الحواس المتعددة)

لا بد أن تتدرج مراحل العلاج بالانتقال تدريجيا من السهل نحو الصعب ومن المحسوس نحو المجرد . من المفروض أن يعتمد العلاج على التأثير الإيجابي ومحاولة تغيير الأفكار السلبية نحو الرياضيات والتي تثبط دافعية الطفل نحو التعلم .

من المهم استخدام أدوات وتقنيات وتمارين على شكل لعب ونشاطات محبة للطفل مع الابتعاد قدر الإمكان عن الجو التعليمي ووسائله. (استخدام الألعاب التعليمية مثل الألغاز المنطقية)

ويتركز العلاج في هذه الحالة على إعادة بناء الآليات قبل اللغوية بشكل سليم وتوظيف اللغة المنطوقة والمكتوبة لإثراء رصيد الطفل اللغوي من حيث الحروف الأرقام والكلمات، والعمليات الحسابية وكل ما له علاقة بتعلم الحساب والرياضيات وأهمية توظيفها وربطها بالحياة اليومية .

خلاصة شاملة لمحاضرات صعوبات التعلم:

تتناول المحاضرات صعوبات التعلم بوصفها اضطرابات نمائية وأكاديمية غير ناتجة عن إعاقة عقلية أو حسية، بل عن خلل في العمليات المعرفية مثل الانتباه والذاكرة والإدراك واللغة، وتنقسم إلى صعوبات نمائية تؤثر في الوظائف العقلية الأساسية، وصعوبات أكاديمية تظهر في القراءة والكتابة والحساب.

من أبرز هذه الاضطرابات عسر القراءة الذي يتمثل في صعوبة فك الرموز الكتابية وتحويلها إلى أصوات، مع أنواع فونولوجي وسطحي وعميق، إضافة إلى عسر الكتابة الذي يظهر في ضعف ورداءة الخط (عسر الخط)، الأخطاء الإملائية الذي يتمثل في عسر الإملاء (التهجئة)، وعسر التعبير الكتابي.

وعسر الحساب بوصفه اضطراباً نمائياً وأكاديمياً يعيق تعلم المفاهيم الرياضية وإجراء العمليات الحسابية الأساسية رغم توفر ذكاء عادي وفرص تعليم مناسبة. الذي يظهر صعوبة فهم الأعداد، والتعامل مع الرموز الرياضية، وتذكر الحقائق الحسابية.

كما تُعالج المحاضرات خطوات التكفل الأطفوني التي تشمل التشخيص الدقيق، وتقييم القدرات المعرفية، واستبعاد الإعاقات الأخرى، ثم بناء برنامج علاجي مناسب، ويركز التدخل الأطفوني على تحسين العمليات المعرفية الأساسية كالذكر والانتباه والإدراك البصري، كما يعتمد على برامج تدريبية خاصة بكل مهارة مثل القراءة أو الكتابة أو الحساب.

وتؤكد المحاضرات على أهمية الدمج بين الجوانب التعليمية والسلوكية في العلاج، كما يتم التركيز على التدخل المبكر لتقليل حدة الصعوبات وتحسين التحصيل الدراسي. ويعد التعاون بين المختصين والأسرة والمدرسة عنصراً أساسياً في نجاح التكفل. وفي النهاية تهدف هذه البرامج إلى تحسين الكفاءة الأكاديمية والاستقلالية والاندماج الاجتماعي للمتعلم.

أسئلة التقييم الذاتي لمحاضرات صعوبات التعلم:

1. ما المقصود بصعوبات التعلم النمائية؟
2. ما الفرق بين صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية؟
3. اذكر ثلاث مظاهر لعسر القراءة .
4. اذكر ثلاث مظاهر لعسر الكتابة .
5. اذكر ثلاث مظاهر لعسر الحساب .
6. ما أهمية التشخيص المبكر لصعوبات التعلم؟
7. ما المقصود بمحك الاستبعاد في التشخيص؟
8. ما دور الفحوصات الطبية في التشخيص؟
9. ما أهداف التكفل الأطفوني بصعوبات التعلم؟

المحاضرة الرابعة عشر: الإعاقة البصرية

الأهءاف الخاصة للمحاضرة:

- أن ففعر الطالب على مفهوم الإعاقة البصرية
- أن ففعر الطالب على مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية
- أن ففعر الطالب على خصائص فئة المعاقف فصرفا الجسمفة والنفسفة والمعرففة
- أن ففعر الطالب على سبل رعاة هءة الفئة
- أن ففعر الطالب على أثر الإعاقة البصرية على الفواصل الاجفماعف وءور المخصف الأرففونف فف الفكل بهذه الفئة

فمهفء:

فعبر وطففة الإبصار من الوظائف الأساسية والمهمة للكائن الفف ففعر الفرف بقفمة هءة الوظففة فف ففعفل القءرة على الرؤفة لسبب ما ففعلق بالفعف أو بالعوامل الفارفة فف ففعر الفرف بهذه الإعاقة البصرية ففعكس على مففل جوانب ففاته.

ففعفل ءرعة الفأفر ففب عءة عوامل، خاصة ما ففعلق بالفقبل الأسرف فف ففحتاج بفلك المعاق فصرفا إلى رعاة نفسفة واجفماعفة مهمة فمكنه من الفوافق فف المفعف.

1- فعرف الإعاقة البصرية

كل مصطلح فاول العلماء فعرفه وففسفره، كان الأمر بالنسبة لمصطلح الإعاقة البصرية فف ففناك من فقول انه وراثف ففزفقف وففناك من فقول انه سببه بففف أف مكفسب وبف فففن النقفففن وء العلماء عءة فعارف وسطفة فذكر منها فعرف فففر إلى قصور أو عجز فف فاسة البصر وان هءا القصور ففعله ففر قادر على القفام بفعل ما.

ولقد فاول الكففر من العلماء فءفء مفهوم ءقف للإعاقة البصرية فكانف الفعارف ففاربة فارة ومففاوتة فارة أفرى، وففما فلف فعرفاف الإعاقة البصرية ففب كل مفال:

من المنظور الطبي

هي تلك الحالة التي يفقد الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه الخلل وهو إما خلل طارئ كالإصابة بالحوادث أو خلل وُلد مع الشخص. ويعرف الشخص الأعمى بأنه ذلك الشخص الذي تكون حدة أبصاره تساوي أو تقل عن 20/200 في أقوى العينين وذلك بعد محاولات التحسين أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة.

من المنظور التربوي

ذوو الإعاقة البصرية هم أولئك الفاقدون للبصر كلية وهم أولئك الذين يكون البصر لديهم شديد القصور والضعف حيث يتطلب تربية بمناهج لا تتضمن حاسة البصر أي لا يمكنهم القراءة إلا بالبرايل

المكفوف في نظر التربية الخاصة

المكفوف هو الشخص الذي يعجز في استخدام بصره في الحصول على المعرفة ولكن يمكنه الحصول عليها عن طريق حواسه الأخرى وخاصة حاسة السمع، فالمكفوف يعجز عن استخدام بصره في عملية التعليم بما يستدعي تعديل الخدمات التربوية اللازمة لنموه وبأسلوب يتفق مع ذلك العجز..

2- مظاهر الإعاقة البصرية

- أ- طول النظر حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية.
- ب- قصر النظر : وهي عكس الحالة السابقة، حيث أن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة.
- ت- اللابؤرية وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما.

3- أسباب الإعاقة البصرية

قبل الخوض في الأسباب ينبغي الإشارة إلى أن عوامل عديدة جدا قد تقود إلى أمراض وحالات تؤثر على العين، ويعتمد مدى تأثير هذه الأمراض على الوظائف البصرية على موقع الإصابة، أسبابه، شدته وعمر الإنسان.

تختلف أسباب الإعاقة البصرية ودرجتها وأشكالها وزمن حدوث هذه الإعاقة من فرد لآخر، فعندما يولد الطفل معاقا بصريا أو يصاب بالإعاقة البصرية قبل سن السادسة فإنه يطلق على إعاقته الإعاقة البصرية الولادية أو الخلقية، أما إذا أصيب الفرد بالإعاقة البصرية بعد سن السادسة فإنه يطلق على إعاقته بالإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة وفيما يلي نذكر مجموعة من الأسباب تتراوح بين الأسباب الولادية وأسباب مكتسبة كما يلي:

- الحول هو اختلال في وضع العين أو إحداها، مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية بالإضافة إلى إرهاق العين.
- البهق يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة، مما يؤدي إلى امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية، وسبب البهق هو خلل في البناء.
- المياه البيضاء: وهي حالة تفقد فيها عدسة العين الطبيعية شفافيتها بسبب عتامة تنتج عن تصلب الألياف البروتينية المكونة لها مما يفقدها شفافيتها.
- الحصبة الألمانية تؤدي الإصابة بالحصبة الألمانية في الشهور الثلاثة الأولى للحمل إلى الإصابة بالعديد من الإعاقات ومنها كف البصر.
- مرض السكري وهو أحد مسببات الإعاقة البصرية حيث تسبب زيادة مستوى السكر في الدم وصعوبة امتصاصه في خلايا الجسم وخصوصا خلايا الشبكية مما يؤثر على أدائها لوظائفها.
- المياه السوداء ويقصد بذلك تزايد الضغط على كرة العين، حيث تتجمع السوائل داخل العين مما يؤدي إلى زيادة الضغط على كرة العين.
- أمراض الشبكية: ويقصد بذلك تلك الاضطرابات التي تصيب الشبكية من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية.
- أمراض العدسة: ويقصد بذلك تلك الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب عدسة العين أو الأجزاء الخلفية للعدسة.
- التهابات العين ويقصد بذلك الالتهابات المزمنة التي تصيب القرنية أو القزحية أو الملتحمة، الأمر الذي يؤدي إلى شكل ما من أشكال الإعاقة البصرية.
- الحوادث وأسباب أخرى ويقصد بذلك إصابة العين أو أجزاء منها بصورة مباشرة أو غير مباشرة بخلل ما نتيجة لحوادث منها الضرب على الرأس، أو إصابة العين بضربة مباشرة.

تأتي العوامل المؤثرة في مرحلة ما قبل الميلاد التي تشمل المشكلات الوراثية و الولادية في مقدمة العوامل المسببة للإعاقة البصرية بين الأطفال حيث تمثل حوالي 65% من الحالات.

4-النمو الجسمي والمعرفي للطفل المعاق بصريا

النمو الجسمي

إن النمو الجسمي للمعاق بصريا يسير بشكل طبيعي وخاصة من حيث الطول والوزن فهو لا يختلف عن النمو الجسمي للأطفال المبصرين.

لكن المعاق بصريا يواجه صعوبات فائقة وقصورا في ممارسة أنشطة الحياة اليومية وفي تنقلاته من مكان لآخر وقد يتضح القصور في مهارات التناسق الحركي والتأزر العضلي وذلك نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد لكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية، وقد يكون القصور نتيجة لعزوف الأفراد المعاقين بصريا عن الاشتراك في الأنشطة الحركية وتوقعا لفشلهم في الأداء هذه الأنشطة مقارنة بالعاديين، فنظرا لنقص المعرفة بمكونات البيئة ونقص المفاهيم والعلاقات المكانية التي قد يلاحظها ويستخدمها المبصرون، حيث إن كثير من المكفوفين يواجهون صعوبات في مجالات تتصل بواقع الأشياء وتحديد أماكنها ومعرفة اتجاهاتها فبعضهم يواجه صعوبات في استيعاب أبسط المفاهيم المتعلقة بالإدراك المكاني.

ومن الخصائص الجسمية والحركية للمعاقين بصريا ظهور السلوك النمطي اللازمات الحركية مثل فرك العينين واللعب بالأصابع اهتزاز الجزء العلوي من الجسم إلى الأمام أو إلى الخلف أو رفع الحاجبين باستمرار وقد يرجع ذلك إلى محاولة التعويض لفقد البصر أو نتيجة الشعور بالحرمان الاجتماعي أو شعوره بالتوتر فقد يلجأ إلى استخدام هذه الحيل أي الحركات النمطية لإعادة توازنه وتكيفه.

النمو المعرفي

حاسة اللمس والسمع هما أهم سبيل لاكتساب المعاق بصريا المعرفة، لهذا فان معرفته يشوبها نوع من النقص.

وقد حدد لونفيلد " Lowenfeld ثلاث محددات أساسية للنمو المعرفي للمعوقين بصريا

أ محددات ترتبط بتنوع الخبرات ومداها.

ب محددات ترتبط بمجال الحركة والتنقل.

ج محددات ترتبط بإمكانية ضبط البيئة والسيطرة عليها.

تبدأ مظاهر البطء في النمو المعرفي تظهر خاصة في الشهر الخامس ومن ثمة تظهر جليا في سن التمدرس حيث يجد المعاق بصريا صعوبة في عمليتي التمثيل والموائمة بسبب محدودية خبراته الحسية مثلا الوصول إلى الأشياء الكبيرة جدا أو الصغيرة جدا وبالتالي تكوينه للعلاقات المكانية والمفاهيم المجردة يكون مضطربا نوعا ما، وهنا نلاحظ انه لا ينجح كثيرا في ربط الكلمات بمعانيها.

5- خصائص وسمات المعاقين بصريا

يعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية لهم خصائص يتميزون بها عن الآخرين من ذوي الإعاقات المختلفة ومن أهمها:

خصائص ذهنية وعقلية: وهذه تكون من خلال التطور الذهني والعقلي لهم وأنه يتأثر بشكل كبير. فقد لا يمكن للشخص ذو الإعاقة البصرية الكشف عن المحيط الخارجي له بنفسه بمعنى أن الطفل الذي يحمل إعاقة بصرية. لا يتمكن من اكتشاف العالم الذي يتعايش فيه ويتفاعل معه مثل الطفل الطبيعي، لذا فإن التطور الذهني هو أهم ما يميز المعاقين بصريا في الكشف عن محيطهم الخارجي.

خصائص لغوية: وهي التي يستطيع أن يتأثر المصاب بها خلال سنوات حياته الأولى.

وقد تتحسن تلك الخاصية من خلال القدرة على التعبير الشفوي وهذا لأنه في الغالب. قد يركز في التعامل مع الآخرين بواسطة السمع والتعلم الشفوي، حتى يتمكن من التواصل الخارجي.

خصائص اجتماعية: والتي غالبا ما تؤدي إلى عدم القدرة على التعامل بشكل طبيعي. وهنا دور الأسرة والمجتمع المحيط بالشخص في عمل إحاطة وتأهيل اجتماعي. من أجل جعل المصاب يستطيع الانخراط بشكل طبيعي وكأنه فرد عادي غير مصاب بمرض.

خصائص حركية: يعاني بالطبع المعاقون بصريا من مشاكل في الحركة بسبب عدم قدرتهم على الرؤية ومعرفة الوسط الذين يتحركون فيه.

خصائص تعليمية: يعاني المعاق بصريا من بعض المشاكل التعليمية. حيث يقرأ ببطيء وسواء كان ذلك للكلمات العادية أو بطريقة برايل. وكذلك انخفاض مستوى التحصيل الدراسي والأخطاء في القراءة بصوت مرتفع والاجتماعي وتعمل على بث الثقة في نفسه وتتيح له فرص التعليم والتأهيل المهني.

6-رعاية وتأهيل المعاقين بصريا

يحتاج المعاق بصريا إلى رعاية خاصة ممن يحيطون به، وهذه الرعاية ضرورية جدا في حياته وتتضمن هذه الرعاية شقين هامين الشق النفسي والشق الاجتماعي وهي كالتالي:

الرعاية النفسية للمعاقين بصريا: إن القاعدة الذهبية للتعامل مع المعوقين عموما والمعوقين بصريا على وجه الخصوص هي قبولهم على ما هم عليه وهذا ما له الأثر البالغ في إتاحة الفرصة لهم في اكتساب المعلومات والخبرات المعرفية والاجتماعية.

ويجمع الكثير على ان الإصرار على وصف المعاقين بصريا بالعمى أو تعبيرهم بهذا النقص يخلق عندهم إحساسا بالمهانة وهو ما يولد في نفوسهم إحساسا بالألم مما قد يؤدي بهم إلى الشعور بالعدوانية، ويرفض ما يقدم إليه ثم لا يستفيد من الخبرات والنصائح التي يقدمها له الآخرون، لذا وجب الاهتمام بالمعاقين بصريا وهذا بتنمية المهارات اللازمة، حيث أن تنمية الحواس المتبقية منها اللمس والسمع للتمكن من معالجة واقعه واستثمار مدركاته القادمة إليه من هذا الطريق أفضل استثمار وهذا ما يجعلهم يتقبلون إعاقاتهم ويعدلون طرق تفكيرهم، وهذا طبعا لن يتأتى إلا بالرعاية النفسية، من الوقاية والتشخيص والعلاج المستمر من طرف أطباء نفسانيين وبيداغوجيين ومعلمين لوضع برامج متكاملة يعمل بها المربون والمعلمون في المدارس الخاصة.

الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصريا

إن الأسرة من أهم الأماكن التي يمكن أن يلقي فيه المعاق بصريا الرعاية المبدئية والمستمرة طوال حياته تقريبا ثم يأتي بعدها المجتمع ككل من الأقارب، الجيران المدرسة حي الخ . والتي نعرضها كالآتي:

واجب الأسرة نحو المعاق بصريا تمر علاقة المعاق بصريا بأسرته بعدة مراحل ، فهم قد ينزعجون في البداية عندما يصاب طفلهم بالعجز، ويترجمون هذا الانزعاج في أشكال متعددة من السلوك، حيث يذهبون إلى الأطباء المختصين أولاً مراكز الرعاية وإذ هناك أيضا من يهملون أبنائهم في حالات إصابتهم بأمراض في العين، فالواقع

كما سبقت الإشارة، إن الأسرة بعد أن يتضح لها حجم الضرر الذي أصاب طفلها تبدأ تنزعج، وقد تنفق من الجهد والمال ما كان يمكن أن تنفق منه القليل من الاهتمام عند بدء الظهور أعراض العجز.

إن الجهد الذي ينبغي أن توجهه الأسرة نحو المعاق بصريا متعدد الجوانب ويمكن إجمالها في الصور التالية:

- متابعة العلاج إذا كانت توجد فرصة للعلاج أو متابعة الرعاية إن كان في ذلك ما يضمن عدم تدهور حالته.
- بالنسبة لمن استقرت حياتهم على شكل معين من أشكال العجز ينبغي أن تعرف الأسرة حدود التوافق وأسباب سوء التوافق الذي يمكن أن يتعرض له المعاق بصريا، فالجانب الوجداني المحتاج لقدر كبير من الاهتمام وخاصة إذا كان المعاق قد وصل إلى مرحلة من العمر يدرك معها حدود عجزه و مدلوله، كما هو الحال في مرحلة المراهقة.
- للاستعانة بأجهزة الرعاية الاجتماعية المتاحة مثل النوادي المهيأة لاستقبال المعاقين بصريا مما يشغل الوقت ويتيح لهم التعرف على صداقات من شأنها أن تنسيهم ألامهم ولو قليلا، لأن طاقاتهم تصرف في الرياضة والاتصال الاجتماعي بالآخرين.
- واجب المجتمع نحو المعاق بصريا ويشمل دور المجتمع في الجهات التي تهتم برعاية المكفوفين وهو الأمر الذي سينتج عنه بالضرورة نوع ما من أنواع التأهيل التي يمكن أن تجعلهم طاقة منتجة، لا يعولون أنفسهم فحسب بل يقدمون إنتاجا له أهميته إلى غيرهم، هذا من جهة ومن جهة أخرى يحتاج المعاق بصريا إلى حق التعليم في المدارس الخاصة وتوفيرها للمعاقين بصريا باعتبار التعليم العادي لا يخدم هذه الفئة وكذا توفير الوسائل التعليمية السمعية لضمان تعويض حاسة البصر.

الرعاية التربوية: وتحدث الرعاية التربوية للمعاقين بصريا عن طريق البرامج التربوية، وطرق تنظيم تعليم وتربية

المعاقين بصريا، ويمكن أن يميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية، منها:

- مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصريا.
- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصريا.
- دمج المعوقين بصريا في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
- دمج المعوقين بصريا في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصريا، ومراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصريا من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصريا، ويميل الاتجاه التربوي الحديث إلى دمج المعاقين بصريا في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصريا، ومبرراته، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصريا تعليم وتدريب المعوقين بصريا على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة، ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل، ومهارة القراءة بطريقة الاوتكون، ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابي ومهارة الاستماع، ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية وفيما يلي شرح موجز لكل من تلك المهارات مهارة فن الحركة تعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصريا، وخاصة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكفيف الكلي)، ولذا يعتبر إتقانه لمهارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين إذ يعتمد إتقانه لمهارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين إذ يعتمد الكفيف على حاسة اللمس اعتمادا أساسيا في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس، أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق، ونحو الغرب، كما قد يوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت

7-الدعم الأرففوني لفئة المعاقين بصريا

رغم أن الإعاقة البصرية لا تؤثر مباشرة في الجهاز اللغوي من الناحية العضوية، إلا أنها قد ترتبط بظهور بعض الصعوبات أو الاضطرابات في اللغة والتواصل، خاصة في المراحل الأولى من النمو. فحرمان الطفل من المدخلات البصرية يحد من فرص التعلم العرضي واكتساب المفردات المرتبطة بالأشياء والأفعال والسياقات الاجتماعية، كما قد يؤثر في تطور اللغة التعبيرية والاستقبالية. ويظهر ذلك في تأخر اكتساب المفردات، وصعوبات في استخدام الضمائر، وضعف فهم المفاهيم المكانية، إضافة إلى محدودية التواصل غير اللفظي مثل الإيماءات وتعابير الوجه والتواصل البصري. كما قد يعاني بعض الأطفال المعاقين بصريا من نمط لغوي نمطي أو ترديدي نتيجة الاعتماد المفرط على السمع دون دمج الخبرة الحسية المتكاملة. وتزداد احتمالية ظهور هذه الصعوبات في حال اقتران الإعاقة البصرية بإعاقات أخرى كالإعاقة السمعية أو الذهنية أو اضطرابات النمو.

أثر الإعاقة البصرية على التواصل الاجتماعي

يُعد التواصل الاجتماعي من أكثر الجوانب تأثرًا بالإعاقة البصرية، نظرًا لاعتماد التفاعل الاجتماعي بدرجة كبيرة على الإشارات غير اللفظية. فغياب القدرة على قراءة تعابير الوجه ولغة الجسد قد يؤدي إلى سوء فهم الرسائل الاجتماعية أو ضعف المبادرة التواصلية، ما ينعكس على تكوين العلاقات الاجتماعية والشعور بالاندماج. وقد يظهر لدى بعض الأفراد انسحاب اجتماعي أو تردد في التفاعل، ليس بسبب قصور لغوي مباشر، وإنما نتيجة نقص الكفاءة التواصلية الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة البصرية.

دور المختص الأطفوني مع فئة المعاقين بصريًا

يتمثل دور المختص الأطفوني في التدخل المبكر لتقييم النمو اللغوي والتواصل لدى الطفل المعاق بصريًا، والكشف عن أي تأخر أو اضطراب في اللغة أو التواصل. ويعمل الأطفوني على تنمية اللغة الاستقبالية والتعبيرية من خلال استراتيجيات تعتمد على الحواس البديلة، خاصة السمع واللمس، وتوظيف الأنشطة اللفظية الوصفية والتجريب الحسي المباشر. كما يركز التدخل الأطفوني على تطوير مهارات التواصل الوظيفي والاجتماعي، وتعليم الطفل كيفية استخدام اللغة في مواقف الحياة اليومية، وتعويض غياب التواصل غير اللفظي بتعزيز التعبير اللفظي الواضح. إضافة إلى ذلك، يضطلع الأطفوني بدور إرشادي مهم من خلال توعية الأسرة والمعلمين بخصائص النمو اللغوي لدى هذه الفئة، وتقديم استراتيجيات داعمة للتواصل داخل الوسط الأسري والمدرسي، بما يضمن تحقيق أقصى قدر من الاستقلالية والتكيف النفسي والاجتماعي.

أهمية التكفل الأطفوني المتكامل

تؤكد الدراسات الحديثة أن التكفل الأطفوني المبكر والمنظم يسهم بشكل فعال في تحسين الكفاءة اللغوية والتواصلية لدى الأشخاص المعاقين بصريًا، ويحدّ من الآثار الثانوية للإعاقة على النمو النفسي والاجتماعي. ويُعد هذا التكفل جزءًا لا يتجزأ من منظومة التأهيل متعددة التخصصات، التي تهدف إلى تمكين الفرد المعاق بصريًا من التواصل الفعال، والاندماج المدرسي والاجتماعي، وتحقيق جودة حياة أفضل.

خلاصة:

تُعد الإعاقة البصرية حالة ناتجة عن قصور كلي أو جزئي في وظيفة العين لأسباب وراثية أو مكتسبة، وتختلف درجاتها حسب شدة الضعف البصري.

وتتعدد مظاهرها بين قصر النظر، طول النظر، واللابؤية، إضافة إلى أمراض وأسباب خلقية أو مكتسبة مثل الحوادث والأمراض المزمنة.

يواجه الطفل المعاق بصريًا صعوبات في الإدراك المكاني والحركي نتيجة غياب الخبرة البصرية وضعف فرص التقليد والتفاعل مع البيئة، ورغم ذلك، فإن نموه الجسمي قد يكون طبيعيًا، إلا أن نموه المعرفي واللغوي قد يتأثر بسبب محدودية المدخلات الحسية، كما يعاني من صعوبات تعليمية تتمثل في بطء التعلم وضعف التحصيل خاصة في القراءة والكتابة والمهارات الأكاديمية.

وتتأثر خصائصه الاجتماعية والنفسية بالحاجة إلى الدعم الأسري والتربوي لتجنب العزلة وتعزيز الثقة بالنفس.

وتشمل الرعاية المقدمة له جوانب نفسية واجتماعية وتربوية تعتمد على الدمج والتأهيل واستخدام وسائل تعليمية بديلة.

وللمختص الأطفوني دورًا مهمًا في دعم النمو اللغوي والتواصل عبر استراتيجيات تعتمد على السمع واللمس.

كما يساهم في تطوير التواصل الوظيفي والاجتماعي وتعويض نقص الإشارات غير اللفظية لدى هذه الفئة.

وفي النهاية، فإن التكفل المبكر والمتكامل يهدف إلى تحسين جودة حياة المعاق بصريًا وتحقيق اندماجه المدرسي والاجتماعي بفعالية.

أسئلة التقييم الذاتي:

1. ما أشكال الرعاية التربوية المقدمة لهذه الفئة؟
2. ما دور المختص الأطفوني في التكفل بالمعاق بصريًا؟

المحاضرة الخامسة عشر: الإعاقة الحركية

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم الإعاقة الحركية
- أن يتعرف الطالب على أسباب الإعاقة الحركية
- أن يتعرف الطالب على خصائص فئة المعاقين حركيا
- أن يتعرف الطالب على سبل رعاية هذه الفئة
- أن يتعرف الطالب على أثر الإعاقة الحركية على التواصل الاجتماعي ودور المختص الأرتفوني في التكفل بهذه الفئة

تمهيد

تُعد الإعاقة الحركية والبدنية إحدى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وتتمثل في القصور أو الخلل الذي يصيب الجهاز الحركي للفرد، مما يحدّ من قدرته على الحركة وأداء وظائفه اليومية والاجتماعية بصورة طبيعية. ولا تقتصر آثار الإعاقة الحركية على الجانب الجسمي فقط، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية، الأمر الذي يجعلها من الإعاقات ذات الأبعاد المتعددة.

وتبرز أهمية تناول هذا الموضوع في كونه يسلط الضوء على طبيعة الإعاقة الحركية، أسبابها، تصنيفاتها، تشخيصها، خصائص الأفراد المعاقين حركيًا، احتياجاتهم، المشكلات الناتجة عنها، وسبل الوقاية منها، بهدف تحقيق فهم شامل يمكن من بناء تدخلات وقائية وتأهيلية فعالة.

أولاً: مفهوم الإعاقة الحركية

تعددت تعريفات الإعاقة الحركية نتيجة لتعدد أسبابها واختلاف تصنيفاتها وزوايا النظر إليها. فقد عرّفها الحكومة الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية سنة 1977 بأنها إصابة جسمية شديدة تؤثر على قدرة الفرد على استخدام عضلاته وتنعكس بصورة ملحوظة على أدائه الوظيفي أو الأكاديمي، وقد تكون هذه الإصابة خلقية أو مكتسبة. كما عرّفت منظمة العمل الدولية الشخص المعوق بأنه الفرد الذي نقصت قدرته الفعلية على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نتيجة عاهة جسمية أو عقلية.

ويرى الزعبي (2003) أن الإعاقة الحركية هي نوع من الإعاقات التي تصيب الجسم وتعرقل نموه الطبيعي، سواء تمثلت في تشوهات هيكلية أو شلل في الأعصاب العضلية، مما يستدعي تربية خاصة نتيجة تأثيرها في الجوانب العقلية والانفعالية والاجتماعية. ومن خلال هذه التعريفات يمكن استخلاص أن الإعاقة الحركية هي قصور أو خلل يصيب الجهاز الحركي بسبب عوامل وراثية أو بيئية، يؤدي إلى عجز جزئي أو كلي في الحركة ويؤثر في تكيف الفرد النفسي والاجتماعي والوظيفي.

ثانيًا: أسباب الإعاقة الحركية

تنقسم أسباب الإعاقة الحركية إلى أسباب وراثية وأسباب بيئية مكتسبة، وقد تحدث هذه الأسباب قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها. وتشمل الأسباب الوراثية الاضطرابات الجينية والكروموزومية، وضعف المورثات، واختلاف عامل اليرزوس بين الأم والجنين، واضطرابات الغدد الصماء، إضافة إلى إصابة أحد الوالدين بأمراض مزمنة. أما الأسباب البيئية فتتمثل في تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية أو تسمم الحمل أو سوء التغذية أو تناول الأدوية دون إشراف طبي أو التعرض للأشعة، إضافة إلى الولادة العسرة ونقص الأكسجين، والحوادث المختلفة، والأمراض التي تصيب الجهاز العصبي كالتهاب السحايا وشلل الأطفال.

ثالثًا: تصنيفات الإعاقة الحركية

تُعد فئة المعاقين حركيًا فئة غير متجانسة، وتُصنف الإعاقة الحركية حسب مكان الإصابة إلى عدة فئات. فهناك إصابات الجهاز العصبي المركزي مثل الشلل الدماغي، الصلب المشقوق، إصابات الحبل الشوكي، استسقاء الدماغ، شلل الأطفال، والتصلب المتعدد. كما توجد إصابات الجهاز العظمي والهيكلية مثل الجف، الحذب، التقعر، تشوهات القدم، الكساح، بتر الأطراف وكسور العمود الفقري. إضافة إلى ذلك، تشمل الإعاقة الحركية إصابات الجهاز المفصلي كالتهابات المفاصل والروماتيزم وهشاشة العظام، وإصابات الجهاز العضلي مثل ضمور العضلات والانحلال العضلي الشوكي.

رابعًا: تشخيص الإعاقة الحركية

يُتخذ بتشخيص الإعاقة الحركية تحديد طبيعة الإصابة ودرجتها وأسبابها، ويُعد التشخيص الطبي الأساس الذي تُبنى عليه باقي أشكال التكفل. ويتم التشخيص من خلال فريق متعدد التخصصات يضم أطباء الأعصاب والأطفال والعظام والعلاج الطبيعي، حيث يعتمد على دراسة التاريخ المرضي وإجراء الفحوصات الطبية اللازمة.

ولا يقتصر التشخيص على الجانب الطبي فقط، بل يشمل أيضاً التشخيص النفسي والاجتماعي والتربوي، بهدف تحديد آثار الإعاقة على النمو الانفعالي والتكيف الاجتماعي والتحصيل الدراسي، ووضع البرامج العلاجية والتأهيلية المناسبة.

خامساً: خصائص المعوقين حركياً

يتصف المعاقون حركياً بجملة من الخصائص المتداخلة، من أبرزها الخصائص الجسمية المتمثلة في ضعف العضلات وصعوبات التوازن ومحدودية الحركة والحاجة إلى الأجهزة التعويضية. كما تظهر لديهم خصائص نفسية مثل القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي وتدني مفهوم الذات. أما من الناحية الاجتماعية والتربوية، فقد يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي والاندماج المدرسي والاعتمادية على الآخرين. وتضاف إلى ذلك خصائص عصبية ناتجة عن تلف أو خلل في الجهاز العصبي، وخصائص تعليمية ومهنية تتمثل في صعوبات التعلم ومحدودية فرص العمل والحاجة إلى تأهيل خاص.

سادساً: احتياجات المعوقين حركياً

يشترك المعاقون حركياً مع غيرهم من الأفراد في الاحتياجات العامة، إلا أنهم يتميزون باحتياجات خاصة تتطلب رعاية نوعية. وتتمثل هذه الاحتياجات في الجوانب الصحية والبدنية كالعلاج الطبي والعلاج الطبيعي واستخدام الأجهزة التعويضية، والجوانب النفسية والإرشادية من خلال الدعم النفسي وتعزيز التكيف وتقبل الذات. كما تشمل الاحتياجات الجوانب التعليمية والتدريبية عبر توفير مناهج وأساليب تعليمية مناسبة وبرامج تدريب وتأهيل مهني، إضافة إلى الاحتياجات الاجتماعية والمهنية التي تضمن الاندماج المجتمعي وتوفير فرص العمل والتشريعات الداعمة.

سابعاً: المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية

تنتج عن الإعاقة الحركية عدة مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية وتعليمية، حيث قد يعاني الفرد من الشعور بالنقص والقلق وعدم الأمان، إضافة إلى العزلة الاجتماعية وصعوبات العلاقات مع الآخرين. كما تفرض الإعاقة أعباءً اقتصادية نتيجة ارتفاع تكاليف العلاج وانخفاض الدخل، فضلاً عن المشكلات التعليمية المرتبطة بنقص المؤسسات المتخصصة أو صعوبات التكيف المدرسي، والمشكلات الطبية والتأهيلية الناتجة عن طول فترة العلاج وضعف خدمات التأهيل.

ثامناً: الوقاية من الإعاقة الحركية

تُعد الوقاية من الإعاقة الحركية عملية متدرجة وشاملة، تبدأ بالوقاية الأولية التي تهدف إلى منع حدوث الإعاقة من خلال الفحوصات الطبية والإرشاد الوراثي ورعاية الأم الحامل والوقاية من الحوادث. تليها الوقاية الثانوية التي تركز على الكشف المبكر والتدخل العلاجي السريع للحد من شدة الإصابة، ثم الوقاية التي تهدف إلى الحد من المضاعفات ودعم التأهيل النفسي والاجتماعي وتعديل اتجاهات المجتمع ومساعدة الفرد المعاق على التكيف والاندماج.

تاسعاً: الإعاقة الحركية واضطرابات اللغة والكلام

رغم أن الإعاقة الحركية لا تُعد سبباً مباشراً لاضطرابات اللغة من حيث البنية المعرفية، إلا أنها قد ترتبط باضطرابات في الكلام والتواصل، خاصة عندما يكون الخلل ذا منشأ عصبي. ويظهر ذلك بوضوح لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أو إصابات الجهاز العصبي، حيث قد يعانون من اضطرابات النطق، واضطرابات الصوت، واضطرابات الطلاقة، نتيجة ضعف التحكم في العضلات المسؤولة عن النطق والتنفس والتنسيق الحركي الدقيق. كما قد تؤثر القيود الحركية على فرص التفاعل الاجتماعي والتجارب التواصلية المبكرة، مما يؤدي في بعض الحالات إلى تأخر لغوي ثانوي ناتج عن محدودية الخبرة وليس عن قصور لغوي أصيل.

أثر الإعاقة الحركية على التواصل والتفاعل الاجتماعي

تنعكس الإعاقة الحركية على التواصل الاجتماعي من خلال الصعوبات التي يواجهها الفرد في التعبير اللفظي أو غير اللفظي، مثل محدودية الإيماءات، وضعف التحكم في تعابير الوجه، أو صعوبة المشاركة في الأنشطة التفاعلية. وقد يؤدي ذلك إلى انخفاض المبادرة التواصلية أو الاعتماد الزائد على الآخرين، مما يؤثر في بناء العلاقات الاجتماعية وتقدير الذات. كما أن النظرة المجتمعية للإعاقة قد تزيد من حدة العزلة الاجتماعية، وهو ما يبرز أهمية التدخل النفسي والتربوي المصاحب للتكفل الأرتفوني.

دور المختص الأرتفوني مع فئة المعاقين حركياً

يتمثل دور المختص الأرتفوني في تقييم القدرات الكلامية واللغوية والتواصلية للفرد المعاق حركياً، مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة الإعاقة وشدتها وأسبابها العصبية أو العضلية. ويعمل الأرتفوني على علاج اضطرابات النطق والكلام الناتجة عن ضعف التحكم الحركي، من خلال تمارين خاصة لتقوية العضلات الفموية، وتحسين التنفس

الكلامي، وتنسيق الحركات النطقية. كما يساهم في تنمية مهارات التواصل الوظيفي، وقد يلجأ عند الضرورة إلى استخدام وسائل التواصل البديلة والمعززة لتمكين الفرد من التعبير عن احتياجاته والتفاعل مع محيطه. إضافة إلى ذلك، يضطلع الأطفوني بدور إرشادي وتكاملي من خلال التعاون مع الأسرة، وأخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي العلاج الوظيفي، بما يضمن تكفلاً شاملاً ومتكاملاً.

أهمية التكفل الأطفوني في تحسين جودة الحياة

يُعد التكفل الأطفوني عنصراً أساسياً في منظومة التأهيل المتعدد التخصصات لفئة المعاقين حركياً، حيث يساهم في تحسين وضوح الكلام، وتعزيز الكفاءة التواصلية، ودعم الاستقلالية النفسية والاجتماعية. كما يساعد التدخل المبكر والمنظم على الحد من الآثار الثانوية للإعاقة الحركية، وتمكين الفرد من الاندماج المدرسي والاجتماعي، بما ينعكس إيجاباً على جودة حياته وتوازنه النفسي.

خلاصة:

تُعد الإعاقة الحركية من الإعاقات المركبة التي تمس مختلف جوانب حياة الفرد، ولا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والتعليمية والمهنية. ومن ثم فإن التعامل مع هذه الفئة يتطلب مقاربة شمولية قائمة على التشخيص الدقيق والتدخل المبكر والتكامل بين الجهود الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية، بما يضمن تحسين جودة حياة المعاقين حركياً وتمكينهم من الاندماج الفعّال في المجتمع.

أسئلة التقييم الذاتي:

- ما المقصود بالإعاقة الحركية ؟
- كيف يمكن أن تؤثر الإعاقة الحركية على النمو النفسي والاجتماعي للفرد؟
- ما أهم الاحتياجات الخاصة لفئة المعاقين حركياً؟
- ما أبرز المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة عن الإعاقة الحركية؟
- ما دور المختص الأطفوني في التكفل بالمعاقين حركياً وتحسين تواصلهم الاجتماعي؟

المحاضرة السادسة عشر: الموهوبون والمتفوقون

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يميز الطالب بين مفهومي الموهبة والتفوق
- أن يتعرف الطالب على خصائص الموهوبين والمتفوقين
- أن يتعرف على دور المختص الأرطفوني في التكفل بهذه الفئة

تمهيد:

يُعدّ الموهوبون والمتفوقون فئة خاصة ضمن ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ يتميزون بقدرات عقلية أو إبداعية أو أكاديمية تفوق المتوسط العام لأقرانهم، ما يستدعي فهماً سيكولوجياً دقيقاً لخصائصهم وحاجاتهم التربوية والنفسية.

1- مفهوم التفوق والموهبة

يُعرّف التفوق عادةً بأنه الأداء المرتفع في مجال أو أكثر من مجالات التحصيل الأكاديمي، في حين تشير الموهبة إلى امتلاك استعدادات فطرية أو قدرات كامنة عالية قد تظهر في مجالات متعددة كالتفكير المجرد، الإبداع، القيادة، أو الفنون. (Renzulli, 2005)

من المنظور السيكولوجي، لا يُختزل مفهوم الموهبة في نسبة الذكاء المرتفعة فقط، بل يتعداها إلى نماذج تفسيرية شاملة، من أبرزها نموذج الحلقات الثلاث لرنزولي الذي يربط بين القدرة العقلية المرتفعة، والدافعية العالية للإبداع، والإبداع، باعتبار أن التفاعل بين هذه الأبعاد هو ما ينتج السلوك الموهوب

(Renzulli, 2011)

يؤكد غانييه في نموذج التفريق بين الموهبة والتفوق على أن الموهبة تمثل القدرة الطبيعية، بينما التفوق هو نتاج تحويل هذه القدرة إلى أداء ملموس بفعل العوامل البيئية والتربوية. (Gagné, 2008)

2- خصائص الموهوبين والمتفوقين:

تتميز الفئة الموهوبة والمتفوقة بمجموعة من الخصائص النفسية التي تميزها عن غيرها من المتعلمين. من أبرز هذه الخصائص ارتفاع الدافعية الداخلية نحو التعلم، حيث يظهر الموهوب رغبة قوية في البحث والاكتشاف دون الحاجة إلى تعزيز خارجي مستمر، كما يتميزون بحساسية انفعالية مرتفعة، تجعلهم أكثر إدراكًا للتفاصيل العاطفية والاجتماعية مقارنة بأقرانهم.

كما يميل بعض الموهوبين إلى الكمالية، أي السعي لتحقيق أداء مثالي، وهو ما قد يكون إيجابيًا إذا تم توجيهه بشكل صحيح، لكنه قد يتحول إلى مصدر ضغط نفسي إذا لم تتم مراعاة احتياجاتهم، إضافة إلى ذلك، يتميزون بالاستقلالية في التفكير واتخاذ القرار، مما يجعلهم يميلون إلى نقد الأفكار وتحليلها بدل قبولها بشكل مباشر (Silverman, 2013).

3 -الخصائص المعرفية للموهوبين والمتفوقين

على المستوى المعرفي، يظهر الموهوبون قدرات عقلية متقدمة، أهمها سرعة التعلم واكتساب المعلومات، حيث يتمكنون من فهم المفاهيم الجديدة بسرعة أكبر من أقرانهم. كما يتميزون بقدرة عالية على التفكير المجرد، أي القدرة على التعامل مع المفاهيم غير الملموسة مثل العلاقات الرياضية والمنطقية. ويتمتعون كذلك بمرونة معرفية في حل المشكلات، إذ يستخدمون استراتيجيات متعددة للوصول إلى الحلول، بدل الاعتماد على طريقة واحدة. كما يمتلكون ذاكرة قوية وقدرة عالية على استرجاع المعلومات، إضافة إلى فضول معرفي كبير يدفعهم إلى طرح الأسئلة والاستكشاف المستمر. (Renzulli, 2011)

4 -النماذج النظرية المفسرة للموهبة**4-1 نموذج الحلقات الثلاث (Renzulli)**

يرى رينزولي أن الموهبة لا يمكن اختزالها في الذكاء فقط، بل هي نتاج تفاعل ثلاث مكونات رئيسية: القدرة العقلية فوق المتوسطة، الإبداع، والالتزام بالمهمة. ويؤكد أن الموهبة تظهر عندما تتفاعل هذه العوامل في سياق اجتماعي وتربوي مناسب، كما يوضح أن التفوق لا يُقاس فقط بالاختبارات، بل بالسلوك الفعلي داخل مواقف الحياة الواقعية. (Renzulli, 2011)

4-2 نموذج غانييه التفريقي

يفرق غانييه بين الموهبة (Giftedness) باعتبارها قدرات طبيعية فطرية، والتفوق (Talent) باعتباره نتاج تحويل هذه القدرات إلى أداء فعلي متميز بفعل العوامل البيئية مثل التعليم والتدريب والدعم الأسري وهذا النموذج يوضح أهمية البيئة في تحويل الإمكانيات إلى إنجازات حقيقية. (Gagné, 2008).

5- المشكلات النفسية والاجتماعية للموهوبين

رغم امتلاكهم لقدرات عالية، قد يواجه الموهوبون مجموعة من المشكلات النفسية والاجتماعية. من أبرزها الشعور بالملل داخل الصفوف التقليدية بسبب عدم وجود تحديات مناسبة لقدراتهم، مما يؤدي إلى انخفاض الدافعية نحو التعلم. كما قد يعانون من صعوبات في التكيف الاجتماعي نتيجة اختلاف اهتماماتهم وطرق تفكيرهم عن أقرانهم. (Silverman, 2013).

وفي بعض الحالات، قد تؤدي البيئة غير المناسبة إلى ما يُعرف بـ "إهدار الموهبة"، حيث لا يتم استثمار القدرات بشكل صحيح، مما يؤدي إلى انخفاض الإنجاز الأكاديمي رغم وجود استعدادات عالية (Reis & Renzulli, 2021).

6- البرامج التربوية الخاصة بالموهوبين والمتفوقين

6-1 الإثراء التربوي (Enrichment)

يُعد الإثراء من أهم الاستراتيجيات التربوية، حيث يهدف إلى تقديم خبرات تعليمية أعمق وأكثر توسعاً من المنهاج العادي. يشمل ذلك الأنشطة البحثية، المشاريع المفتوحة، والتعلم القائم على حل المشكلات، مما يساعد على تنمية التفكير الإبداعي. (Renzulli, 2014).

وقد طور رينزولي نموذج الإثراء المدرسي الشامل (SEM)، الذي يهدف إلى تقديم أنشطة تعليمية لجميع الطلاب مع التركيز على تنمية الاهتمامات والميول الفردية. (Reis & Renzulli, 2021).

6-2 التسريع الأكاديمي (Acceleration)

يعتمد هذا الأسلوب على تقديم المحتوى الدراسي بسرعة أكبر من المعتاد، أو السماح للطلاب بالانتقال إلى مستويات أعلى حسب قدراته. ومن أمثله القفز الصفّي أو دراسة مقررات متقدمة، وهو أسلوب فعال للطلبة ذوي القدرات العالية.

6-3 التفريد التعليمي (Differentiation)

يهدف التفريد إلى تكيف العملية التعليمية وفق قدرات كل متعلم، من خلال تعديل المحتوى، والأنشطة، وطرق التقييم. ويضمن هذا الأسلوب أن يحصل كل طالب على تعليم يناسب مستواه العقلي والمعرفي.

7- أهمية التكفل التربوي والنفسي بالموهوبين

يؤكد الباحثون أن التكفل بالموهوبين لا يقتصر على تنمية القدرات العقلية فقط، بل يشمل أيضاً دعم التوازن النفسي والاجتماعي، والوقاية من الإحباط المدرسي. كما أن توفير بيئة تعليمية مناسبة يساعد على تحويل القدرات الكامنة إلى إنجازات فعلية ذات قيمة علمية ومجتمعية. (Silverman, 2013)

وفي مجال الأطفونيا، تكتسي دراسة الموهوبين والمتفوقين أهمية خاصة، إذ قد يظهر لدى بعضهم تفوق لغوي ملحوظ من حيث الثروة اللفظية، والبناء النحوي، والقدرة على التعبير، في مقابل وجود حالات نادرة لما يُعرف بـ *الازدواجية الاستثنائية* (Twice-Exceptional) حيث يجتمع التفوق مع اضطرابات في التواصل أو التعلم. ويستدعي ذلك تدخلاً تشخيصياً دقيقاً يراعي التوازن بين نقاط القوة ونقاط الضعف، ويعتمد مقارنة تكاملية بين التقييم النفسي واللغوي.

وعليه، فإن التكفل النفسي والتربوي بالموهوبين والمتفوقين يتطلب برامج تعليمية مرنة، واستراتيجيات إثرائية، ودعمًا نفسيًا يراعي نموهم الانفعالي والاجتماعي، بما يضمن تنمية قدراتهم وتحقيق التكيف النفسي السليم. ويؤكد علم النفس التربوي الحديث على ضرورة إدماج هذه الفئة ضمن سياسات التربية الخاصة، ليس من منطلق العجز، بل من منطلق الخصوصية والحاجة إلى رعاية متخصصة.

خلاصة:

يُعد التفوق تعبيراً عن أداء مرتفع في التحصيل الدراسي، بينما ترتبط الموهبة بقدرات فطرية كامنة تظهر في مجالات متعددة كالإبداع والقيادة والتفكير المجرد، ولا يقتصر مفهوم الموهبة على الذكاء المرتفع فقط، بل يتحدد من خلال تفاعل القدرة العقلية العالية مع الدافعية والإبداع حسب نموذج رنزولي. كما يميز غانييه بين الموهبة باعتبارها قدرة طبيعية، والتفوق باعتباره ناتجاً عن تفاعل هذه القدرة مع العوامل البيئية والتعليمية.

يتميز الموهوبون بسرعة التعلم وارتفاع الدافعية والحساسية الانفعالية، إلا أنهم قد يواجهون مشكلات نفسية واجتماعية مثل القلق والعزلة إذا لم تُراعَ احتياجاتهم التربوية. وفي المجال الأطفوني، قد يظهر لديهم تفوق لغوي واضح، مع إمكانية وجود حالات استثنائية تجمع بين الموهبة واضطرابات التعلم أو التواصل.

لذلك، يتطلب التكفل بهذه الفئة برامج تعليمية مرنة، ودعمًا نفسيًا، واستراتيجيات إثرائية تساعد على تنمية قدراتهم وتحقيق توازنهم النفسي والاجتماعي، مع إدماجهم ضمن منظومة التربية الخاصة باعتبار خصوصياتهم لا قصورهم.

أسئلة التقييم الذاتي:

- 1- ما الفرق بين مفهوم الموهبة ومفهوم التفوق؟
- 2- كيف يفسر نموذج رنزولي (Renzulli) السلوك الموهوب؟
- 3- ما العناصر الثلاثة الأساسية في نموذج الحلقات الثلاث لرنزولي؟
- 4- كيف يميز غانييه بين الموهبة والتفوق في نموذج؟
- 5- ما أهم الخصائص المعرفية للموهوبين والمتفوقين؟
- 6- ما المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يواجهها الموهوبون؟
- 7- ما المقصود بظاهرة “الازدواجية الاستثنائية (Twice-Exceptional)”؟
- 8- ما أهمية الكشف المبكر عن الموهبة في الوسط التربوي؟
- 9- ما نوع البرامج التربوية المناسبة للتكفل بالموهوبين والمتفوقين؟

المحاضرة السابعة عشر: الارشاد الوالدي ودور الأسرة في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة

الأهداف الخاصة للمحاضرة:

- أن يتعرف الطالب على مفهوم الإرشاد الوالدي وأهميته في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة
- أن يستنتج الطالب أهمية التعاون بين الأسرة والمختصين (الأرففونيين، الأخصائيين النفسيين، والمعلمين)
- أن يدرك الطالب أهمية الأسرة باعتبارها المحور الأساسي في نجاح برامج التكفل والتأهيل

تمهيد:

يُعد الإرشاد الوالدي أحد أهم المداخل الأساسية في التكفل الشامل بذوي الاحتياجات الخاصة، إذ لم يعد الطفل ذو الإعاقة يُنظر إليه بوصفه حالة طبية أو تربوية منفصلة، بل باعتباره جزءًا من منظومة أسرية متكاملة تؤثر فيه ويتأثر بها. ويقوم الإرشاد الوالدي على تزويد الوالدين بالمعارف والمهارات والاتجاهات التي تساعداهم على فهم طبيعة الإعاقة، والتعامل مع آثارها النفسية والسلوكية والتربوية بطريقة علمية سليمة. كما يهدف إلى تمكين الأسرة من الانتقال من مرحلة الصدمة والإنكار إلى مرحلة القبول والتكيف والمشاركة الفعالة في برنامج التأهيل. ويُنظر إلى الأسرة اليوم باعتبارها الشريك الأول في عملية التدخل، وليست مجرد مستقبل للتوجيهات، بل فاعل أساسي في بناء مهارات الطفل وتنميتها. ومن هنا فإن نجاح البرامج العلاجية والتربوية يرتبط بشكل مباشر بمدى وعي الأسرة واستعدادها النفسي والمعرفي للمشاركة في عملية التكفل.

1. مفهوم الإرشاد الوالدي وأهدافه

يشير الإرشاد الوالدي إلى مجموعة من الخدمات النفسية والتربوية التي يقدمها المختصون (الأرففوني، الأخصائي النفسي، الأخصائي التربوي) للوالدين بهدف مساعدتهم على فهم حالة طفلهم والتعامل معها بشكل فعال. والإرشاد الوالدي ليس جلسة واحدة، بل هو عملية مستمرة تهدف إلى مرافقة الأسرة في جميع مراحل نمو الطفل. فهو يقدم دعمًا نفسيًا يساعد الوالدين على تجاوز الضغوط اليومية، كما يوفر لهم استراتيجيات عملية للتعامل مع المشكلات السلوكية أو التعليمية التي قد تظهر.

كما يساهم الإرشاد في تقليل الشعور بالوحدة لدى الأسرة، من خلال ربطها بمؤسسات الدعم والجمعيات المتخصصة، مما يعزز قدرتها على التكيف.

ومن أهم أهداف الإرشاد الوالدي:

- مساعدة الوالدين على فهم طبيعة الإعاقة وأسبابها وخصائصها .
- تعديل الاتجاهات السلبية مثل الشعور بالذنب أو الإنكار أو الرفض .
- تعزيز مهارات التواصل بين الوالدين والطفل .
- تدريب الأسرة على تطبيق استراتيجيات علاجية داخل المنزل .
- تقليل الضغوط النفسية الواقعة على الأسرة .
- دعم عملية الدمج الاجتماعي والتربوي للطفل .

ويهدف الإرشاد الوالدي أيضًا إلى تحقيق التوازن النفسي داخل الأسرة، من خلال مساعدتها على التكيف مع الوضع الجديد بطريقة واقعية وإيجابية.

2. المراحل النفسية التي تمر بها الأسرة

تمر الأسرة عند اكتشاف الإعاقة بعدة مراحل نفسية تشبه إلى حد كبير مراحل التكيف مع الأزمات، ومن أهمها:

أ- مرحلة الصدمة والإنكار

تتميز هذه المرحلة بعدم تصديق الخبر أو رفضه، حيث يشعر الوالدان بصدمة نفسية قوية تؤثر على قدرتهم على التفكير السليم.

ب- مرحلة الحزن والاكتئاب

يبدأ الوالدان بالشعور بالحزن العميق، وقد تظهر مشاعر الإحباط والقلق والخوف من المستقبل.

ج- مرحلة الغضب والبحث عن السبب

قد يلجأ الوالدان إلى البحث عن المسؤول عن الإعاقة، سواء كان طبيًا أو وراثيًا أو بيئيًا.

د- مرحلة القبول والتكيف

وهي المرحلة الأهم، حيث يبدأ الوالدان في قبول حالة الطفل والتفكير في كيفية مساعدته بدل التركيز على المشكلة فقط.

هـ- مرحلة المشاركة الفعالة

في هذه المرحلة تصبح الأسرة شريكًا فعليًا في برامج العلاج والتأهيل، وتبدأ في تطبيق التوصيات بشكل عملي داخل المنزل.

3. دور الأسرة في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة

تُعد الأسرة البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل، وبالتالي فهي تلعب دورًا محوريًا في تحديد مستوى نموه النفسي والاجتماعي والتربوي.

أ- الدور النفسي

تعمل الأسرة على توفير الأمن العاطفي للطفل من خلال:

- تقبله كما هو دون شروط .
- تجنب المقارنة السلبية مع الأطفال الآخرين .
- تعزيز ثقته بنفسه .
- دعم مشاعره الإيجابية وتقليل الإحباط .

إن غياب هذا الدعم النفسي قد يؤدي إلى اضطرابات في السلوك أو ضعف في تقدير الذات أو انسحاب اجتماعي.

ب- الدور التربوي

تساهم الأسرة في دعم الجانب التعليمي من خلال:

- متابعة الواجبات المدرسية .
- التعاون مع المعلمين والأخصائيين .
- تطبيق البرامج التدريبية داخل المنزل .
- توفير بيئة تعليمية محفزة .

كما أن الأسرة تساعد الطفل على تعميم المهارات المكتسبة في المدرسة إلى الحياة اليومية.

ج- الدور الاجتماعي

تساعد الأسرة الطفل على الاندماج الاجتماعي من خلال:

- تشجيعه على التواصل مع الآخرين .
- إدماجه في الأنشطة الجماعية .
- تعليمه مهارات التفاعل الاجتماعي .
- حمايته من العزلة المفرطة .

د- الدور التأهيلي والعلاجي

تلعب الأسرة دورًا مباشرًا في تطبيق البرامج العلاجية مثل:

- تمارين النطق واللغة .
- التمارين الحركية .
- تعديل السلوك .
- تطبيق استراتيجيات التواصل البديل عند الحاجة .

4. أهمية التواصل بين الأسرة والمختصين

إن نجاح التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة يعتمد على التعاون بين الأسرة والفريق المتعدد التخصصات (الأرطفوني، الطبيب، الأخصائي النفسي، المعلم). ويُعتبر التواصل المستمر بين هذه الأطراف عنصراً أساسياً لضمان فعالية التدخل. ويتمثل هذا التعاون في:

- تبادل المعلومات حول حالة الطفل .
- متابعة تطور الحالة .
- تعديل البرامج العلاجية حسب الحاجة .
- توحيد أساليب التعامل بين المدرسة والمنزل .
- رغم أهمية دور الأسرة، إلا أنها تواجه عدة تحديات، من أبرزها:
- الضغط النفسي الناتج عن وجود الإعاقة .
- نقص المعلومات حول كيفية التعامل مع الطفل .
- العبء الاقتصادي المرتبط بالعلاج والتأهيل .
- النظرة الاجتماعية السلبية أحياناً .
- صعوبة التوفيق بين المتابعة اليومية ومتطلبات الحياة .
- وهذه التحديات تجعل الإرشاد الوالدي ضرورة وليس خياراً.
- وعندما تتلقى الأسرة دعماً وإرشاداً مناسباً، فإن ذلك يؤدي إلى:
- تحسين نمو الطفل النفسي والاجتماعي .
- رفع مستوى الاستقلالية لديه .
- تقليل السلوكيات السلبية .
- تحسين الأداء التعليمي .

- تعزيز جودة الحياة للأسرة ككل .

يتضح أن الإرشاد الوالدي يمثل ركيزة أساسية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، وأن الأسرة ليست مجرد محيط اجتماعي للطفل، بل هي الفاعل الأول في عملية التأهيل والتربية. كما أن نجاح أي برنامج علاجي أو تربوي مرتبط بمدى وعي الأسرة واستعدادها للمشاركة الفعالة. لذلك فإن دعم الأسرة نفسيًا وتربويًا ومعرفيًا يعد شرطًا أساسيًا لتحقيق الدمج والتكيف وتحسين جودة حياة الطفل والأسرة معًا.

الخلاصة:

يُعد الإرشاد الوالدي أحد الركائز الأساسية في عملية التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، إذ لا يمكن لأي تدخل علاجي أو تربوي أن يحقق فعاليته دون مشاركة الأسرة، وخاصة الوالدين. يتمثل دور الإرشاد الوالدي في تزويد الأسرة بالمعلومات العلمية الدقيقة حول طبيعة الإعاقة وخصائصها واحتياجات الطفل، مما يساعد على تصحيح المفاهيم الخاطئة وتقليل مشاعر القلق والرفض.

كما يعمل على تدريب الوالدين على استراتيجيات التعامل اليومي مع الطفل داخل المنزل، سواء من حيث التواصل، أو تعزيز السلوك الإيجابي، أو دعم الاستقلالية. إضافة إلى ذلك، يساهم الإرشاد الوالدي في تعزيز الجانب النفسي للأسرة من خلال مساعدتها على التكيف مع وضعية الطفل وتقبلها، مما ينعكس إيجابًا على استقرارها العاطفي والأسري. كما يشجع على بناء تعاون فعال بين الأسرة والأخصائيين (الأرطفوني، النفسي، التربوي)، بهدف توحيد الجهود وتكاملها، وبالتالي فإن الإرشاد الوالدي لا يقتصر على التوجيه فقط، بل يمثل عملية دعم نفسي وتربوي مستمر يهدف إلى تحسين جودة حياة الطفل والأسرة معًا وتعزيز فرص الدمج الاجتماعي والتربوي.

الخاتمة:

- في ختام دراسة مقياس سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة يتضح أن هذه الفئة ليست فئة متجانسة، بل هي مجموعة متنوعة من الأفراد الذين يختلفون في طبيعة إعاقاتهم (حسية، حركية، عقلية، لغوية، أو نمائية)، إلا أنهم يشتركون في حاجات نفسية وتربوية واجتماعية تتطلب فهماً علمياً دقيقاً وتدخلًا متخصصاً.
- وقد أبرز هذا المقياس أن الإعاقة لا تقتصر على البعد العضوي فقط، بل تمتد لتشمل الأبعاد النفسية والانفعالية والاجتماعية والتربوية، مما يجعل التعامل معها يتطلب مقاربة شمولية متعددة التخصصات، كما تبين أن نظرة المجتمع، ودور الأسرة، وجودة الخدمات التربوية والتأهيلية تلعب دوراً حاسماً في تحديد مستوى التكيف النفسي والاجتماعي للفرد ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن هنا فإن الهدف الأساسي من هذا المقياس لا يتمثل فقط في اكتساب المعرفة النظرية، بل في بناء اتجاهات إيجابية نحو هذه الفئة، وتعزيز قيم الدمج، والتقبل، والدعم، بما يساهم في تحسين جودة حياتهم وتمكينهم من تحقيق أقصى قدر من الاستقلالية والاندماج في المجتمع.
- ويمكن تقديم الاقتراحات التالية لطلبتنا الأعزاء لدراسة مقياس سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة
- ضرورة الاعتماد على الفهم التحليلي للمفاهيم وليس الحفظ فقط، مع ربط كل اضطراب بأبعاده النفسية والاجتماعية والتربوية .
 - توظيف دراسة الحالة (Case Study) لفهم الواقع التطبيقي لكل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة .
 - التركيز على المقارنة بين الاضطرابات من حيث الأعراض والخصائص وطرق التكفل .
 - الاطلاع على المراجع العلمية الحديثة والأبحاث الميدانية بدل الاقتصار على الملخصات النظرية .
 - المشاركة في الأنشطة التطبيقية أو الزيارات الميدانية للمؤسسات المتخصصة لتعزيز الفهم الواقعي .
 - إعداد ملخصات منظمة لكل فئة (تعريف - أسباب - خصائص - تشخيص - تكفل) .
 - الاهتمام بالمصطلحات العلمية الدقيقة وتوظيفها بشكل صحيح في التحليل .

قائمة المراجع:

- أبو الديار، مسعد. (2015). صعوبات التعلم: مفاهيم، ممارسات، حلول. ط1، الكويت: شركة دار الكتاب الحديث.
- البطانية، أسامة محمد، وآخرون. (2005). صعوبات التعلم: النظرية والممارسة. ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أوليدران، حنيفة. (2025). أثر استراتيجية الحواس المتعددة لفرناند في اكتساب مهارات القراءة والكتابة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر 02.
- جاري، البشير. (2020). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين الأداء القرائي لدى ذوي عسر القراءة فيمنظور الذكاءات المتعددة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة الوادي. الجزائر.
- الخطيب، جمال. (2003). مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
- الخطيب، جمال. (2016). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى. (2003). مناهج وأساليب التدريس في التربية: دليل عملي إلى تربية وتدريب الأطفال المعوقين. ط2، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى. (2005). مقدمة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار الفكر.
- الخطيب، جمال، والمجالي، عبد العزيز. (2010). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: مكتبة الفلاح.
- زراولة، هاجر. (2014). البناء البصري والمجال الفضائي عند الأطفال المصابين بعسر القراءة المتراوح سنهم من 9-12 سنة. مذكرة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر 02.
- الزعبي، أحمد محمد. (2003). التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم. ط1، دمشق: دار الفكر العربي.
- السرطاوي، عبد العزيز، والحديدي، محمد. (2012). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
- عطا، حسن. (2010). التربية الخاصة: أسس ومفاهيم. القاهرة: دار الفكر العربي.
- غزال، عبد الفتاح علي. (2008). سيكولوجية الفئات الخاصة. ط1، القاهرة: ما هي للنشر والتوزيع وخدمات الكمبيوتر.

- غزال، عبد الفتاح. (2008). مدخل إلى الإعاقة العقلية. عمان: دار المسيرة.
- غلاب صليحة. (2014). عسر القراءة في الوسط العيادي المدرسي الجزائري تناول معرفي لساني في التعريف والتشخيص والتدريب من خلال تعيير اختبار تقييم القراءة واقتراح برنامج للفحص والتدريب على القراءة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر 02.
- القريوتي، عبد الرحمن، وجربوعة، عبد العزيز، والسرطاوي، عبد العزيز. (2000). التربية الخاصة وبرامجها. عمان: دار القلم.
- لعوامرية، فيروز. (2026). فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية الذكاءات المتعددة والتكنولوجيا المساندة لتنمية بعض مهارات القراءة الجهرية لدى تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي ذوي صعوبات تعلم القراءة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة لونييسي علي. البليدة.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: APA
- Clark, B. (2013). *Growing up gifted*. Pearson Education.
- Gagné, F. (2008). *Building gifts into talents: Overview of the DMGT*. Gifted Child Quarterly, 52(3), 198–206.
- Gagné, F. (2008). Building gifts into talents: Overview of the DMGT. Talent Development and Excellence, 2(1), 119–147.
- Reis, S. M., & Renzulli, J. S. (2021). Enrichment and gifted education pedagogy to develop talents, gifts, and creative productivity. Education Sciences, 11(10), 615.
<https://doi.org/10.3390/educsci11100615>
- Renzulli, J. S. (2005). *The three-ring conception of giftedness*. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of Giftedness*. Cambridge University Press.

- Renzulli, J. S. (2011). *Reexamining the role of gifted education*. Gifted Child Quarterly, 55(3), 150–159.
- Renzulli, J. S. (2011). What is this thing called giftedness, and how do we develop it? Journal for the Education of the Gifted, 23(1), 3–54.
- Renzulli, J. S. (2014). Enrichment theory and models for gifted education.
- Shakespeare, T. (2014). Disability rights and wrongs revisited. Routledge.
- Silverman, L. K. (2013). Giftedness 101. Springer Publishing.
- Sternberg, R. J. (2018). *Theories of intelligence*. In Handbook of Intelligence. Cambridge University Press.
- United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)
<https://www.un.org>
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). WHO.
- World Health Organization. (2011). World report on disability. WHO Press.
- World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) (ICD-11). <https://icd.who.int>